



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD

# Regulación de Recursos Humanos de Salud en Chile

---

---

Estudio realizado para la División de Recursos Humanos,  
Ministerio de Salud de Chile  
con el apoyo de OPS

# INDICE

INTRODUCCION	11
1. CONCEPTOS BASICOS PARA ENTENDER LA REGULACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD.	15
1.1 Concepto de regulación	15
1.2 Necesidad de regulación	9
1.3 Regulación de recursos humanos en salud: elementos constitutivos.	17
1.4 Visión sistémica y dinámica de la regulación de recursos humanos de salud	20
2. DESREGULACION DE LA ECONOMÍA Y REFORMA SANITARIA EN CHILE	23
2.1 La transformación del sector salud durante la dictadura militar	24
2.2 Funcionamiento actual del sector salud en Chile	28
3. EL TRABAJO DE REGULACION DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD EN EL MINISTERIO DE SALUD DE CHILE	35
3.1 Cambios en el sector salud e importancia creciente de los recursos humanos de salud a partir de 1990	35

---

**3**

**Regulación de Recursos Humanos de Salud en Chile**

## 4

3.2	Los Recursos Humanos como ámbito de trabajo en el MINSAL	38
3.3	División de Recursos Humanos, Ministerio de Salud de Chile	39
3.4	Ejemplo de proceso de cambio impulsado	43
	Reformas a la Ley 15.076 que regula al personal médico, químico-farmacéutico, odontológico y bioquímico de los servicios de salud	43
4.	SITUACIÓN ACTUAL DE LA REGULACIÓN DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD EN CHILE	49
4.1	Ambitos de regulación de recursos humanos de salud	54
4.2	Regulaciones en el ámbito de la formación del personal de salud	56
4.3	Regulación del ejercicio profesional y laboral	66
4.4	Regulación de las relaciones laborales	74
5.	ACTORES RELEVANTES DE LA REGULACION DEL PERSONAL DE LA SALUD	91
5.1	Colegios profesionales y técnicos de la salud	92
5.2	Organizaciones laborales y sindicatos de la salud	100
5.3	Instituciones autoacreditadoras	103

6.	FORO ABIERTO. LOS ACTORES DEFINEN SU DEMANDA DE CAMBIO REGULATORIO	107
6.1	Demanda implícita desde la percepción de los usuarios	107
6.2	Demandas de los Colegios Profesionales y Técnicos	111
6.3	Demandas de cambio de las organizaciones laborales y asociaciones de funcionarios	131
6.4	Demanda de los autoacreditadores	133
6.5	Comentarios sobre la demanda de restitución de la tuición ética a los colegios	134
	CONCLUSIONES	137
	RECOMENDACIONES	141
	BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	145
Anexo 1:	SINTESIS DE PRINCIPALES CUERPOS LEGALES QUE REGULAN A LOS RRRHH EN SALUD	149
Anexo 2:	ACRONIMOS	157



## AGRADECIMIENTOS

**E**ste estudio y su publicación no hubieran sido posibles sin la desinteresada colaboración de personas altamente motivadas e informadas que quisieron apoyar el esfuerzo al que se les invitó.

Las visiones, opiniones y comentarios aportados por reguladores, formadores, directivos de establecimientos de la salud, gremios, organizaciones laborales, y colegas investigadores en Chile y Latinoamérica, fueron inspiradores constantes en el arduo proceso de comprensión y posterior sistematización de este tema tan complejo y al mismo tiempo tan importante.

A todos los que me entregaron su tiempo y su confianza en el proceso de entrevistas y visitas de terreno, cuyos nombres se encuentran al final de este documento, quisiera ex-

presarles mi profundo agradecimiento, pues sin su cooperación esta labor hubiera sido no sólo muy poco grata, sino además bastante inconducente.

A Jorge, Rodrigo, Marisol, Nydia, Hilda, María Eliana, Sábado, Daniel, José Arturo, Leticia, María Teresa, Silvia, Ricardo y Edith, un reconocimiento especial por sus sabios comentarios y su paciencia infinita.

A los pensadores y hacedores de la salud en Chile, espero que este trabajo sirva el propósito de avanzar desarrollando confianzas, compartiendo saberes, construyendo un país saludable.

Rayén Quiroga Martínez  
Santiago, febrero de 2000



## PRESENTACIÓN

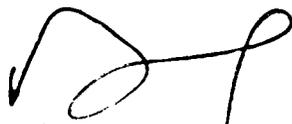
**D**urante los Gobiernos de la Concertación, ha sido motivo de especial preocupación la inequidad social generada por el modelo económico que impulsó el Gobierno Militar, así como el debilitamiento del Estado en su rol de cautelar la fe pública y la calidad de los servicios públicos y privados que se ofrecen a la población. Los efectos de la desregulación del aparato productivo y de servicios puede ser apreciada a dos décadas de su implementación, especialmente en la calidad de vida de los chilenos y su nivel de realización personal.

Hemos querido conocer los efectos de la desregulación en recursos humanos en salud con el propósito de proponer medidas que fortalezcan los factores positivos de las reformas, así como resolver sus consecuencias negativas. Estos son aspectos que hemos enfatizado en el trabajo durante estos últimos años. Prueba de ello es que esta publicación se concreta paralelamente a la promulgación y publicación de la Ley 19.664 que contribuirá en la regulación de los profesionales diurnos médicos, odontólogos, bioquímicos y químicos-farmacéuticos del Sistema Nacional de Servicios de Salud, cuyos elementos esenciales se describen en este trabajo.

La presente monografía, ha sido un esfuerzo de la División de Recursos Humanos, con el apoyo de la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), correspondiéndole su materialización a la consultora Sra. Rayén Quiroga Martínez, quien ha sistematizado gran cantidad de información dispersa, recurriendo a fuentes bibliográficas y a los propios actores de la regulación de los recursos humanos, para, finalmente proponer cursos de acción a ser considerados por las autoridades gubernamentales.

Me asiste la seguridad, que las próximas autoridades del Ministerio de Salud, tendrán en esta publicación un documento de referencia significativo en el cumplimiento del rol regulatorio del Estado, que permitirá seguir avanzando en mejorar el nivel de salud de los chilenos.

Finalmente, mi reconocimiento a todos los trabajadores del Ministerio que contribuyeron a la materialización de esta monografía y a sus autoridades, Dr. Alex Figueroa Muñoz, Ministro, y Dr. Alvaro Erazo Latorre, Subsecretario, cuyo apoyo nos ha permitido entregar este valioso aporte.



DRA. MARÍA SOLEDAD BARRÍA IROUMÉ  
JEFA DIVISIÓN DE RECURSOS HUMANOS



# INTRODUCCIÓN

**E**l objetivo de este documento es sistematizar una primera aproximación a la situación y las perspectivas de la regulación de recursos humanos de salud en Chile. El presente estudio está siendo apoyado por el Programa de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y en su inicio formó parte de una investigación regional que involucró a cinco países. Actualmente, la OPS está preparando una publicación de carácter regional que incluye los estudios de caso de Chile, Brasil, Colombia, México, Canadá y Estados Unidos.

La provisión de servicios de salud constituye un sector económico intensivo en recursos humanos, por lo que la regulación de su formación y desarrollo son cruciales para avanzar simultáneamente en la eficiencia y calidad de la atención de salud que reciben los usuarios.

El tema de la regulación de los recursos humanos en salud presenta altos niveles de complejidad debido a que el universo analítico relevante se compone de tres espacios de regulación (de la formación, del ejercicio y de las relaciones laborales), de una gran cantidad y diversidad de trabajadores y profesionales que laboran en el sector (médicos,

dentistas, químico-farmacéuticos, nutricionistas, kinesiólogos, matronas, enfermeras, auxiliares de enfermería, administrativos, etc.); debiéndose considerar además la coexistencia de dos subsectores, el público y el privado, cuya interacción genera fenómenos importantes en el objeto del estudio.

Debido a que no se cuenta con investigaciones precedentes que den cuenta de la generalidad del fenómeno regulatorio de recursos humanos en Chile, se hace necesario sistematizar en una primera etapa los fenómenos existentes, así como a los actores relevantes en el tema, para poder generar un mapa que comprenda la totalidad de los procesos regulatorios en materia de recursos humanos de salud.

Un primer elemento que se constata es que en general los actores no perciben ni el tema de regulación de recursos humanos en su dimensión sistémica, ni las implicancias que reviste la regulación de recursos humanos en el campo de la salud. La mayoría de los entrevistados propusieron demandas puntuales de regulación de recursos humanos, sin referencias a la potencialidad del tema desde una perspectiva global. Sin embargo, la División de Recursos Humanos del Mi-

nisterio de Salud está incorporando el tema como línea de trabajo prioritaria.

Con respecto a la metodología del estudio, las fuentes de información consultadas fueron, por una parte, informantes clave con amplia experiencia en el tema de la salud, la salud pública y los recursos humanos en salud; y por otra parte representantes de los gremios y otras instituciones relevantes del sector. En segundo término, se utilizaron fuentes bibliográficas especializadas en salud y recursos humanos, así como las publicaciones informativas de los actores relevantes. Finalmente, se realizó un seminario taller donde se presentaron los resultados preliminares del estudio y se invitó a los actores a participar en una discusión crítica de los temas tratados. Con posterioridad a este seminario, se realizaron entrevistas y presentaciones ampliadas con los gremios e instituciones que lo solicitaron, y las observaciones y aportes que produjeron los distintos actores fueron incorporados en el trabajo que se presenta.

En función del horizonte temporal asignado, se hizo necesario establecer el alcance del presente estudio. Se optó por privilegiar la visión de conjunto, esto es dar cuenta de los principales procesos de regulación existentes en todos los ámbitos relevantes, sus resultados y las iniciativas de modificación y nuevas demandas de regulación existentes a la fecha.

El análisis se ha ordenado en función de los espacios de regulación (formación, ejercicio y relaciones laborales), lo que se justifica por la organización de la regulación de los recursos laborales existente en Chile, subdividiendo la discusión sobre regulación de relaciones laborales en dos apartados que comprenden al fenómeno en el sector privado y público, puesto que en esta materia

específica los procesos se desarrollan con clara diferenciación.

Por la importancia de avanzar en el tema regulatorio con los actores que son los protagonistas de esta dinámica, se incluye un capítulo que sistematiza las organizaciones de los actores existentes, en los ámbitos formadores, reguladores, gremios, sociedades y organizaciones laborales y funcionarias. Finalmente, se ha destinado un capítulo a profundizar sobre los procesos de transformación en curso, así como en las nuevas demandas de regulación que parten de los actores.

Los instrumentos y sistemas que el Estado define para hacer operativo el sistema de regulación incluyen los códigos, leyes, reglamentos y normas administrativas de diversa jerarquía y aplicabilidad en función del objeto o espacio de regulación y los actores involucrados.

Naturalmente, las dinámicas culturales específicas del sector salud, tanto en el sector público como privado, así como las distintas conversaciones y percepciones de los diferentes actores, son entendidas como formas que inciden y contribuyen a la determinación del funcionamiento de los recursos humanos de salud, pero que no forman parte del marco regulatorio formal que se ha conceptualizado.

Los procesos en que participa y aporta el personal de salud no sólo son consecuencia de la existencia o ausencia de regulaciones formales, ya que estas dinámicas se potencian y reproducen también por la cultura organizacional imperante y por elementos de valoración y desvalorización social, las percepciones, acciones y participación de los actores, y obviamente el contexto histórico y cultural en que todo lo anterior se desenvuelve.

Los marcos regulatorios y las dinámicas culturales obviamente interactúan en el funcionamiento y la efectividad del trabajo en salud, y de hecho se realizan análisis que incluyen estas dinámicas informales, pero para mantener cierto manejo del alcance del estudio, se ha optado por diferenciar ambas categorías en la forma que se ha expresado, privilegiándose la investigación sobre el marco regulatorio formal.

Como argumento de inicio, es importante establecer que el nivel de regulación en Chile no es reducible a que sea excesivo o insuficiente. La regulación no opera en un vacío de objetivos, sino que es una herramienta particular para el logro de éstos. Así, la autoridad electa puede orientar y dirigir los procesos en cuestión, para que éstos sean conducentes a los objetivos generales o específicos que se quieren lograr. Por ejemplo, un objetivo de la regulación de recursos humanos es la provisión de servicios de salud con calidad y oportunidad. Un marco regulatorio específico es por tanto conducente o inconducente a este objetivo; pero no puede catalogarse aisladamente como excesivo o insuficiente.

Así, se puede establecer que frente al objetivo socialmente deseable de asegurar la seguridad y calidad de vida de los usuarios del sistema privado de salud, la regulación específica de los recursos humanos que laboran en este sector es insuficiente. Por otro lado, para lograr el objetivo de provisión de atenciones de salud de alto nivel de calidad y oportunidad, el marco regulatorio vigente para el personal del sector público es disfuncional. En el primer caso, persisten insuficiencias de herramientas y recursos del Estado para supervisar y controlar la calidad y posibles efectos negativos del ejercicio laboral y profesional de los proveedores privados en forma preventiva. En el segun-

do caso, se combinan elementos regulatorios que en algunos aspectos son inflexibles y excesivos y en otros resultan falentes, junto a una cultura organizacional piramidal, jerárquica y autoritaria.

Así, es plausible establecer que un sistema de regulación de recursos humanos de salud no es un marco de control burocrático destinado a hacer más difícil el trabajo del equipo de salud, sino que se constituye en una herramienta de gestión y desarrollo de los recursos humanos, en consistencia con ciertos objetivos estratégicos que se dispongan a alcanzar las distintas instituciones sanitarias en un contexto territorial y temporal concreto.

El presente documento se organiza de la siguiente manera. En el primer capítulo, se hace una revisión de los principales conceptos involucrados en el tema regulatorio. En el segundo capítulo, se desarrolla el contexto histórico e institucional en donde se desenvuelven las dinámicas del sector salud en Chile. En el tercer apartado, se presentan las iniciativas de desarrollo regulatorio del personal de salud que lleva a cabo el Ministerio de Salud de Chile. El cuarto capítulo contiene el diagnóstico de la situación actual en materia de regulación de recursos humanos de salud en el país, estructurándose en los espacios de formación, ejercicio y relaciones laborales. El capítulo cinco presenta una síntesis descriptiva sobre los principales actores que son relevantes en el tema regulatorio del personal de salud en Chile. Finalmente, se caracteriza la demanda institucionalizada y emergente de cambios regulatorios que proviene los distintos actores de la salud a partir de sus propias contribuciones a este texto. Como anexo, se puede consultar una síntesis comentada de los principales marcos regulatorios existentes.



# 1. Conceptos básicos para entender la Regulación de Recurso Humanos en Salud.

## 1.1 Concepto de regulación

En general, se entiende la regulación como un proceso donde una serie de instrumentos norman, limitan y orientan cualquier dinámica social. La regulación puede ser explícitamente contenida en códigos, leyes y otras reglamentaciones o bien puede constituirse en una red más o menos compleja de códigos implícitos recreados por los integrantes de determinada comunidad humana.

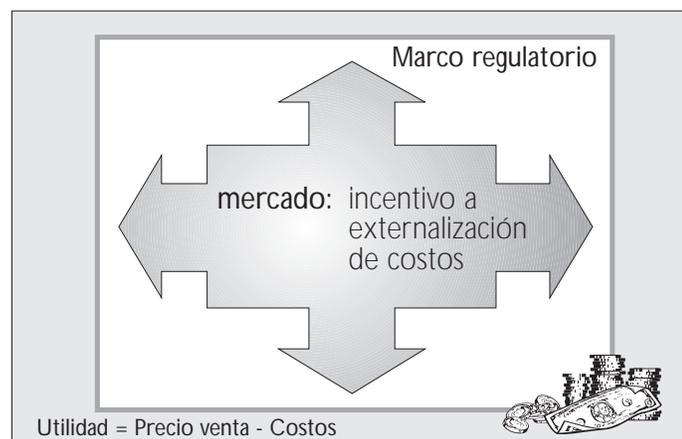
Como en toda dinámica social existe diversidad, e incluso conflicto de intereses, es necesario que una instancia se encargue de ordenar y orientar los procesos dentro de márgenes socialmente aceptables. Conductas individuales que tienen resultados beneficiosos para dichos individuos pueden al mismo tiempo generar perjuicios o disminuciones en el bienestar colectivo o de ciertos grupos. Por ejemplo, un comportamiento económicamente racional de no pagar horas extras con el fin de incrementar la rentabilidad, produce una disminución del bienestar real del trabajador, y en el largo plazo puede incluso comprometer la calidad del proceso productivo debido a la desmotivación del recurso humano.

Como ha quedado establecido en el campo de la economía, el mercado por sí sólo incentivará la externalización de costos debido a que los oferentes se consideran tomadores de precios del mercado (en competencia), y como su rentabilidad depende del diferencial entre el

precio de venta y los costos incurridos, mientras menos costos asuman las empresas, mayor serán sus utilidades en el corto plazo. Los costos que se externalizan no desaparecen, sino que son impuestos para que terceros los asuman inconsultamente, generándose un perjuicio relativo en la función de bienestar de estos terceros; siendo este último elemento el que abre paso a la necesidad de regulación.

Al introducir y fiscalizar un marco regulatorio en cualquier ámbito, las empresas, las instituciones, los usuarios y los ciudadanos, deberán moverse dentro de determinados límites y de acuerdo a determinadas pautas, para asegurar que las dinámicas y opciones individuales y colectivas generen no sólo los resultados, sino también aquellas externalidades negativas que sean aceptables al grupo en cuestión (ver Figura 1).

Figura 1:  
Regulación: límites que la sociedad traza al funcionamiento de los mercados



Más específicamente, la regulación que el Estado impone al funcionamiento de los mercados se introduce en defensa del bien público, y por la necesidad de prevenir (o al menos contrarrestar; y en último término compensar) las externalidades negativas que las dinámicas privadas producen en el colectivo.

Más allá de que el mercado sea capaz de cumplir con una serie de funciones económicas de primera importancia, se ha comprobado históricamente que los mercados, en total ausencia de regulación, se comportan con relativa inestabilidad y volatilidad, agudizan asimetrías pre-existentes, y provocan perjuicios que no son socialmente aceptables. De ahí la necesidad de que regular su funcionamiento, para que la iniciativa privada se mueva dentro de ciertos límites.

## 1.2 Necesidad de regulación

En general, se reconoce la necesidad de regulación debido a los siguientes elementos:

- El precepto de racionalidad económica, que implica que todos los agentes (empresas, consumidores) maximizarán su utilidad o satisfacción, sujetos a las restricciones exis-

tentes. Cada actor tenderá a actuar en función de sus intereses particulares en los distintos mercados.

- Las empresas tenderán a externalizar costos hasta donde el marco regulatorio y la correspondiente capacidad de fiscalización lo permita. Como la utilidad o ganancia se calcula como el diferencial entre precios y costos, y dado que en una economía competitiva los precios se “toman” del mercado, la variable que maneja el empresario para maximizar sus ganancias es la minimización de costos. Incluso si una empresa no tuviera intención de externalizar costos laborales o ambientales, en un mercado competitivo se ve obligado a hacerlo, para poder competir con el resto de los productores que externalizan.
- La externalización de costos que son asumidos por terceros, que ni siquiera se benefician necesariamente de la utilidad que prestan los bienes y servicios producidos, genera un perjuicio relativo en el nivel de bienestar del individuo que asume el costo de la externalidad.
- La existencia de incertidumbre, irreversibilidad, externalidades sociales, ambientales y sanitarias (protección de vida y salud de las personas), elementos que no son incorporados en las señales de mercado en forma oportuna.

En este marco de comportamiento, que responde a lógicas económicas individuales, no es posible sostener o incrementar el bien público a partir de las propias dinámicas del sistema de mercado desregulado. Por estas razones, para cautelar intereses que son socialmente deseables, como la protección de la salud y la vida, se hace necesario introducir regulaciones o limitaciones a las decisiones de los agentes privados que actúan cada uno buscando su propio bienestar. Así, se impone la necesidad de limitar la iniciativa privada, en función del bien público y la prevención de perjuicios inaceptables y/o irreversibles.

Concretamente, en función del reconocimiento histórico de la debilidad relativa de ciertos sectores (trabajadores, generaciones futuras, comunidades) frente a las decisiones individuales o corporativas de las empresas e incluso de organismos del Estado, el mundo ha ido avanzando en el desarrollo de marcos regulatorios como son la legislación laboral, ambiental, de minorías étnicas, de género, de derechos humanos, de prácticas sanitarias, de guerra, etc.

### **1.3 Regulación de Recursos Humanos en Salud: elementos constitutivos.**

Para los fines de este estudio, se entiende que

**Regulación de los recursos humanos en el sector salud es un proceso donde el Estado introduce y fiscaliza un marco que limita y orienta las dinámicas de los trabajadores de la salud en su formación, ejercicio y relaciones laborales, buscando desarrollarlos en forma continua, así como asegurar la calidad y la equidad en las prestaciones, y garantizar la integridad y seguridad de la población usuaria.**

Como ya se ha dicho, la regulación no tiene razón en sí misma, sino como herramienta para el logro de ciertos objetivos. En el caso de la regulación del personal de salud, esto se realiza con el triple propósito de:

- a) Garantizar la integridad y seguridad de los usuarios
- b) Mejorar la calidad y oportunidad de la atención de salud que reciben los usuarios
- c) Desarrollar continuamente el personal de salud

Para poder analizar adecuadamente la situación de la regulación, es necesario primero explicar el alcance y las limitaciones de algunos componentes fundamentales de todo sistema de regulación de recursos humanos en salud: espacios, objetos, instrumentos y actores relevantes.

### *Espacios de regulación de recursos humanos de salud*

Los espacios u objetos de regulación se refieren a los ámbitos en los cuales corresponde regular, y en general se refieren a tres grandes espacios:

- **Formación:** donde se regula sobre perfiles formativos, planes de estudio, certificación, titulación, acreditación de centros formadores, entre otros.
- **Ejercicio laboral/profesional:** donde se regula, por ejemplo, sobre filtros o requisitos de entrada, el campo de ejercicio, disciplina y ética profesional, acreditación o certificación continua de competencias y otros.
- **Relaciones laborales:** donde se regula la relación de trabajo entre el empleador y el profesional o trabajador: regímenes estatutarios/contractuales, reclutamiento, formas de contratación o nombramiento, resolución de conflictos, remuneraciones, carrera laboral/funcionaria, jubilación, entre otros.

18

A menudo los estudios sobre regulación de recursos humanos se organizan en función del objeto de regulación, debido a similitudes y diferencias sustanciales que operan en estos distintos campos. Por ejemplo, para el caso chileno, se observa una regulación sobre la formación y el ejercicio laboral del personal de salud, que es aplicable tanto al ámbito público como privado; en tanto que la regulación sobre las relaciones laborales es sustancialmente distinta entre el sector público y el privado.

Regulaciones de la formación del personal de salud

- similar sistema público y privado

Regulaciones sobre el ejercicio laboral

- similar sistema público y privado

Regulaciones de las relaciones laborales

- difieren sistema público y privado

### *Instrumentos de regulación de recursos humanos de salud*

Como señaláramos, la regulación es un proceso dinámico que involucra espacios y actores, y que se operativiza mediante instrumentos de regulación.

Entre los instrumentos para realizar la regulación se encuentran los jurídicos, que son impuestos y fiscalizados y que son obligatorios para las partes y se espera sean cumplidos por empleadores y empleados. También se pueden utilizar instrumentos de incentivo o desincentivo, que funcionan sobre la premisa de que son voluntarios, y se basan en las realizaciones u omisiones que realizan los trabajadores de salud, objetivados por un sistema de evaluación.

#### Instrumentos Jurídicos

- Constitución
- Códigos (Laboral, Sanitario)
- Estatutos , Leyes, Decretos
- Reglamentos
- Normas

*Instrumentos de incentivo o desincentivo*, tales como ciclos de destinación de profesionales, programas de formación y capacitación, becas, bonos, reconocimientos y otros

#### *Actores de la regulación de recursos humanos de salud*

En los procesos de regulación de recursos humanos en salud, los actores son múltiples, cada uno portando sus legítimos intereses. Ahora bien el hecho de reconocer la existencia de una diversidad de intereses no obsta para reconocer y valorar la existencia de determinado espacio de sensibilización y negociación para que se minimizen las externalidades negativas y se cautele el mejoramiento continuo de los procesos para beneficio colectivo.

De ahí que resulte de primera importancia avanzar junto a los actores del proceso, en el perfeccionamiento continuo de un sistema integrado de regulación de los recursos humanos. Todo proceso de mejora continua en los marcos regulatorios, debe hacerse con una metodología que permita el aporte creativo de los principales actores involucrados, en base a una mesa ampliada de actores (stakeholders<sup>1</sup>), para que los resultados sean mejores y más sustentables.

Para el caso de la regulación del personal de salud, los principales grupos de actores que son relevantes para el tema en discusión son:

- Usuarios de Hospitales, Consultorios y Clínicas
- Empleadores (Privados, Sistema Nacional de Servicios de Salud, Municipios)
- Organizaciones Laborales (CONFUSAM, CONFENATS, FENPRUSS, FENTESS, etc.)
- Colegios Profesionales y Sociedades Científicas
- Aseguradores (Fonasa, Isapres)

<sup>1</sup> En inglés se utiliza el término *stakeholders*, que quiere decir aquellas personas que algo tienen que ganar o perder de un proceso determinado, para significar la concurrencia de los representantes de los diversos intereses que están en juego en todo proceso de transformación.

- Reguladores: MINSAL, MINEDUC, Poder Legislativo
- Controladores: Contraloría General de la República
- Centros Formadores: Universidades, CFTs, Institutos Profesionales, otros
- Corporaciones voluntarias de acreditación (CONACEM, CONACEO)

#### 1.4 Visión sistémica y dinámica de la regulación de recursos humanos de salud

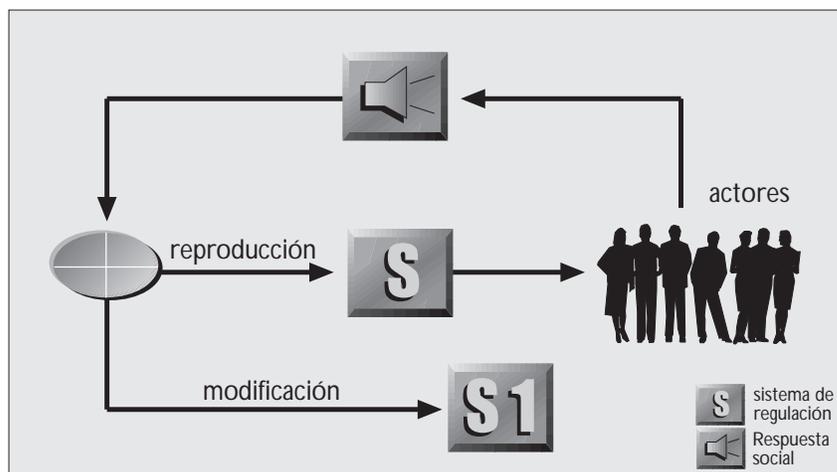
Los sistemas de regulación de recursos humanos no constituyen un fin en sí mismos, sino una herramienta que permite que estos aporten a la meta social de mejorar la salud de las personas, garantizando su seguridad y calidad de vida.

El sistema es bastante complejo, no sólo por los elementos ya descritos, sino también por las permanentes transformaciones de los componentes del sistema regulatorio. Es notorio, por ejemplo, el cambio acaecido en las regulaciones que afectan al personal de salud durante la dictadura militar; así como los cambios que se han producido más recientemente, en el contexto de la modernización, el fortalecimiento del rol rector, y la recuperación de espacios de producción de servicios sociales por parte del Estado.

20

Lo único seguro sobre un sistema, es que siempre estará cambiando. No se puede plantear que se ha alcanzado el sistema óptimo para regular a los recursos humanos, y que la tarea está terminada. Siempre las dinámicas sociales, económicas, culturales, tecnológicas y políticas estarán generando impulsos de transformación que repercuten en el sistema de regulación. En este sentido, todo sistema de regulación será, por definición, perfectible en función de la respuesta social y del contexto político donde se desenvuelven estas dinámicas (ver figura 2).

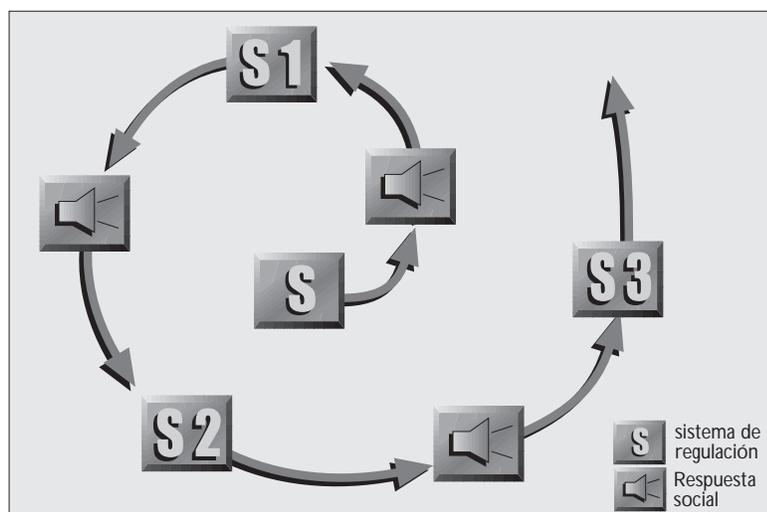
Figura 2:  
Sistema de regulación de RR. HH. de Salud



Un sistema inicial (S) será percibido por los actores en función de sus diversos y legítimos intereses, para que éstos articulen organizadamente una respuesta social. Naturalmente que dependiendo de la correlación y dirección de las fuerzas políticas en cuestión, se produce una modificación hacia un nuevo sistema (S1), o bien se mantiene el sistema pre-existente (S).

Así, con el tiempo, pasaremos de un sistema regulatorio (S) a uno nuevo (S1), el que al agotar su capacidad será demandado a cambiar por parte de los actores, para pasar a ser un sistema distinto (S2), y así sucesivamente (ver figura 3).

Figura 3:  
La dinámica cambiante del sistema de regulación





## 2. Desregulación de la Economía y Reforma Sanitaria en Chile

Chile fue uno de los primeros países de América Latina en implementar profundas transformaciones económicas, sociales y políticas, por decisión del gobierno militar. En éste se emprendió un camino de desregulación, privatización y apertura indiscriminada de nuestra economía al exterior. Si bien estas transformaciones generaron las bases para un ulterior crecimiento económico, no se puede perder de vista que dicha expansión se ha visto acompañada de costos sociales y ambientales crecientes.

Desde el retorno a la democracia en 1990, el país ha empezado a encarar los problemas de distribución del ingreso, persistencia de la pobreza y el creciente pasivo ambiental; incrementándose el gasto público y la inversión en dichas áreas, y al mismo tiempo, introduciendo regulaciones de manera progresiva. Desde 1990 la política económica articula los aportes del mercado con el rol del Estado regulador, en un contexto donde las organizaciones de la sociedad civil se fortalecen y reclaman mayor equilibrio entre las fuerzas de la empresa y las responsabilidades de resguardo del bien público por parte de las autoridades electas. La creciente conciencia ciudadana se refleja también en la exigencia de mayores niveles de equidad y mejor oportunidad en la provisión de servicios sociales a cargo del Estado.

En el ámbito de salud, esta tarea implica la asignación creciente de recursos del Estado, pero este impulso de cierta forma se topa con una cultura organizacional inadecuada, así como con una combinación de faltas y excesos de regulación que dificultan la gestión de los recursos humanos, factor clave en la provisión de servicios de salud.

Así, mientras otros países en la región se encuentran profundizando la privatización y desregulación de sus mercados, desarrollando procesos de ajuste estructural, Chile se encuentra avanzando, con reconocida lentitud, en el desarrollo de marcos regulatorios para encauzar el funcionamiento de las actividades de provisión de bienes y servicios dentro de límites socialmente aceptables. Esto ha sido muy notorio en los últimos años, en particular en rubros estratégicos como son la energía, la educación, la salud y el medio ambiente. Estos procesos ocurren en el contexto de la modernización y fortalecimiento del Estado rector.

Analicemos, en forma cronológica, estos cambios estructurales, haciendo énfasis en sus efectos sobre los marcos regulatorios para el sector salud y para el trabajo en el sector público y privado.

## **2.1 La transformación del Sector Salud durante la dictadura militar**

La dictadura militar impulsó importantes transformaciones en el sector salud, en congruencia con la doctrina neoliberal privatizadora y desreguladora.

Las reformas más relevantes emprendidas por la dictadura militar en el sector salud fueron:

- La transformación del antiguo Servicio Nacional de Salud (S.N.S) en un Sistema Nacional de Servicios de Salud (S.N.S.S), compuesto por 27 servicios autónomos a lo largo de Chile (hoy son 29).
- En cuanto al financiamiento, ocurrió una transformación de un sistema solidario a uno de «acceso individual proporcional a la renta», con un piso dado por la capacidad del Estado de generar prestaciones a partir de los servicios de salud pública progresivamente descapitalizados y con fuerte contracción en sus presupuestos operacionales.
- Fomento de un sistema de salud privado (asegurador y prestador) que fue captando a las capas más altas de trabajadores, cuyo 7% obligatorio es más interesante para el sector privado. En este sistema los asegurados deben pagar adicionalmente un copago por prestación en función de su plan individual de seguro médico y además reciben un subsidio del Estado, recién finalizado según nueva ley FONASA (octubre 1999: ver RECUADRO 2.3).
- Debilitamiento o desaparición de la actividad gremial del sector salud y cambio jurídico de los Colegios Profesionales de derecho público a privado. Con esto último en esencia se pierde la obligatoriedad de la afiliación y por tanto se debilitan notoriamente las posibles consecuencias de las investigaciones y las sanciones aplicadas a las negligencias y/o faltas a la ética profesional. Así, los colegios se transformaron en organizaciones profesionales cuyo centro de actividad fue la agenda gremial.

De un sistema de salud nacional que estaba articulado en torno a una visión de salud pública y que funcionaba en base a hospitales públicos a los que básicamente tenían acceso todos los chilenos, se pasa a un modelo de atención de salud dual que opera en función de los niveles de renta de los usuarios. Respaldo por una ley, se genera un mercado creciente para la salud privada pues se hace obligatorio que los trabajadores

autofinancien su salud quedando el empleador obligado a retener un 7% del sueldo para contribuir ya sea al seguro público o a uno privado de su elección. Con la dictadura militar, el Estado por un lado asumía un rol promotor de la empresa privada sanitaria, la que habría de prosperar en un contexto de prácticamente ninguna regulación, mientras que por otro lado se preparaba para prestar las atenciones de salud de los más pobres, en una clara visión de Estado subsidiario.

Por otra parte, la dictadura militar impulsa una profunda reorganización del Ministerio de Salud y del Servicio Nacional de Salud, que generaba las atenciones de salud desde un tronco centralista. Esta transformación significó la creación de 13 Secretarías Ministeriales (concordantes con las regiones) y la descentralización de la operación del Sistema Público de Salud, en 27 unidades territoriales, los Servicios de Salud. Se creó además, la entidad financiera del sistema público: el Fondo Nacional de Salud: la Central Nacional de Abastecimientos y el Instituto de Salud Pública, organismos autónomos dependientes del Ministerio de Salud. En 1981 se entregó a la administración municipal, en ese momento encabezadas por Alcaldes designados por el Gobierno militar, el Nivel Primario de Atención, que incluyó el traspaso de funcionarios y bienes físicos (consultorios y postas rurales).

Al mismo tiempo en los años ochenta, se transformó el sistema de financiamiento de la salud. Hasta ese momento, el sistema era financiado mayoritariamente por el aporte del Estado (sobre 2% del PIB), por aportes provenientes del 2% de la remuneración del trabajador y por el aporte de los empleadores. Con la transformación, el aporte del empleador desapareció, el aporte del trabajador aumentó hasta 7% de su sueldo, y el Estado disminuyó su aporte hasta un 0.7% del PIB (1989).

Esta profunda contracción en el gasto generó una verdadera crisis de financiamiento en el sector público que atendía a más del 80% de la población, provocándose una creciente obsolescencia tecnológica, a lo que se sumaron una baja disponibilidad de insumos (tanto clínicos como logísticos), malas condiciones de atención, de trabajo y remuneracionales para los profesionales y trabajadores de la salud.

Merece la pena detenerse brevemente en los alcances de la transformación del rol de los Colegios Profesionales durante la dictadura militar. Resulta interesante establecer que con anterioridad al gobierno militar, los colegios profesionales se organizaban para velar por el desarrollo, prestigio y prerrogativas de la profesión, y por su regular y correcto ejercicio. Todos los profesionales que ejercían estaban obligados a inscribirse en el Colegio, el que tenía dentro de sus atribuciones dictar y fiscalizar las normas de ética del ejercicio profesional. El Colegio Profesional podía sancionar a sus obligados colegiados, en diverso grado y magnitud hasta la expulsión de la orden, con lo cual quedaba inhabilitado para el ejercicio. El afectado podía reclamar ante la Corte Suprema, resolviéndose el caso por la vía judicial.

La lógica de estos cambios responde al ideario neoliberal, que en su doctrina considera que los sindicatos, gremios y otras organizaciones distorsionan las reales fuerzas del mercado, rigidizando los salarios artificialmente y presionando a la alza de costos por la vía del costo de personal. En este caso, tanto gremios como sindicatos serían responsables de distorsio-

nar la oferta de servicios de salud, porque mediante sus reivindicaciones presionarían los costos al alza. En este sentido, políticas de ingreso, poder de negociación, así como establecimiento de cortapisas, estándares, tarifas y otras resultantes, se tendían a erradicar en las nuevas reglas del juego donde el mercado se considera el más eficiente regulador.

« Es así como mediante diversos decretos leyes [...] fue disponiéndose la prórroga de los períodos de duración de los organismos directivos de los colegios; se les privó de la posibilidad de elegir sus nuevas directivas; se entregó al Gobierno la posibilidad de nombrar reemplazantes; se les impidió celebrar reuniones sin permiso de la autoridad administrativa; se quitó carácter obligatorio a los aranceles decretados por ellos; se hizo innecesaria la colegiatura para el desempeño de cargos públicos [...] « Silva y Silva (1989:357).

Por último, se promulgó el DL 3.621, el 7 de febrero de 1981, el que transforma a los colegios profesionales en asociaciones gremiales que tendrían que quedar sujetas a las disposiciones del DL 2.757 de 1979, derogándosele las facultades para que los colegios pudiesen resolver sobre honorarios y ética del ejercicio profesional. De hecho, se facultaba al Presidente de la República para entregar a otras instituciones las atribuciones que tenían y que eran incompatibles con las de su nuevo carácter, y para dictar o modificar las normas que reglamentaron el ejercicio de las profesiones correspondientes o la ética profesional.

Así, los Colegios Profesionales, que anteriormente concentraban tanto funciones gremiales como de tutores de la ética y la disciplina profesional, se transforman en instituciones de derecho privado<sup>2</sup>, específicamente en asociaciones gremiales, y como tales, con pertenencia o afiliación voluntaria<sup>3</sup>. Con el retorno a la democracia, los colegios profesionales de salud continúan reaccionando duramente contra esta transformación, ya que en el fondo sienten que no se puede garantizar una adecuada tuición ética si la colegiatura no es obligatoria y los posibles análisis de faltas de ética no son más que referentes morales de pares sin ningún tipo de consecuencia sobre el ejercicio de los profesionales.

<sup>2</sup> Este cambio de los colegios de organizaciones de carácter de derecho público a privado, significa que al no emanar de una función pública que el Estado deposita en los Colegios, no corresponde la colegiatura obligatoria y por tanto la tuición sobre la ética profesional es inconducente más allá de una sanción moral a los pares.

<sup>3</sup> Esta transformación se encuentra amparada en la nueva Constitución del régimen militar (Constitución Política de la República de Chile: 1980), la cual consigna:

«Ninguna clase de trabajo puede ser prohibida, salvo que se oponga a la moral, a la seguridad o a la salubridad pública o que lo exija el interés nacional y una ley lo declare así. Ninguna ley o disposición de autoridad pública podrá exigir la afiliación a organización o entidad alguna como requisito para desarrollar una determinada actividad o trabajo, ni la desafiliación para mantenerse en éstos. La ley determinará las profesiones que requieren grado o título universitario y las condiciones que deben cumplirse para ejercerlas» (Art. 19, N°16). «Nadie puede ser obligado a pertenecer a una asociación» (Art. 19, N°15).

## **RECUADRO 2.1**

### **LA TRADICIÓN REGULATORIA DEL ESTADO EN CHILE.**

En Chile existe una fuerte tradición regulatoria de Estado, a pesar de que la regulación sobre la actividad privada fue notoriamente debilitada durante la dictadura militar. De hecho, en la administración pública, se sostuvieron sistemas de regulación tradicionales que permiten homologar la manera de gestionar los servicios del Estado, y al mismo tiempo facilita la función contralora y fiscalizadora de los organismos competentes del Estado.

Otro elemento importante a considerar es que existen fuertes diferencias en la concepción del derecho privado y del derecho público en Chile. En el derecho público chileno, las instituciones y servidores públicos en esencia no pueden realizar nada para lo cual no estén habilitados o tengan facultades expresamente consagradas en el marco jurídico. Este punto es frecuentemente invocado por los servidores públicos, y en realidad, proceder de otra manera le puede causar un sumario administrativo y la remoción del puesto a un funcionario o directivo muy creativo.

Por el contrario, desde el punto de vista del derecho privado, las empresas y otros actores pueden hacer todo lo que no está expresamente prohibido o sea ilegal. Con esta asimetría en las facultades y ritmos de reacción en ambos sectores, el Estado tiene que andar corriendo atrás del sector privado, realizando la labor legislativa para cada nueva rendija o vacío legal que se expresa en función del desarrollo. Esto genera problemas en el bienestar social, pues a menudo los vacíos de regulación se expresan ex post, cuando los daños o perjuicios han ocurrido.

Tradicionalmente, el Estado opera muy inelástica y lentamente debido al costo en tiempo y recursos que significa movilizar el aparato legislativo y fiscalizador, agravado por cierto por el costo de transacción y administrativo que exige el nivel de regulación existente en el ámbito público.

Si bien con el retorno a la democracia en 1990, el país ha realizado serios esfuerzos por impulsar la modernización del Estado, el nivel de avance es desigual, destacándose algunos servicios y Ministerios más que otros. En todo caso la percepción de los usuarios de los servicios públicos y de los empresarios no ha cambiado demasiado: el servidor público se sigue viendo esencialmente como alguien poco productivo, lento e inamovible.

Adicionalmente a estos elementos ilustrativos, las instituciones tanto públicas como privadas aún sostienen una cultura organizacional autoritaria y formalista, y a nivel de los Ministerios, hospitales y consultorios municipales, esta realidad constituye uno de los mayores desafíos para la eficacia del trabajo de los equipos.

## 2.2 Funcionamiento actual del Sector Salud en Chile

La población de Chile se encuentra en transición demográfica y acumulación epidemiológica, en la que coexisten problemas derivados del subdesarrollo como por ejemplo las enfermedades entéricas y las transmisibles y por otra parte las asociadas a los estilos de vida y al desarrollo económico, tales como enfermedades crónicas, cánceres, accidentes y problemas de salud mental. Los indicadores clásicos muestran una mortalidad general de 5.4 por 1000 habitantes en 1998, una natalidad de 18.7 y una mortalidad infantil de 10 por 1000 nacidos vivos, siempre decreciente. La expectativa de vida al nacer es de 75.2 años para el quinquenio 1995-2000.

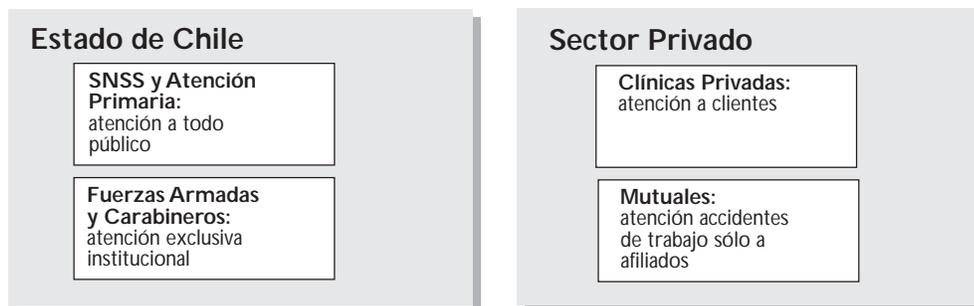
Sin embargo, un documento de los principales Colegios Profesionales ligados a la Salud en Chile establece que:

«Pese a los notables logros alcanzados por el país en su nivel de salud, medido a través de los indicadores clásicos de mortalidad y morbilidad, particularmente, la mortalidad infantil y materna, la mortalidad por diarreas y enfermedades respiratorias en la infancia, el incremento en la expectativa de vida al nacer, el control o la erradicación de algunas enfermedades transmisibles como la poliomielitis, el sarampión y el cólera, entre otros, la población aún dista de gozar de un estado de salud satisfactorio [...] La transición demográfica y epidemiológica que vive el país, así como las externalidades negativas del modelo económico imperante, hacen que la población sufra simultáneamente de problemas de salud propios del subdesarrollo y del desarrollo emergente, los que afectan con mucha mayor intensidad a los sectores más pobres de nuestra sociedad [...] Detrás de los notables índices anteriormente mencionados, que son promedios nacionales, se ocultan enormes diferencias territoriales, por origen étnico y sobre todo por nivel socioeconómico» (Colegios Profesionales: 1998).

El siguiente esquema presenta una visión bastante simplificada del funcionamiento actual del sistema sanitario chileno, desde el punto de vista de la provisión de servicios de salud. El objetivo de introducir este esquema es tener una visión global de su funcionamiento, por lo que no se incluyen todos los componentes.

Figura 2.1

Estructura básica del sector salud en Chile desde el punto de vista de la provisión



El Estado, a pesar de las drásticas transformaciones que sufrió durante el régimen militar, aún atiende a más del 65% de la población chilena en el ámbito de la restitución de la salud, y prácticamente en un 100% en el ámbito de las acciones de prevención, promoción y regulación de la salud. En el sector público, las atenciones de salud se generan desde dos espacios con persistentes problemas de articulación, que son el nivel de atención primaria, con 1519 consultorios de atención primaria a lo largo del país, los cuales dependen mayoritariamente de los Municipios, y una red Hospitalaria de atención secundaria y terciaria de 180 Hospitales, que dependen del SNSS.

El sistema privado prestador atiende a un 30% de la población, en múltiples clínicas de diversa complejidad pero gasta un estimado de 58% de los recursos totales del sector salud.

Por su parte, el sistema público atiende a un 65% de la población con un 42% estimado de los recursos totales que se gastan anualmente en salud<sup>4</sup>.

Además, el sistema público en la práctica subsidia al sector privado, con lo que su población usuaria es en realidad mayor; lo que equivale a decir que la disposición efectiva de recursos públicos para la salud pública es menor. Lo anterior se puede ilustrar con el fenómeno de que en la práctica, el Estado actúa como un reasegurador para enfermedades catastróficas y como un seguro de salud para desempleo, pues en ambas situaciones los usuarios del sistema privado (ISAPRES) se ven obligados a acudir al sistema público prestador para acceder a los servicios de salud que requieren. Con el tiempo, se ha hecho progresivamente evidente que los cotizantes de ISAPRES que sufren enfermedades crónicas o catastróficas, cuyos costos son cubiertos en una mínima parte por su seguro privado, y que por su nivel de ingreso no pueden afrontar el enorme peso financiero de dichas enfermedades, tienen que recurrir al sistema público de salud. Lo anterior implica una obvia transferencia de recursos del sector público al privado, pues el cotizante puede haber pagado su seguro privado durante años, para finalmente hacer uso del sistema público donde no cotizó con anterioridad a su enfermedad. Igualmente, el Estado se hace cargo de transferir recursos mediante los subsidios para licencias pre y postnatales de las mujeres trabajadoras del sector privado.

<sup>4</sup> Existe un 5% adicional de población que es atendida por el Estado mediante las instituciones armadas y de orden, materia que no es tratada en este estudio; así como particulares que se atienden el sector privado y que no cotizan en ninguna esquema de seguro de salud.

**RECUADRO 2.2****FUNCIONAMIENTO DEL SECTOR SALUD EN CHILE**

Función  Sector t	Financiamiento	Provisión Atenciones	Otras Funciones Críticas
	<p>FONASA (Fondo Nacional de Salud). Cotizantes: se financia con las cotizaciones de poco menos del 50% de los trabajadores dependientes/formales.</p> <p>Cotización individual: 7% ingreso imponible del trabajador. Indigentes no imponen.</p> <p>Cobertura y prestaciones para todos sus usuarios, independientemente de su nivel de ingreso (incluso indigentes).</p> <p>Financia el 100% de programas y subsidios sanitarios que cubren a la población chilena en general (Programa Nacional de Alimentación Complementaria, Programa Ampliado de Inmunizaciones, subsidio pre y post natal y por licencias por enfermedad del hijo menor de un año.</p>	<p>Hospitales del SNSS y Consultorios de la Atención Primaria Municipal: tiene como beneficiarios al 65% de la población nacional.</p> <p>Atiende a los más pobres, a pacientes con enfermedades catastróficas, indigentes, tercera edad y desempleados.</p> <p>Provisión de atenciones por programas y subsidios de salud a toda la población que lo requiere</p> <p>Se estima que realiza un 42% del gasto nacional de salud</p>	<p>Rectoría, regulación y fiscalización del sector salud en todo el país.</p> <p>Concepción y desarrollo de acciones de prevención y promoción de la salud en todo el país</p> <p>Realiza gran parte de la formación, especialización y perfeccionamiento de los recursos humanos.</p>
	<p>ISAPRES: Instituciones de Salud Previsional: se financian con las cotizaciones de poco más del 50% de los trabajadores.</p> <p>Cotización individual mínima: 7% del ingreso imponible del trabajador</p> <p>Cobertura y prestaciones en planes de seguro cuyos beneficios dependen directamente del nivel de ingreso.</p>	<p>Clinicas, laboratorios clínicos y consultorios privados.</p> <p>Tienen como potenciales usuarios al 30% de la población nacional, más a los beneficiarios de Fonasa en el sistema de libre elección.</p> <p>Ocupa un estimado 58% del gasto nacional en salud.</p>	<p>Realiza una parte de la formación y especialización de recursos humanos.</p>

Igualmente, el sector público subsidia al sector privado prestador y financiador en el tramo de los trabajadores de menores ingresos. El empleador puede aportar un 2% del sueldo del trabajador para contribuir a la cotización que le permita al empleado acceder a un plan de cobertura mínima en su ISAPRE. A su vez, el Estado restituye este aporte como crédito a sus obligaciones tributarias. Este subsidio fue objeto de controversia debido a que constituía una distorsión al sistema de financiamiento de la salud, hasta que a finales de 1999 se legisló su eliminación progresiva en el transcurso de 4 años, en el contexto de varios cambios realizados a la Ley

### **RECUADRO 2.3**

#### **LOS BENEFICIOS DEL RECIENTE CAMBIO DE LEY FONASA**

- 1 El Fondo Nacional de Salud –FONASA– podrá administrar por primera vez las cotizaciones de sus afiliados. Esto significa poder controlar las evasiones y ampliar los beneficios a sus cotizantes.
- 2 FONASA garantiza a sus beneficiarios un conjunto de atenciones con cobertura, oportunidad y calidad establecidas. El beneficiario podrá reclamar si sus derechos de acceso no son respetados.
- 3 **FIN AL CHEQUE EN GARANTIA EN ATENCIONES DE URGENCIA**  
Se prohíbe a los prestadores públicos y privados, exigir a los beneficiarios de FONASA y de las Isapre, dinero, cheques u otros instrumentos financieros para garantizar el pago o condicionar de cualquier otra forma la atención de emergencia o urgencia. Esto evita la angustia de tantas familias que en situaciones de riesgo vital de un familiar se les impedía acceder por esta razón, a la hospitalización o la estabilización del paciente.
- 4 FONASA reduce los co-pagos para los afiliados con más de 3 cargas familiares a través de una reclasificación más justa. Pagarán menos las personas que ganan menos y tienen más cargas familiares.
- 5 Con el aumento de ingresos FONASA podrá aumentar el aporte en la modalidad de libre elección para atenciones de urgencia y atenciones ambulatorias de especialidades y exámenes diagnósticos.
- 6 FONASA podrá financiar atenciones con prestadores privados para las personas que se atienden en modalidad institucional, cuando una determinada prestación no esté disponible en el sistema público. Así, podrá responder en forma eficaz y oportuna a las necesidades de salud de todos sus beneficiarios.
- 7 La eliminación del subsidio del 2% de cotización adicional del Estado a las Isapre, permitirá que el sector público obtenga nuevos recursos para mejorar la atención en consultorios municipales, ampliar el Programa de Oportunidad de Atención, el Seguro Catastrófico y la formación de médicos especialistas.
- 8 La población de la Región Metropolitana se verá beneficiada con la puesta en marcha, de tres centros asistenciales experimentales descentralizados con gestión autónoma integrados a la red asistencial pública: CRS Peñalolén, CRS Maipú y el nuevo Hospital Padre Alberto Hurtado de la comuna de San Ramón.

Fuente: Ministerio de Salud

Es importante establecer que la liberación progresiva de fondos, derivado del fin del subsidio a las ISAPRES, constituye un ahorro fiscal importante; pero éste no se traspasa necesaria ni automáticamente al sector salud, ya que los presupuestos anuales son presentados por el ejecutivo cada año y aprobados en el Congreso en función de una serie de elementos tanto estructurales como coyunturales.

### *Desencuentros entre ambos sistemas*

Idealmente, los sistemas público y privado deberían tender a constituirse en una red de prestadores para aprovechar adecuadamente la infraestructura actual. Pero resulta complicado que la cooperación que todos deseamos ocurra entre los prestadores públicos y privados pueda cristalizar, debido en parte a las asimetrías existentes, al modelo de atención imperante y deseado en ambos, y a los objetivos perseguidos por ambos sistemas: por un lado un Estado que se hace cargo de la salud de los trabajadores e indigentes en pos del bienestar social (co-financiado con aportes de los usuarios), y por otro lado las empresas prestadoras que, además de satisfacer las necesidades de sus clientes, obviamente persiguen fines de rentabilidad.

Las disímiles lógicas e imágenes objetivos, y los otros factores descritos, generan una gran cantidad de ineficiencias, incentivos perversos, asignación subóptima de recursos y conductas encontradas con la ética, tanto en el sector público como en el privado, y la literatura especializada da cuenta de buena parte de estos resultados sin duda lamentables para un país con escasez de recursos.

Sólo a modo ilustrativo, se puede decir que:

- a) a menudo se duplican acciones,
- b) la compra y venta de prestaciones, diagnósticos y exámenes entre ambos sub-sistemas es dificultado por restricciones que tienen los prestadores del sector público. Pero aunque estas no existiesen, los vectores de precios resultarían distorsionados puesto que el sector público es bastante eficiente en el sentido de generar resultados técnicamente equivalentes a los del sector privado, pero con un nivel menor de costo,
- c) el sector privado se especializa en captar a la cartera de clientes con mayores ingresos y que residen en los núcleos urbanos mientras que el sector público se hace cargo de los de menores ingresos y con dispersión territorial en todo el país,
- d) existen incentivos perversos a la sobreprestación en el sector privado y a la subcotización en el sector público; y así sucesivamente,
- e) resulta obvio que en este sistema el país se pierde de generar las economías de escala por la competencia que existe entre prestadores y aseguradores.

Con respecto a la dificultad de conciliar los dos subsistemas de salud, los Colegios Profesionales de la Salud (1998:2) estiman que la coexistencia de un sistema público solidario aún no debidamente financiado y «con un bajo nivel de remuneraciones para todos sus funcionarios, y de un sistema privado de atención, e incluso con otros sistemas estatales no públi-

cos con financiación mucho más alta, **hace imposible en la práctica la existencia de un verdadero sistema mixto de atención en el país**». La distribución territorial y entre subsistemas de atención de profesionales y técnicos calificados, es altamente inequitativa. Como destacan los referidos Colegios, los recursos humanos son formados como estudiantes y luego como especialistas mayoritariamente en los establecimientos del Sistema Nacional de Servicios de Salud y una vez alcanzada la capacitación deseada, emigran hacia los otros subsistemas en procura de mayores ingresos.

En el sistema dual de salud que impera en Chile, al menos una conclusión parece tan clara como obvia: el desarrollo y nivel de rentabilidad que presentó el sistema asegurador y prestador privado que con tanto orgullo se presenta como emblemático de las transformaciones neoliberales, no hubiese sido posible sin:

- los incentivos y subsidios económicos que el Estado le propició desde su inicio
- que el Estado se haga cargo de la población de mayor riesgo o menor rentabilidad en cuanto cliente (lo que en sí mismo supone un subsidio continuo)
- que el Estado se hace cargo del financiamiento de gran parte de la formación de pregrado y especialización de los recursos humanos de salud.

Parece estar claro que la manera en que operan desarticulada e inequitativamente los dos sistemas de salud, persiguiendo objetivos distintos frente a «consumidores» con asimétrica información, y en algunos casos cautivos, genera pérdidas importantes en el bienestar social por unidad de dinero invertida, independientemente de donde provenga ese dinero.



# 3. El Trabajo de regulación de Recursos Humanos de Salud en el Ministerio de Salud de Chile

En la División de Recursos Humanos del MINSAL se está trabajando hace un tiempo en regulación de recursos humanos de salud, avanzando en el acopio y análisis de la información, así como en el impulso de cambios importantes en el marco regulatorio.

Pese a ser un tema nuevo en nuestro país, la División está comprometida a avanzar en el estudio y proposiciones para facilitar la ulterior construcción de un sistema apropiado de regulación de recursos humanos, que pueda al mismo tiempo, maximizar el aporte de éstos al mejoramiento de la salud de la población, y proteger a los usuarios de los posibles riesgos y perjuicios que se pueden cometer en la provisión de servicios de salud.

## **3.1 Cambios en el sector salud e importancia creciente de los recursos humanos a partir de 1990**

Durante la dictadura militar, la contracción de los presupuestos de salud fue severa, y esto no sólo significó la descapitalización de los hospitales y consultorios de atención primaria, sino también una sobre exigencia sobre los recursos humanos que trabajaban en la salud pública. Además, las malas remuneraciones y el creciente «efecto demostración» ejercido por las clínicas privadas contribuyeron a desprestigiar y/o desvalorizar socialmente las labores de los funcionarios públicos de la salud.

No obstante, como se puede observar en los perfiles epidemiológicos e indicadores sanitarios básicos, a pesar de la fuerte contracción del gasto en salud, el nivel de salud de la población no se vio disminuido ni deteriorado como hubiese sido esperable durante la dictadura militar. La mantención del compromiso de trabajo y la dedicación extraordinaria del equipo de salud son factores que explican en gran parte este fenómeno.

De hecho, con el retorno a la democracia, la demanda social de los colegios y asociaciones de trabajadores de la salud era notable y casi incontenible. Movimientos, paros, huelgas y otras manifestaciones de poder se fueron sucediendo a principios de los noventa. Los gremios y asociaciones de funcionarios levantaban sus demandas por largos años contenida. El contexto económico requería de un gobierno con responsabilidad macroeconómica, y por otro lado se percibía la necesidad de una política de contención de costos, lo que generaba un constreñimiento por el lado de los recursos financieros disponibles. Por otro lado, el Ministerio de Salud carecía de una política adecuada de recursos humanos, y en el fondo actuaba reactivamente.

El retorno a la democracia generó enormes expectativas de recuperación de los gremios y los usuarios. Los gremios se reorganizaron y prepararon para hacerse oír, generándose los siguientes grandes conflictos del sector:

- Renuncia Médicos de Urgencias: 1992 (mejoramiento remuneraciones y entorno de urgencias)
- Paro de los funcionarios del Estatuto Administrativo en las Urgencias: 1993
- Paro de la Atención Primaria Municipal: 1993, centrada en el tema del financiamiento
- 4 paros parciales y 1 prolongado por temas de Estatuto Atención Primaria y financiamiento: 1995
- Gran conflicto con los trabajadores y profesionales de los Servicios que culminó con una Ley de Incentivos al Desempeño: 1996
- Movilización escalonada del Colegio Médico por remuneraciones en el contexto de negociación de la Reforma a la Ley 15.076, y paro nacional 12 de noviembre 1999.

Profundizando un tanto en estos dos últimos conflictos, se pueden realizar importantes aprendizajes con respecto a las dinámicas que se verifican entre los distintos intereses de los actores en materia regulatoria.

En el conflicto de 1996, los gremios en movilización fueron CONFENATS, FENPRUSS y Colegios Profesionales. Este conflicto se remonta al intento de introducir incentivos al desempeño de los funcionarios, en la práctica asociando remuneración a desempeño. Las diferencias se producían esencialmente por el monto de los recursos económicos demandados por los trabajadores de la salud, y por otro lado porque el gobierno estaba interesado en concordar una propuesta inicial para generar una nueva regulación específica para los trabajadores de la salud actualmente bajo Ley 18.834. Finalmente, se reúnen por dos días en el Palacio Aritzia la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados, el Ministro de Salud y sus asesores, así como los Dirigentes de los gremios. El gobierno consigue la aprobación de la

Ley 19.490 de Incentivos al Desempeño (1996), que autoriza una asignación mixta por desempeño y antigüedad, sin el acuerdo de los trabajadores.

Por su parte, el movimiento a finales de 1999, incluyó a médicos, odontólogos, químico-farmacéuticos y bioquímicos. Este movimiento se desarrolló de manera escalonada e incluyó un paro nacional de los profesionales diurnos, lo que generó consecuencias negativas sobre la atención de los usuarios del sistema público. Este movimiento se realizó en la etapa final de tramitación parlamentaria del proyecto de ley que modifica el estatuto que los rige, y que había sido acordado previamente con los Colegios. La demanda de los gremios aludidos se enmarcó todo el tiempo en el contexto de la necesidad de fortalecer el sistema público, siendo una de sus principales reivindicaciones un aumento sustancial de las remuneraciones a través del sueldo base (sobre el que se calculan el resto de asignaciones). Las aspiraciones iniciales de incremento remuneracional de los gremios eran bastante mayores que las obtenidas por los trabajadores del sector público, por lo que el gobierno declaró inalcanzable la petición. Mediante un proceso de negociación finalmente se llegó a la firma de un acuerdo el 18 de noviembre, tras la realización de un paro nacional de 24 horas con adhesión casi total de estos profesionales en los servicios de salud del país. Los resultados de la negociación fueron incorporados como indicaciones al proyecto de ley que reforma la Ley 15.076 actualmente en el Parlamento.

Con los conflictos laborales expresados en democracia, quedó de manifiesto la grave carencia de un marco legal que regule los conflictos en el Sistema Público que permita expresar las diferencias sin un grave deterioro de la calidad de la atención de la población.

Por el lado de los recursos, a pesar del descontento del personal de salud que labora en dependencias públicas, desde 1990 a la fecha se han realizado fuertes aumentos en el gasto público en salud, siendo actualmente el aporte directo del Estado de 1.3% del PBI, lo que sumado al aporte de las personas y a los ingresos generados por el propio sector, implican un nivel aproximado de 2.5% del PIB.

Entre 1990 y 1994 se asignaron importantes recursos financieros a la inversión en capital e infraestructura y en recursos humanos, aumentándose las remuneraciones reales de los trabajadores del sector público entre el 37 y el 51% real y las dotaciones en 6%; básicamente concentrado en ampliar el programa de distribución geográfica de médicos y dentistas y de los profesionales en formación especializada (Ministerio de Salud).

Entre 1994 y 1998 se han mantenido los mismos niveles de inversión del cuatrenio anterior, se han aumentado las remuneraciones reales entre un 11 y un 19% y la dotación en otro 9%, y se han impulsado reformas en la regulación de los recursos humanos, a saber: creación del Estatuto de Atención Primaria (1995), el Proyecto de Ley que transforma la regulación sobre personal médico que data de hacía 40 años, y el sistema de estímulos al desempeño individual y a la experiencia (desde 1996). Estos elementos se desarrollan en el capítulo 4.

### 3.2 Los Recursos Humanos como ámbito de trabajo en el MINSAL.

Con anterioridad a 1980, la existencia de un Servicio Nacional de Salud centralizado y voluminoso, en cierta forma proyectaba cierta sombra en las labores del Ministerio de Salud, el que no tenía un nivel de protagonismo ni importancia política comparable. A lo largo de décadas, el tema de los recursos humanos en realidad tenía un bajo perfil.

Pero a partir de la reforma del Ministerio de Salud y la creación del S.N.S.S, se genera un Ministerio de Salud más fuerte, que asume progresivamente la conducción política, la coordinación y supervisión de las prestaciones de salud a nivel de los servicios. En este nuevo diseño institucional, el Departamento de Recursos Humanos básicamente administraba las dinámicas existentes.

Ahora bien, con los cambios políticos, desde 1990 surgen distintas iniciativas para revisar la política de los recursos humanos de salud. Con el cambio de gobierno se tomaron algunas decisiones importantes, como por ejemplo:

- Fortalecer el Ciclo de Destinación, que es el mecanismo a través del cual se provee de médicos y odontólogos a las regiones y zonas apartadas. Esto implicó aumentar el número de profesionales generales de zona (a lo largo de Chile existía una importante carencia de éstos), así como el incremento en la dotación de algunas especialidades básicas.
- Desarrollar y poner en práctica un Estatuto de Atención Primaria para la salud municipal.
- Generar un Estatuto General de Trabajadores de Salud, el que no prosperó en ese momento.

El tema de la productividad de los recursos humanos era ya una preocupación desde 1994, cuando en el Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio se hicieron las primeras estimaciones sobre la productividad de las horas médicas (por ejemplo, con respecto a consultas ambulatorias e intervenciones quirúrgicas realizadas), encontrándose que la productividad había bajado en los últimos años. El Ministro de Salud de la época reaccionó rápidamente e intentó modificar esta situación asociando remuneraciones y recursos a la productividad. La reacción de los gremios fue muy fuerte, arguyéndose que los indicadores eran inapropiados o engañosos, que por ejemplo en el período bajo estudio se hacían intervenciones de mejor calidad que implicaban más y distintas horas médicas (por ejemplo de anestelistas) y que eso obviamente podía hacer disminuir el cociente involucrado, sin que el mismo indicara lo que realmente estaba ocurriendo.

En todo caso, la productividad del trabajo de salud se instaló en el debate. Si bien la metodología con que en ese minuto se trató de proceder no fue consensuada, los argumentos de fondo revelaron la doble necesidad de construir una política de recursos humanos y de afianzar la capacidad técnica del gobierno para conducir estos procesos.

### 3.3 División de Recursos Humanos, Ministerio de Salud de Chile

La División<sup>5</sup> de Recursos Humanos se creó en 1997, como una instancia de alto nivel en el MINSAL. La División de Recursos Humanos del Ministerio de Salud fue creada con el propósito de relevar y dar coherencia al tema de los recursos humanos del sector salud. Se estructuró con la re-asignación a la División de diversos equipos profesionales pre-existentes, en particular, a partir del entonces existente Departamento Desarrollo de Recursos Humanos. De la División dependen tres departamentos:

- a) Desarrollo Laboral,
- b) Gestión,
- c) Formación, Perfeccionamiento y Regulación.

La misión de la División de Recursos Humanos es: «Contribuir al propósito Ministerial, proponiendo y liderando la formulación de políticas, normas, planes y programas en materia de regulación y desarrollo del Recurso Humano en Salud, y evaluando su aplicación e impacto en el Sector Público y Privado, con el fin de proteger la salud y garantizar a la ciudadanía la realización óptima de las acciones de salud, todo ello sustentado en un sistema técnico, participativo y democrático, que responda a las expectativas de los usuarios y los prestadores del sector».

Algunos de los problemas que la División de Recursos Humanos ha identificado son:

1. Falta de información sobre los recursos humanos de salud a nivel nacional lo que dificulta las funciones de planificación y regulación del personal de salud.
2. Inequitativa distribución del personal de salud, tanto entre los sistemas de salud, como geográficamente,
3. Sistemas de calificación inadecuados que provocan desmotivación en el personal.
4. Rigidez cultural y en los marcos regulatorios laborales en el sector público de salud.
5. Insuficientes competencias de gestión en los establecimientos del sector público
6. Relaciones laborales poco fluidas, vinculados a estilos de gestión y liderazgo existentes.
7. Estructura jerarquizada y centralista en el sector público de salud
8. Falta de trabajo de equipo
9. Falta de satisfacción tanto de usuarios como de los trabajadores del sector salud.

<sup>5</sup> En la jerarquía del Ministerio de Salud, después del Ministro y el Subsecretario de Salud, el siguiente nivel son las Divisiones, que se componen a su vez de Departamentos.

Desde su creación, la División ha generado líneas de trabajo novedosas e importantes, alcanzando metas y resultados<sup>6</sup>, y generando un aprendizaje metodológico valioso en su interlocución con los gremios y trabajadores de la salud, así como con otras instituciones del ejecutivo y de la rama legislativa. Estos alcances son tan amplios y diversos, que obviamente desbordan las posibilidades de extensión en el presente estudio, por lo que sólo se revisará lo concerniente a la regulación de recursos humanos en salud, tema en que la División tiene el liderazgo a nivel del país.

Como se puede ver en los objetivos estratégicos, la revisión y adecuación de la regulación pertinente a los recursos humanos de salud ha sido desde su inicio uno de los medios centrales para avanzar en el objetivo de descentralizar, flexibilizar y mejorar la calidad de la gestión, y por tanto de la atención al usuario de los sistemas de salud.

Con respecto a los objetivos estratégicos de la División, y el avance en el trabajo en dichas líneas prioritarias se plantea:

### **1. Impulsar la formación y capacitación de los recursos humanos necesarios para el sector salud, con el objeto de adecuarlos en calidad y cantidad al modelo de atención.**

En esta línea se busca dimensionar e ir dando respuesta a las necesidades actuales y futuras de recursos humanos para el país. La claridad en el Modelo que determina el tipo de recurso humano que compone el equipo de salud y el profundizar en las metodologías de cuantificación de requerimientos en los niveles locales, constituye parte del desafío de la División. La interlocución en este ámbito se realiza con los centros formadores y las sociedades científicas o asociaciones gremiales, apoyados en estudios de mercado de trabajo, cargas laborales e indicadores de rendimiento, estos últimos de reciente desarrollo.

El desarrollo de la medicina familiar y de la salud pública; el Acuerdo con la Sociedad de Oftalmología para incrementar la atención a pacientes con vicios de refracción, son ejemplos concretos de avances en esta línea. El ciclo de Destinación constituye una potente herramienta de equidad y distribución de médicos, odontólogos e incipientemente de enfermeras.

Otro aspecto relevante es la necesidad de avanzar en la garantía que debe dar el Estado a los ciudadanos en el sentido de que quien realiza acciones de salud, están efectivamente

<sup>6</sup> En el contexto del fortalecimiento y modernización de la administración del Sistema, se ha puesto énfasis en mejorar la atención de salud en calidad, equidad, oportunidad y eficiencia. Un instrumento para direccionar la acción del sistema en este sentido, son los compromisos de gestión. Estos compromisos se realizan entre el Ministerio y el Servicio o instancia dependiente. Por ejemplo, la División de Recursos Humanos se compromete en determinadas metas y resultados con el Ministerio de Salud. Lo propio hacen los 29 Servicios de Salud. A su vez los Servicios de Salud hacen compromisos con los establecimientos de su dependencia y con los Municipios de su zona, pretendiéndose llegar así en una cadena de compromisos hasta los lugares donde se entrega la prestación. Esta dinámica ha permitido ir clarificando las metas institucionales y en algunas unidades de trabajo, establecer calificaciones colectivas y calificaciones al desempeño individual.

capacitados para ello. Este aspecto de regulación esta siendo abordado en el desarrollo de sistemas de información y de un trabajo de cooperación con el sector educación y los centros formadores, pues muchas de las acciones necesarias no son de competencia directa de la autoridad sanitaria.

Algunas de las líneas actualmente en desarrollo en este objetivo son:

- Generar un Sistema Nacional de Información de Profesionales de la Salud Pública y Privada.
- Elaborar un plan nacional que permita disminuir el déficit actual de médicos especialistas y enfermeras a partir de las realidades locales, de forma que se ajusten las brechas de calidad y cantidad de prestaciones de salud a los usuarios.
- Incrementar el número de becados en medicina familiar
- Mantener y desarrollar el programa de enfermería rural y desarrollo profesional
- Mantener y desarrollar el programa de vicios de refracción con la Sociedad Chilena de Oftalmología
- Implementar un programa de becas de perfeccionamiento en el extranjero a profesionales de la atención primaria de salud
- Avanzar en la definición de perfiles y ámbitos de competencias para profesionales y técnicos de salud de acuerdo a la realidad existente, en el establecimiento del rol del Estado en la acreditación de centros formadores de profesionales para la salud; y en la definición de mecanismos y herramientas de regulación del mercado de trabajo en salud.

## **2. Promover un modelo de gestión descentralizado de los recursos humanos en los Servicios de Salud, y el desarrollo y transferencia de enfoques y herramientas de gestión moderna a los Servicios y establecimientos del país.**

Este objetivo se dirige al SNSS, en el que han existido avances importantes en los últimos años, utilizando instrumentos tales como:

- Compromisos de Gestión con los Servicios de Salud, que han permitido focalizar la atención en materia de sistemas de información, de rendimientos, de determinación de causas y control del ausentismo y de salud laboral
- Proyecto «Fortalecimiento de la gestión de recursos humanos en los Servicios de Salud (1995-1998)», realizado en etapas, en la última de las cuales se vinculó a un centro universitario en el proceso de capacitación y apoyo a los proyectos locales en los problemas priorizados por los participantes
- Énfasis dado a la capacitación, lo que permitió llegar a más de 64.000 funcionarios entre los años 1993 y 1997.

Las líneas de trabajo a este respecto son:

- Propiciar el mejoramiento de la gestión de recursos humanos en los Servicios de Salud a través del diseño e implementación de procesos de desarrollo organizacional

- Implementar un programa de Educación Permanente en Salud en 8 Servicios, para el mejoramiento de la calidad de atención y la difusión de la metodología al resto de los Servicios.
- Monitorear el nivel de rendimiento de las dotaciones de personal del SNSS.
- Apoyar los procesos de intervención sobre los causantes del ausentismo laboral en el SNSS, propiciando su reducción a niveles similares a los del resto de la administración pública.
- Implementar las contrataciones de los profesionales del Ciclo de Destinación en los Servicios, haciendo realidad su descentralización progresiva.
- Implementar indicadores de rendimiento de personal de atención directa en hospitales del país de tal manera de determinar su disponibilidad y utilización y avanzar en la cuantificación de los requerimientos.

### **3. Promover la reforma del marco legal y normativo que regula la situación jurídica del personal de salud en el sistema público, con el objeto de mejorar la calidad de la atención.**

Este objetivo se explica debido a que la actual legislación del personal en los SS responde a una lógica centralista, que no permite ni responder a realidades de salud diversas y cambiantes, ni estimular de una manera adecuada la permanencia de los mejores trabajadores. Esto explica la necesidad de reforma en el marco regulatorio, reconociéndose que existen trabas culturales que dificultan utilizar todas las herramientas disponibles en el marco actual.

Una de las principales falencias en esta área es la inexistencia de un marco legal que regule las negociaciones en el sistema público, que permita expresar las diferencias sin deteriorar la atención a la población.

Las principales líneas de trabajo planteadas en este punto son:

- Lograr la aprobación del proyecto de ley que crea normas especiales y reforma la Ley 15.076, actualmente en el Congreso, y que se detalla más adelante.
- Elaborar los reglamentos de la citada Ley, acordando con los Colegios respectivos las bases y parámetros que regirán.
- Avanzar en el estudio de normas especiales para los trabajadores regidos por la Ley 18.834 que considera las particularidades del trabajo en salud.

### **4. Promover las condiciones organizativas que den viabilidad a la entrega de servicios de calidad creciente al usuario, a través del desarrollo de las condiciones laborales y humanas del usuario interno.**

La mejoría de la calidad de los servicios a la población requiere de un cambio profundo en su consideración como «beneficiario» a «usuario-cliente» o «ciudadano con derechos». Este cambio también afecta radicalmente a las organizaciones de salud al introducir elementos de «usuario o cliente interno», agregándose a la preocupación por la calidad, el interés por el desarrollo y los modos de relación entre las personas que trabajan en la organización,

así como de la relación de los cuerpos directivos con los representantes de los trabajadores. Es relevante en esta área promover mejores formas de gestionar localmente los procesos de reclutamiento, selección, inducción, mantenimiento y egreso de los trabajadores.

La División ha desarrollado estudios que permiten un mejor conocimiento de la realidad de los recursos humanos del sistema público, tales como «Perfil socio-familiar y socio-laboral de los recursos humanos desde una perspectiva de género». Por otra parte, se ha dado continuidad local a programas como el de «Mejoría del entorno laboral», que busca incidir en las condiciones concretas de los procesos de trabajo, tratando de poner mayor énfasis en una gestión participativa, a fin de superar la estructura vertical y segmentada que caracteriza al sector.

Algunas líneas de trabajo para este objetivo estratégico son:

- Fortalecer la participación institucional e instancias de integración, principalmente en hospitales base, con el fin de avanzar hacia una gestión participativa
- Contribuir desde el sector público de salud a elaborar una propuesta para constituir un marco de negociaciones en el sector, en razón del Acuerdo 151 de la OIT
- Tender a disminuir el nivel de endeudamiento de los trabajadores del sistema
- Dar especial relevancia a la Higiene y Seguridad Laboral, a través de un sistema de monitoreo de accidentes del trabajo y el desarrollo de un programa de capacitación en educación y prevención de riesgos laborales a directivos, trabajadores y Comités Paritarios, así como programas específicos de prevención (radiología, cortopunzantes, entre otros). En este sentido, se ha desarrollado una red de cooperación interservicios para el intercambio de conocimientos y experiencia en salud ocupacional (unidades observatorio).

### **3.4 Ejemplo de proceso de cambio impulsado.**

En términos del trabajo de cambio en la regulación del personal de los Servicios de Salud que actualmente está en curso, se analiza a continuación una de las más importantes transformaciones impulsadas por la División de Recursos Humanos del MINSAL.

#### **Reformas a la Ley 15.076 que regula al personal médico, químico-farmacéutico, odontológico y bioquímico de los servicios de salud.**

Esta es la iniciativa más revolucionaria en relación a la regulación de recursos humanos en salud en curso, resultado de un amplio recorrido de negociación con los gremios involucrados. Cabe resaltar que este proceso ha generado no sólo lo que se considera el piloto para realizar ulteriores reformas de la regulación de recursos humanos en salud en Chile, sino que en sí mismo el proceso ha producido aprendizajes muy valiosos en los procesos de generación de nuevos horizontes con una metodología de permanente e intensa consulta y debate de la División de Recursos Humanos del MINSAL con los gremios y parlamentarios.

El proyecto crea nuevas disposiciones y modifica la Ley 15.076 que regula las relaciones laborales para médicos, dentistas, bioquímicos y químico-farmacéuticos (diurnos) del sistema público de salud (SNSS). Se ha estado trabajando desde hace varios años, y actualmente se espera su aprobación definitiva en el Parlamento.

El espíritu del proyecto de ley consiste en otorgar mayores atribuciones y herramientas a los directivos locales de salud pública, para gestionar más eficientemente los recursos profesionales y generar incentivos y mecanismos claros y transparentes para la permanencia de los mejores profesionales en el sistema. El sólo hecho de propiciar herramientas para la gestión de recursos humanos en los establecimientos hizo que los gremios, en un inicio, se mostraran muy renuentes a colaborar con la iniciativa, pero habiéndose entregado garantías de que el nuevo sistema no habrá de constituirse en un mecanismo facilitador del despido, ni implicaría rebaja de remuneraciones, los gremios colaboraron con el MINSAL alcanzándose un acuerdo básico sobre el proyecto con los colegios profesionales en 1997.

El proyecto de Ley crea normas especiales para los profesionales anteriormente citados, en cuanto a conformación de las dotaciones en los establecimientos, creación de una carrera funcionaria, simplificación de las remuneraciones, descentralización de algunas decisiones y de la gestión del personal en los Servicios de Salud.

Los principales alcances de esta iniciativa de Ley son:

- La Dotación de los establecimientos se expresará en horas-profesionales semanales. Las plantas se reestructurarán en cargos de 11, 22, 33 o 44 horas. Los cargos pueden ser reconfigurados en caso de vacancia<sup>7</sup>.
- Creación de una adecuada carrera funcionaria para el personal médico, odontológico, químico-farmacéutico y bioquímico.
- El ciclo de destinación se descentraliza y pasa a formar la primera etapa de la carrera funcionaria, siendo responsabilidad de cada Servicio de Salud la planificación y orientación del perfeccionamiento y desarrollo de su personal.

### **Carrera funcionaria**

Con respecto a la carrera funcionaria, se crean dos etapas de la carrera funcionaria donde se va ascendiendo por mérito, y de forma escalonada, generando a los profesionales mayores retribuciones e incentivos para su permanencia en los Servicios:

- a) Etapa de Destinación y Formación. Comprende hasta los 9 años de servicio. Es un período de destinación de generalistas y de perfeccionamiento y desarrollo de competencias. Se emplea al personal a contrata, y el ingreso es por selección nacional o coordinación central del proceso regional.

<sup>7</sup> Cabe señalar que en la actualidad las dotaciones de los establecimientos se expresan en jornadas fijas de determinado número de horas, sin que los directivos puedan reasignar, unir o dividir jornadas pre-establecidas en función de las necesidades de la gestión.

Esta etapa, que absorbe el pre-existente Ciclo de Destinación, es muy importante porque en ella se genera el desarrollo de los profesionales aludidos, encargándose el sistema de afinar y ejercitar sus destrezas y competencias de tal forma que puedan existir garantías razonables de calidad en su ejercicio laboral. Igualmente, es importante relevar que el sector público, a través de esta etapa, es el que se encarga de formar mayoritariamente a los recursos médicos que a futuro ejercerán tanto en el sector público como en el privado.

Las innovaciones más relevantes en esta etapa son:

- En primer término, los Servicios de Salud asumen un rol protagónico en el desarrollo de los profesionales, puesto que éste se imbrica con las necesidades regionales y locales específicas, produciéndose un perfilamiento más específico para resolver los problemas sanitarios a nivel territorial. Esto armoniza con la política de descentralización y regionalización de nuestro país.
- Complementariamente, se generan condiciones de equidad para el acceso al perfeccionamiento y especialización del personal, puesto que determinados preceptos, permiten que tanto los profesionales de los Servicios y de la Atención Primaria dependiente de los Municipios, puedan acceder a los dispositivos de desarrollo profesional financiados por el Estado.

b) Etapa de Planta Superior: Contempla tres niveles asociados a una asignación por experiencia calificada. Se ingresa por concurso y se asciende por un sistema de acreditación obligatorio cada 9 años, donde se evalúan los logros técnicos, clínicos, organizacionales y de resultados en la mejoría de la atención a los usuarios. De ser aprobada esta acreditación, el profesional accede al nivel siguiente, siempre que existan los recursos financieros. De no aprobar, el profesional médico debe continuar presentándose a la acreditación anualmente.

Se faculta a los directores para contratar a profesionales médicos de amplia experiencia como «consultores de llamada», mediante contrato de honorarios, en caso de que su presencia sea requerida en forma ocasional, para prestar apoyo en situaciones especiales, aún cuando se trate de labores habituales de la institución. Los honorarios se pactarán caso a caso<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> Es importante notar que en la actualidad los directivos de la salud pública, de acuerdo a los reglamentos, enfrentan procesos muy engorrosos y limitativos en la contratación de personal a honorarios, como es por ejemplo la prohibición expresa de que se contrate a honorarios personas que realizarán alguna labor habitual de la institución.

## Remuneraciones

Se simplifica la estructura de remuneraciones, extremadamente compleja y atomizada en la actualidad<sup>9</sup>, pasándose a cuatro glosas permanentes:

- Sueldo base mensual (\$ 419.430 desde diciembre de 1999 <sup>10</sup>)
- Asignación por Antigüedad de entre 34% y 72% del sueldo base (SB) por cada tres años (trienios), con tope de trece trienios;
- Asignación de experiencia calificada equivalente a 40%, 80% y 102% del sueldo base, de acuerdo al nivel.
- Asignación de reforzamiento profesional diurno de 18% SB para los profesionales diurnos regidos por esta Ley.

Por otra parte, se podrán generar remuneraciones transitorias descentralizadamente, asociadas a funciones o condiciones determinadas, por resolución de los directores de los Servicios de Salud en los siguientes rangos: Asignación por responsabilidad: 10-130% SB; Asignación por estímulo: hasta 180% SB por Jornadas prioritarias, competencias profesionales, condiciones y lugares de trabajo; Bonificación por desempeño individual; y finalmente, Bonificaciones por desempeño colectivo, de acuerdo al cumplimiento de metas pre-establecidas.

## Descentralización y modernización en la gestión de personal Servicios:

Para hacer efectiva la descentralización de algunas decisiones a nivel de los Servicios (que antes estaban concentradas en la Subsecretaría Ministerial), se faculta al Director del S.S. en los siguientes sentidos:

- Posibilita el manejo de dotaciones de personal por reestructuración de cargos.
- Determinación de remuneraciones variables, adecuándose a las necesidades locales de especialistas, lugares y calificación de desempeño.
- Organizar la capacitación y el perfeccionamiento (ciclo de destinación, y planes de capacitación por Servicio).
- Posibilita contar con consultores de llamada con pago por prestación, cuando no se cuente con el profesional adecuado.
- Conceder comisiones en el territorio nacional, desde congresos a programas de postítulo o postgrado, otorgar becas, y disponer de comisiones al extranjero del personal cuando es por menos de 30 días.
- Posibilita realizar convenios con los Municipios para dotarlos de este personal.

<sup>9</sup> Las remuneraciones típicas de un médico pueden constar de casi 50 glosas o items, los que además se calculan con interdependencias de varios factores o bases, haciendo el costo administrativo injustificadamente alto.

<sup>10</sup> Al tipo de cambio de 550 pesos chilenos por un dólar, este sueldo base equivaldría aproximadamente a 763 dólares mensuales.

Las jornadas pueden distribuirse en menos días que en la actualidad. Se hacen compatibles jornadas con cargos docentes hasta de doce horas semanales, sin perjuicio del cumplimiento de la jornada contratada.

Igualmente, se dan atribuciones a la Subsecretaría para que coordine nacionalmente, a solicitud de los Servicios de Salud, los procesos de selección a que llamen los Servicios, y otorgue las becas de interés nacional.

Efectos modernizaciones en la Atención Primaria.

En primer término, la modificación implica un redireccionamiento en el estímulo a la especialización de estos profesionales, puesto que será requisito mínimo indispensable contar con 3 años en Atención Primaria (de los Servicios o Municipal), obteniéndose puntaje adicional por el desempeño en los consultorios municipales.

Además, se faculta a los Directores de Servicio para que realicen Convenios locales entre Municipios y el Servicio en cuestión, a fin de proveer de profesionales faltantes, lo que redundará en beneficios asistenciales a localidades pequeñas o aisladas.

## **Significado de las modificaciones más relevantes que se proponen a la Ley 15.076**

---

47

Regulación de Recursos  
Humanos de Salud en Chile

El Ministerio de Salud espera que con la aplicación de esta nueva Ley, se generen varios efectos modernizadores en la Gestión Pública en Salud:

1. En esta iniciativa se crea por primera vez una verdadera carrera funcionaria, con ingreso por concurso, se garantiza la capacitación, se da estabilidad laboral a la vez que se posibilita que los directores de Servicio, de acuerdo a las realidades locales, otorguen estímulos en las remuneraciones de tal manera de dar efectiva satisfacción a las necesidades actuales de nuestra población.
2. Concreción de una reforma emblemática en los procesos de cambio, en cuanto a la pertinencia del diálogo como modalidad de avance en las reformas, y en relación al compromiso de los actores en la modernización de la gestión
3. Descentralización operativa al generarse nuevas facultades a los Directores de Servicios (manejo de dotaciones, determinación de las remuneraciones variables, manejo de la capacitación y el perfeccionamiento, y disponibilidad de consultores de llamada, celebración de convenios locales para llenado cupos).
4. Vinculación de las remuneraciones a la acción, con lo que las remuneraciones variables estarán asociadas a las condiciones del cargo, se generan estímulos al desempeño tanto individual como colectivo, y se genera un sistema de acreditación con componentes de gestión y satisfacción usuaria.



# 4. Situación Actual de la Regulación de Recursos Humanos de Salud en Chile

## **La falta de información**

Un tema relevante en la regulación de recursos humanos de salud es la disponibilidad de información. En nuestro país no existe información unificada y confiable sobre la cantidad, y otras características, de la fuerza laboral formada y/o en ejercicio en el ámbito de la salud.

Así, en la actualidad no existen datos sistemáticos sobre la cantidad de profesionales, técnicos y auxiliares de salud que laboran o que pudiesen laborar en nuestro país. De hecho, se tiene información sobre las dotaciones de personal para todo el sector público de salud, comenzándose a consolidar las estadísticas de dotación de los Servicios de Salud con la Atención Primaria Municipal a partir del año 1998.

No se dispone de información sobre las dotaciones que laboran en el sector privado, ni sobre su composición o características formativas o de ejercicio. Aunque previo al gobierno militar era necesario que los profesionales de la salud se registrasen, debido a la obligatoriedad de la colegiatura, actualmente no existe registro obligatorio de los profesionales y no profesionales que laboran en el sector salud.

Esta falta de información obviamente dificulta las posibilidades de planificación de recursos humanos de salud, así como la capacidad que podría tener el Estado para poder regular y más aún fiscalizar adecuadamente los distintos ámbitos u objetos de regulación de recursos humanos.

Con las limitaciones anotadas, y sobre la base de la investigación de las fuentes primarias de información, comencemos por describir sucintamente la dotación y composición de la fuerza laboral de salud en Chile.

Los Colegios Profesionales (1998) reportan las siguientes cifras sobre existencia de recursos humanos de salud, cifras que han de ser tomadas sólo como indicativas y aproximadas, debido a que son el resultado de la aplicación de diversas metodologías de estimación.

Establecen los Colegios (1998) que hay sólo 4 enfermeras universitarias por 10 mil habitantes y la cantidad de tecnólogos médicos presenta un déficit de 30%. Entre 1984 y 1995<sup>11</sup> hubo un aumento de sólo veinte matronas en el Sistema Nacional de Servicios de Salud; siendo el déficit de estas profesionales particularmente agudo en zonas rurales de las regiones III, IV, VIII, X, XI y XII. Hay establecimientos de salud que no cuentan con sicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales y tecnólogos médicos de las especialidades de imagenología, oftalmología, y otorrinolaringología. Desde los años 80 se han triplicado los ingresos a las Escuelas de Tecnología Médica en algunas sedes. A manera de ejemplo, los Colegios establecen que para el caso de los tecnólogos médicos formados en el campo de la oftalmología, sólo 200 ejercían en su profesión, y de éstos, sólo 23 en el sector público.

Según el Colegio Médico de Chile, en abril de 1998 había 17.292 médicos en Chile (11.3 por 10 mil habitantes). De estos, el 61% reside en la Región Metropolitana. En el mismo año, el SNSS emplea a 8.781 médicos (equivalentes de jornada completa). En la misma fuente se establece que habrían 6.200 odontólogos en el país (4.4 por 10.000 habitantes), mientras que el número de estos cargos en el SNSS ha disminuido, llegando a ser de 1.049. Con respecto a los Químico-Farmacéuticos, habría unos 3.000 en todo el país, de los cuales 2.000 laboran en el área de farmacia pública y privada. El sistema público emplea más de 300 de estos profesionales en 1998; mientras que el sector privado en farmacias emplea alrededor de 1.700.

Veamos ahora los datos existentes sobre los trabajadores y profesionales de la salud en el sector público y privado de salud.

### **Quienes trabajan en el Sistema público de salud**

El sector público de salud opera en Chile en base a una red asistencial compuesta por 29 Servicios autónomos de Salud (S.S.), que son las unidades básicas de organización del sistema. Sus unidades operativas son los 180 Hospitales (de los cuales 50 son diferenciados y/o complejos). Además prestan atenciones de salud unos 1.519 consultorios de Atención Primaria que dependen administrativamente, en forma mayoritaria, de los Municipios (unidades territoriales básicas).

<sup>11</sup> Se debe tomar en cuenta que entre los años 84 y 95 ocurre la Municipalización de la Atención Primaria (1989), por lo que este dato debe ser relativizado.

El sistema de salud es altamente intensivo en recursos humanos. Cerca de un 70% de los gastos de operación del sistema público corresponde a gastos de personal.

En el Sistema Nacional de Servicios de Salud<sup>12</sup> y los trabajadores están regidos básicamente por dos leyes: la Ley N°:15.076 (12.501 funcionarios: médicos, odontólogos, químico-farmacéuticos y bioquímicos a julio de 1999; y el Estatuto Administrativo (56.508 funcionarios).

Si a estos trabajadores de la salud de los SNSS agregamos el personal que trabaja en la Atención Primaria, el sector público de salud cuenta con una dotación global en 1988 de 90.663 personas (de los cuales trabajan 65% como planta, y un 35% a contrata).

En términos de composición ocupacional, el personal médico, odontológico, y químico farmacéutico constituye aproximadamente un 16%, los profesionales clínicos no médicos (enfermeras, matronas, tecnólogos médicos, etc.) un 13%, los profesionales en el ámbito administrativo un 5%, los auxiliares y técnicos del área clínica un 34% y el restante 30% se reparte entre administrativos, secretarías y auxiliares.

La siguiente tabla consolida las dotaciones de personal del SNSS y de la Atención Primaria de Salud. En 1998, el sistema público de salud tiene una dotación de 90.663 trabajadores, de los cuales 70.526 laboran en el SNSS del Ministerio de Salud, mientras que 20.137 trabajan en la Atención Primaria dependiente de los Municipios.

Dotaciones 1998, Sistema Público de Salud Chile	Atención Primaria	Sistema Nacional de Servicios de Salud	Total	%
Médicos, Dentistas, Farmacéuticos, Químicos	2.707	12.649	15.356	16.3%
Profesionales clínicos no médicos	3.708	8.102	11.810	13.0%
Profesionales ámbito administrativo	171	4.446	4.617	5.0%
Auxiliares y técnicos del área clínica	7.320	22.721	30.041	34.0%
Administrativos y secretarías	2.859	9.879	12.738	14.0%
Auxiliares aseo, choferes, vigilantes	3.372	12.729	16.101	17.7%
<b>Total</b>	<b>20.137</b>	<b>70.526</b>	<b>90.663</b>	<b>100 %</b>

Fuente: MINSAL

<sup>12</sup> excluyendo la Atención Primaria municipal en la que están empleados 20 mil funcionarios.

El liderazgo en los equipos es habitualmente ejercido por el estamento médico, el que además es el más numeroso dentro de los profesionales de los Servicios de Salud, seguidos en cantidad por las enfermeras, tal como se puede apreciar en el siguiente detalle:

Detalle de dotación de personal de salud SNSS		a Julio del 1999
Regidos por Ley 15.076	Médicos	8.861
	Dentistas	1.081
	Bioquímicos/ Químico farmacéuticos	321
	Ciclo de Destinación (médicos generales recién graduados destinados a servicios en todo Chile)	2.238
Regidos por Ley 18.834 (Estatuto Administrativo)	Directivos	1.630
	Profesionales (Enfermeras) (Matronas)	11.042 (3.537) (2.159)
	Técnicos y auxiliares paramédicos	23.051
	Administrativos y auxiliares	20.785
<b>Total</b>		<b>69.009</b>

Fuente: Impersal, MINSAL, Julio 1999

Es importante notar que la dotación del personal médicos, odontológico y químico farmacéutico, se refiere a número de profesionales, pero no todos ellos trabajan a tiempo completo, existiendo contratos por 11, 22, 28, 33 y 44 horas semanales.

Como ya se ha dicho, el 65% del personal es de planta o titulares, lo que en la práctica significa un trabajo asegurado hasta la edad de jubilación.

## RECUADRO 4.1

### SOBRE LOS RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR PÚBLICO DE SALUD

Un diagnóstico de la Comisión de Salud de la Concertación, estipula que los rasgos dominantes de la organización del sistema de servicios de salud son

1. Marco normativo, legal y especialmente cultural extraordinariamente rígido en determinados aspectos, en coexistencia con desregulación casi total en otros aspectos. Existe inflexibilidad que limita la gestión y torna la toma de decisiones extremadamente lenta, que no se orienta al logro de los objetivos de salud, sino al cumplimiento cabal de la norma, exista o no utilidad en ella. Un ejemplo de esto lo constituye las plantas inextensibles.
2. Obsolescencia e inadecuación de sistemas de reclutamiento, inducción, descripción y reasignación de funciones y cargos.
3. Estructura profundamente jerarquizada, autoritaria y segmentada que inhibe el real trabajo en equipo, la capacidad creativa o innovadora y, finalmente, el desarrollo, la motivación y sensación de pertenencia indispensable para un mejoramiento continuo de calidad.
4. Dificultades en el reclutamiento o mantención de personal en algunos estamentos de funcionarios por brechas económicas y no económicas con el sector privado.
5. La participación en muchos lugares sigue siendo un enunciado vacío, un discurso que declara intenciones.
6. Centralización en el ámbito de recursos humanos: decisión central de expansión de cargos, imposibilidad local de fragmentar o alargar jornadas, insuficiente gestión local de recursos humanos.
7. Insuficiencia en la capacidad o capacitación de ejecutivos altos para su rol de conducción y liderazgo, unido a alta rotación de directivos por falta de incentivos, carrera y dificultades de gestión.
8. Indefinición de funciones en cada componente del equipo de salud. Obsolescencia de las actuales normas que rigen las carreras funcionarias.

Perfil cultural de los trabajadores de salud pública

1. Buen grado de identificación con la misión institucional, pese a las condiciones materiales adversas en los últimos años.
2. Descenso en la autoestima y percepción en la auto-imagen del personal, seducción de la imagen de modernidad proyectada por el sector privado.
3. Oposición a la compensación del trabajo por elementos agregados al salario que premien la productividad personal. Privilegio del factor inamovilidad laboral. Gran ponderación del factor antigüedad para cualquier efecto (ascensos, promoción de grados, etc.). Auto inhibición de la capacidad crítica y de la capacidad positiva autónoma (condicionada por el perfil vertical autoritario y centralizado del sistema).
4. Capacidad aceptable y consolidada para el trabajo en equipo, especialmente en atención primaria. Afán de superación (búsqueda de capacitación).
5. Tendencia al hacer burocrático (privilegio en el cumplimiento en los procesos formales condicionados por factores estructurales).
6. Resistencia al cambio, el cual se visualiza no como oportunidad, sino como amenaza.
7. Insuficiente conciencia de los derechos de los pacientes.

### Relaciones del personal con el usuario

La relación con el usuario está siendo caracterizada por los medios de comunicación y por algunas encuestas como fría, arrogante y despótica, pero no se cree que esto sea una constante dominante, pero existe y es captado por los usuarios, cada vez más conscientes de sus derechos. Es relevante su corrección puesto que la calidad de la atención no sólo comprende la competencia científico-técnica, sino el trato respetuoso y digno a los pacientes.

### Relaciones interestamentales

Las contradicciones y desencuentros entre los distintos estamentos son históricas, aunque en el último tiempo la estructura jerarquizada las absorbe. En los últimos años se incrementa la tendencia a colisionar, en parte por el desarrollo tecnológico que cierra frontera en los campos de los estamentos profesionales, y en parte, por el afán de tecnificación no siempre requeridas en las expectativas de ascenso económico y social de estamentos no profesionales. Hay que reconocer una fuerte y creciente percepción negativa hacia el médico por parte del resto de los trabajadores del sector.

Por otra parte, la introducción del tema de economía en la salud genera cierta pugna entre clínicos, administradores e ingenieros, que por cierto refleja la contradicción entre metas individuales y la necesidad de gestionar recursos desde lógicas colectivas.

Comisión de Salud, Concertación de Partidos por la Democracia, 1999.

## El personal de salud en el sistema privado.

No existen estadísticas sistemáticas sobre el personal de salud que labora en el sector privado, y las estimaciones son tan abundantes como diferentes, aproximadamente 35.000, entre asalariados y profesionales liberales. La mayoría de los profesionales médicos se desempeñan tanto en la esfera pública como privada; pero en el resto del personal no está tan claro.

### 4.1 Ambitos de regulación de recursos humanos de salud

Resulta evidente un alto nivel de regulación de las relaciones laborales en el sector público de salud, lo cual se puede observar en la gran cantidad de normas y leyes que ordenan el funcionamiento de este ámbito. Si bien la tarea de la modernización del Estado en Chile ha generado un espacio nutritivo para los avances en el mejoramiento de la gestión de los servicios públicos, con casos notables, en el sector público de salud se observan rigideces y costos administrativos que no se condicen con el la visión moderna del Estado que los dos

últimos gobiernos han impulsado. Las rigideces observadas en parte se explican por una determinada cultura organizacional que persiste y por la fuerza de los grupos de interés.

Por otro lado, como resultado de la genérica política estatal, iniciada en los setenta, de no imponer un marco regulatorio fuerte a los privados, persiste un alto nivel de desregulación de los recursos humanos en el sector privado prestador, el que ha generado diversos tipos de ineficiencia en la asignación de los recursos y descontento de los usuarios.

Con respecto a la formación y requisitos de entrada a la práctica profesional y de otros trabajadores de la salud, en general existen las mismas regulaciones y desregulaciones tanto para el ámbito público como privado (Código Sanitario, obligatoriedad legal de contar con el título profesional correspondiente). Es en la regulación en el ámbito de las relaciones laborales, las que se asocian a distintos estilos de gestión de recursos humanos, que se generan las notables diferencias entre el ámbito de la salud pública y la privada.

En esencia, en el sector privado la gestión de recursos humanos de salud queda regulada por el Código Laboral vigente (Código del Trabajo, D.F.L N°1 de 1994, Ministerio del Trabajo) para todos los empleadores de Chile (con excepción del Estado), mientras que en el sector público las relaciones laborales son mucho más formalizadas y reguladas mediante el Estatuto Administrativo (público) o Ley 18.834, y otras leyes y disposiciones oficiales para el caso de el SNSS, mientras que un Estatuto Atención Primaria rige las relaciones laborales para los trabajadores que se desempeñan en establecimientos de Salud Municipal.

Como referencia general, los principales cuerpos legales que regulan el ámbito de los recursos humanos en salud se encuentran sintetizados en el anexo 1.

#### **RECUADRO 4.2**

Situación actual de la regulación de recursos humanos de salud en Chile según ámbito regulatorio.

1. Formación

- Similar sistemas público y privado

2. Ejercicio Laboral

- Similar sistemas público y privado

3. Relaciones Laborales

- Diferencias sustanciales entre el sector público y privado de salud

A continuación se analizan las regulaciones existentes para los recursos humanos de salud de acuerdo al objeto de la regulación, esto es en la formación, la práctica o ejercicio laboral, y las relaciones laborales.

## 4.2 Regulaciones en el ámbito de la formación del personal de salud.

### RECUADRO 4.3

Principales elementos de regulación de recursos humanos en salud en el ámbito de la FORMACIÓN

- Transformación del sistema universitario a principios de los años 80, desregulación y emergencia de proveedores privados.
- Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza (18.962). Crea el Consejo Superior de Educación y una modalidad de acreditación programas de estudios y centros formadores en general
- Ciclo Destinación Personal Médico y Odontológico
- Becas de Especialidades Médicas MINSAL y Universidades
- Programa de Enfermería Rural
- Avances en la regulación de la formación de Técnicos de Nivel Superior en Salud

Un antecedente importante es la reforma de Educación que impulsó el gobierno militar, a partir de la cual se transformó profundamente el sistema de educación superior a principios de los años ochenta. En el ámbito de la formación profesional, con anterioridad, existían solamente universidades estatales o subsidiadas por éste, de larga tradición y con sedes regionales a lo largo de Chile. Las Universidades eran centralizadas, con sedes en las distintas regiones. (Por ejemplo, la Universidad de Chile, la Universidad Católica de Chile, Universidad de Concepción, Universidad Técnica Federico Santa María).

El ingreso a estas Universidades es aún hoy bastante competitivo, mediante la Prueba de Aptitud Académica que se realiza a nivel nacional. Las Universidades dan ingreso a los estudiantes con mejores puntajes (en función cada carrera), quedando fuera del sistema interesados en realizar estudios superiores por la relativa insuficiencia de cupos.

A partir de los ochenta, se empezaron a crear universidades privadas, institutos profesionales y centros de formación técnica privados, orientados a dar satisfacción a la considerable demanda insatisfecha de servicios educacionales superiores. Estos cambios estuvieron apoyados en la siguiente regulación del gobierno militar:

Constitución Política de Chile, 1980: "La libertad de enseñanza incluye el derecho de abrir, organizar y mantener establecimientos educacionales. La libertad de enseñanza no tiene otras limitaciones que las impuestas por la moral, las buenas costumbres, el orden público y la seguridad nacional. [...] Una ley orgánica constitucional establecerá los requisitos mínimos que deberán exigirse en cada uno de los niveles de la enseñanza [...], del mismo modo establecerá los requisitos para el reconocimiento oficial de los establecimientos educacionales de todo nivel. (Cap. III, Art. 19°, N° 11).

D.L.3541 del 12.12.1980, que delega en el Presidente de la República la facultad de reestructurar las universidades, atribución para ser ejercida mediante decretos con fuerza de ley.

D.F.L 1/1981: Define la institución universitaria en cuanto a sus fines y principios de organización, y fija normas sobre cómo crearlas y regular su funcionamiento inicial. En su artículo 12° identifica las 12 carreras exclusivamente universitarias por requerir la obtención previa a la titulación el grado de licenciado.

D.F.L 2/ 1981: Establece obligación de los rectores de las universidades existentes de proponer un programa de reestructuración de éstas al Presidente de la República.

D.F.L 3/1981: Dispone normas respecto a la libertad de las universidades para establecer un sistema de remuneraciones para su personal.

D.F.L 4/1981: Fija normas sobre el aporte fiscal a las Universidades y sobre el crédito fiscal universitario.

D.F.L 5/1981: Define los Institutos Profesionales y establece normas sobre su creación y posterior regulación inicial.

D.F.L. 24/1981: Define los Centros de Formación Técnica y dispone normas para su creación y supervisión.

Con el surgimiento de ofertas privadas de formación, al menos dos fenómenos de lectura social hicieron su aparición a raíz de esta profunda transformación:

- a) Personas vinculadas a las universidades tradicionales reaccionaron frente al fenómeno encasillando a todas las universidades privadas como de categoría inferior, de dudosa o menor calidad académica, y como simples negocios de los privados, incapaces de poder igualarse con los estándares de calidad de las tradicionales. En la línea corporativa, se formó un Consejo de Rectores de las Universidades Tradicionales, y en el sector salud, la ASOFAMECH (Asociación Chilena de Facultades de Medicina).
- b) Las universidades privadas, con un alto nivel de heterogeneidad cualitativa, mayor nivel de dinamismo en las ofertas y formatos curriculares, y también en algunos casos con

fuerzas inversiones de capital en infraestructura y marketing, se veían a sí mismas como nuevas oportunidades para satisfacer la demanda de educación con ofertas atractivas.

Durante el gobierno militar estos centros formadores tuvieron muy poca regulación, pero en el año 1990 se promulgó la nueva Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza (LOCE), y se creó un ente regulador que administraría el sistema de acreditación para las universidades privadas: el Consejo Superior de Educación (CSE)<sup>13</sup>. A la fecha, varias han obtenido la autonomía, unas cuantas han sido cerradas, y la mayoría aún está en proceso de acreditación.

De acuerdo a la Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza (1990), el Estado reconoce oficialmente las siguientes instituciones de educación superior:

- a) Universidades:
- b) Institutos Profesionales:
- c) Centros de Formación Técnica y
- d) Academias de Guerra y Politécnicas.

Según esta regulación vigente, los Centros de Formación Técnica (CFT) sólo podrán otorgar el título de técnico de nivel superior. Los Institutos Profesionales sólo podrán otorgar títulos profesionales de aquellos que no requieran licenciatura, y títulos técnicos de nivel superior en las áreas en que otorgan los anteriores. Las Universidades podrán otorgar títulos profesionales y toda clase de grados académicos en especial de licenciado, magister y doctor. Así se establece que corresponderá exclusivamente a las universidades otorgar títulos profesionales respecto de los cuales la ley requiere haber obtenido previamente el grado de licenciado en las carreras que impartan.

Título III, Párrafo 1º: Los títulos profesionales que requieren haber obtenido el grado de licenciado son los siguientes: Abogado, Arquitecto, Bioquímico, Cirujano Dentista, Ingeniero Agrónomo, Ingeniero Civil, Ingeniero Comercial, Ingeniero Forestal, Médico Cirujano, Médico Veterinario, Psicólogo, Químico Farmacéutico, Profesor de Educación Básica, Profesor de Educación Media, Profesor de Educación Diferencial.

Con el tiempo, se empezó a generar una fuerte competencia entre los dos sistemas, y prueba de esto es la reciente modernización y mayor atractivo de las campañas de las universidades tradicionales para captar alumnos, aunque cabe notar que existe una fuerte segmentación del «mercado». Las Universidades tradicionales eligen a los alumnos con mejores

<sup>13</sup> En esa fecha las universidades y centros privados tuvieron que decidir si se acogían al sistema de acreditación frente al CSE para rendir cuentas y ser evaluados periódicamente por este hasta alcanzar la autonomía, y en el caso de no cumplir los requisitos en el tiempo ser cerrados; o bien continuar con un sistema de examinación que en la práctica equivalía a quedar bajo la tutela de una Universidad tradicional (hasta en los procedimientos más comunes como tomar los exámenes finales semestrales a los alumnos). La mayoría de las Universidades privadas (cerca de un 90%) decidieron optar por el sistema de acreditación frente al CSE.

puntajes (que incorporan los resultados nacionales de la obligatoria Prueba de Aptitud Académica), los cuales postulan a los cupos que abren las tradicionales; mientras que con las naturales excepciones, los alumnos con menores puntajes optan por las universidades privadas. En algunos casos, existen empleadores que especifican dentro de sus requisitos que el postulante tenga título profesional de universidad tradicional.

La gratuidad no constituye más un elemento diferenciador entre los formadores privados y públicos, porque a partir de la dictadura, las universidades tradicionales debieron autofinanciarse progresivamente y traspasar los costos a sus alumnos, siendo este elemento totalmente explícito para principios de la década del ochenta. Así, los alumnos que estudian en las Universidades tradicionales estatales o subsidiadas por el Estado, deben pagar el costo real de su educación, tal como si se tratase de universidades privadas.

La calidad de la enseñanza en las universidades tradicionales y en las privadas es un elemento de amplia discusión que no corresponde realizar acá, pero baste decir que la calidad de los docentes es muy similar en ambos sistemas (de hecho se puede afirmar que en una amplia proporción se trata de los mismos docentes pluriempleados), la infraestructura puede ser superior en algunos campos del saber en las tradicionales, métodos más modernos de enseñanza-aprendizaje pueden ser observados en las privadas. Lo que sí resalta como elemento diferenciador es que las universidades tradicionales realizan más investigación y publicaciones que la mayoría de las privadas. Lo que está claro es que el tema de la calidad de los resultados que alcanzan ambos sistemas no es lineal ni fácil de establecer y que dilucidar con respecto a la calidad de la formación ofrecida y realizada en ambos subsistemas requiere de estudios ulteriores.

El fenómeno de la expansión desregulada de la oferta formativa también ha sido vivido como problemático desde la perspectiva del sector salud. Ahora los profesionales, personal técnico y auxiliar se forman en distintos referentes, sin una coordinación permanente y completa con los futuros demandantes de estos recursos humanos. Aunque son necesarios estudios sistemáticos del mercado laboral de salud para avanzar en el ajuste de oferta formativa- necesidades de la demanda, es notoria la existencia de profesiones falentes como son las enfermeras y los oftalmólogos, al tiempo que persisten proporcionalidades inadecuadas entre profesionales y su personal de apoyo.

Otro problema detectado dice relación con la relativa autonomía con que los centros de formación pueden generar programas que no requieren, obligatoriamente, la evaluación técnica del Sector Salud. La descoordinación entre impulso formativo y campo laboral es notoria, en particular cuando se observa la persistencia de profesiones y especialidades falentes (enfermeras, oftalmólogos), la creciente oferta de especialidades a nivel técnico que no coincide necesariamente con el modelo de atención que se impulsa desde la rectoría sanitaria nacional.

Con respecto a la expansión de la oferta educativa para el ámbito de la salud, de acuerdo a Goic (1999), en el país se ha duplicado el número de Escuelas de Medicina, ya que hasta 1990 había 6 facultades y desde 1991 a la fecha se han creado otras seis. Estas facultades no

sólo forman médicos sino que también otros profesionales de la salud. El mismo estudio revela que el país tiene actualmente 12 Facultades de Medicina o de Ciencias de la Salud, y se imparten 12 Carreras de Medicina, 17 de Enfermería, 8 de Obstetricia y Puericultura, 7 de Odontología, 8 de Kinesiología, 2 de Fonoaudiología, 4 de Nutrición y Dietética, 6 de Tecnología Médica, 5 de Química Farmacéutica y 2 de Terapia Ocupacional.

De acuerdo a Goic (1999), aún cuando existen 17 Escuelas de Enfermería con 974 cupos de ingreso en total, el número anual de tituladas se estima un 52% inferior al existente en 1970 (287 versus 600). Según el autor, la situación de las matronas es similar en muchos aspectos a la enfermería. Hay actualmente 8 Escuelas de Obstetricia y Puericultura, con un cupo total de ingreso de 310, y un número aproximado anual de tituladas de 160.

Con respecto a la odontología, actualmente existen en el país 7 Escuelas de Odontología, 2 en Santiago y el resto en Regiones, con un cupo de ingresos de 365 estudiantes y una graduación anual aproximada de 229 dentistas. Tres Escuelas nuevas aún no tienen graduados. Por otra parte el estudio establece que existen 8 Escuelas de Kinesiología en el país, 4 de ellas de reciente creación sin promociones graduadas. El cupo de ingreso nacional actual es de 676 estudiantes y la graduación anual aproximada es de 135 kinesiólogos. En términos de Psicólogos, en el país hay 42 Carreras de Psicología con 2.300 cupos anuales. Por otra parte, actualmente existen 6 escuelas de Tecnología Médica con un cupo de ingresos promedio a nivel nacional de 257 alumnos, egresando anualmente unos 114. (Goic, 1999).

Otro cambio significativo en el ámbito de los perfiles formativos para el sector salud, dice relación con la especialización. «Los profesionales tienen conocimientos altamente especializados y diversificados. La especialización se ha ido imponiendo progresivamente, como consecuencia del avance de los conocimientos biomédicos y la tecnología. Hay una especialización en el rol profesional de cada carrera de la salud y dentro de ella se han derivado numerosas especializaciones y subespecializaciones, que es una nota que caracteriza a la medicina universal y también a la nuestra, particularmente en las últimas cuatro décadas. Esta especialización médica conlleva la especialización de otros grupos profesionales, técnicos y personal auxiliar.» (Goic, 1999) Cabe notar que esta tendencia a la especialización no concuerda con el modelo de atención que se está impulsando actualmente.

Se destacan a continuación aspectos específicos sobre la formación de algunos profesionales y técnicos del sector, los que son relevantes para ilustrar la situación actual de la regulación formativa del personal de salud en Chile.

### **La formación del médico en Chile**

Desde un comienzo, y hasta fines de la década del 60, los médicos se formaban en la Universidad de Chile, Universidad Católica y la Universidad de Concepción; si bien para titularse se debía dar el examen de título en la Universidad de Chile, autorizándose con el tiempo para que las otras dos universidades otorgaran los títulos correspondientes. El perfil del médico que se iba a formar era definido por las Universidades en consulta con el Ministerio de Salud

a través del comité docente-asistencial, existiendo en el pasado una coordinación entre el espacio formativo y laboral posterior en el ámbito de la medicina.

Actualmente, el médico sigue una carrera universitaria durante 7 años para cumplir con los requerimientos del pregrado (Grado Académico Licenciado en Medicina a los 5 años, Título de Médico Cirujano a los 7 años). En el momento que el médico egresa del pre-grado, puede optar por varios caminos:

- a) El Ministerio de Salud ofrece becas para cursar una especialidad (consistente en un cupo académico más un estipendio mensual), y desempeñarse luego en regiones,
- b) El Ministerio de Salud abre concurso para que el médico postule a cargos como Médico General de Zona (MGZ), que es un empleo como funcionario, el que se ejerce en alguna de los establecimientos del SNSS en regiones . En este último caso, tras cumplir ciertas condiciones (acumulando puntaje), puede postular a una beca de retorno, que le permite cursar una especialidad como se estipula en el inciso a).
- c) Las Universidades ofrecen «becas» de especialización, las cuales consisten en un cupo académico en determinada área, debiendo el médico pagar los costos de su formación de postgrado.
- d) Contratarse directamente en cualquier establecimiento público o privado, o ejercer liberalmente su profesión.

Además de las tradicionales (Universidad de Chile, Universidad Católica, Universidad de Concepción, Universidad de la Frontera, Universidad de Valparaíso, Universidad de Valdivia, Universidad de Santiago), existen universidades privadas que forman médicos como son la Universidad de los Andes, la Universidad de San Sebastián, Universidad Santo Tomás, etc.

La regulación actual permite al Ministerio de Salud incentivar a los médicos recién titulados a trasladarse a regiones, donde el mercado por sí sólo no los atrae, compensándoles con remuneraciones especiales y un sistema de puntaje que les permite ingresar a becas de especialidades. Este esquema se denomina Ciclo de Destinación, e implica un nombramiento como funcionario Médico General de Zona (MGZ). Ulteriormente se inició el mismo programa para los odontólogos, que implica nombramientos en regiones como Dentista General de Zona (DGZ), y finalmente se ha iniciado recientemente un esquema similar con las enfermeras universitarias (Programa de Enfermería Rural).

Según Goic (1999), el ejemplo concreto más notable y exitoso de colaboración entre los sectores de salud y educación para la utilización de los recursos médicos son los programas de Médicos Generales de Zona, de Dentistas Generales de Zona y el sistema de Becas para la formación de especialistas médicos en especialidades primarias, llamado ciclo de destinación.

Estos programas son financiados por el Ministerio de Salud y desarrollados bajo su administración. «Su éxito se debe al carácter no compulsivo y los incentivos profesionales y económicos que ofrece a los participantes. Además de las diferencias en las características de los respectivos laborales, es probable que la ausencia de incentivos profesionales formales en el

caso de los odontólogos, sea un factor de un menor interés relativo de ingreso a este sistema, comparativamente con el respectivo programa médico» (Goic, 1999:20)

Según datos de la División de RRHH del MINSAL, el número de MGZ en ciclo de destinación ha aumentado en un 143% entre los años 1985 y 1996 ( habían 318 MGZ en 1985 y 773 en 1996 ), mientras que los DGZ han aumentado en un 102% en el mismo período (habían 95 DGZ en 1985 y 192 en 1996).

Con respecto a la regulación sobre la oferta académica de medicina que presentan las universidades, existe una institución que trabaja en estas materias, y que implícitamente ostenta objetivos de autoregulación sobre la formación de grado en el ámbito de la medicina. La ASOFAMECH (Asociación Chilena de Facultades de Medicina), es una institución de derecho privado con personalidad jurídica, y de la cual forman parte todas las Facultades de Medicina que tienen egresados, y que solicitan voluntariamente ser miembros. Hasta ahora está compuesta por las Facultades de la Universidad de Chile, Universidad Católica, Universidad de Concepción, Universidad de la Frontera, Universidad de Valparaíso, Universidad de Valdivia. Se espera que soliciten ingreso la Universidad de Santiago y la de los Andes. La función de esta asociación es constituir una instancia para discutir y proponer estándares, perfiles y procedimientos mutuamente aceptables para la formación de médicos a nivel de pre-grado en nuestro país. Esta asociación está realizando un trabajo junto al Consejo Superior de Educación para desarrollar un proceso de acreditación normado de las Facultades de Medicina del país.

62

La Asociación Chilena de Facultades de Medicina (ASOFAMECH), desde hace más de 40 años ha realizado una importante labor de acreditación de los centros formadores de especialistas, fijando requisitos mínimos que dichos centros hospitalarios deben cumplir para recibir candidatos a la especialización y supervisando su desarrollo. Sin embargo, se realizan programas de especialización al margen de ASOFAMECH y las nuevas Facultades de Medicina no están adscritas a la acreditación de centros formadores, situaciones que perturban este esfuerzo de garantía de calidad en que se está empeñado (Goic, 1999).

La Facultad de Medicina de la Universidad de Chile ofrece 61 programas formales de especialización, 30 en especialidades primarias y 31 en especialidades derivadas (Goic, 1999).

En general, actualmente en Chile no existe una regulación sobre la formación de especialidades médicas, ni sobre el ejercicio de las especialidades médicas. Este tema se analiza en mayor profundidad en la sección 3.3.

### **Formación de enfermeras universitarias**

El caso de la enfermería se presta para ilustrar distintas falencias en la regulación (así como en la planificación) sobre la formación (en cantidad y calidad) de profesionales. La falta de disponibilidad de enfermeras a nivel nacional, y particularmente en el subsector público

municipal y rural es notable, siendo un problema complejo causado por varios factores, dentro de los cuales se encuentra la percepción sobre la valoración social que desincentiva dicha opción vocacional, y en menor grado la baja capacidad instalada a nivel formativo para poder generar más titulaciones para el mercado (una proporción importante aún no determinada de enfermeras universitarias no egresan y/o no ejercen).

Como ya se ha explicado, sólo 12 carreras son de exclusiva formación universitaria, entre las cuales no figura Enfermería. Se dejó así la puerta abierta para que se pudiera dictar en una institución de educación superior distinta de las Universidades, lo que no se ha dado en los hechos, pero que ha contribuido a la desvalorización social de la profesión.

Recién en 1997, la regulación reconoce a las enfermeras de nivel profesional (Código Sanitario, Art. 113, párrafo 4°).

Actualmente, la formación de enfermeras se realiza en 13 de las 15 escuelas existentes en – 8-10 semestres, obteniéndose el grado de Licenciada en Enfermería y el título profesional de Enfermera.

## **Formación del personal auxiliar paramédico y TNS en el área de la Salud.**

Hasta la reforma educacional y sanitaria realizada por la dictadura militar, sólo existía para el personal auxiliar de salud una formación de competencias, consistente en un curso de 1500 horas, que sólo se impartía en el Sistema público. Si bien este marco formativo persiste hasta hoy, al autorizarse los Centros de Formación Técnica, se generan ofertas formativas de nivel técnico. Sin embargo, pese a constituir un grado académico, la cultura y la necesidad laboral derivaron hacia la formación de «auxiliar de enfermería». Por estos elementos, se hizo necesaria la colaboración entre MINSAL y MINEDUC, que mediante un conjunto articulado de iniciativas que se analizan más adelante, avanzaron en la regulación en el ámbito de formación del personal de salud, en concordancia con el ejercicio de este personal.

A continuación se sistematiza la regulación vigente para la formación de este personal en el transcurso de los años:

- a) Desde 1950 a la fecha: Auxiliar de Enfermería (Código Sanitario, Art. 112, D.F.L.N° 2147/78 y D.S.N°261/79 ambos del MINSAL).
- b) Desde 1993 a la fecha: Auxiliares Paramédicos de Odontología, Farmacia, Alimentación y de Radiología, Radioterapia, Laboratorio y Banco de Sangre (decreto N° 1.704/93 MINSAL)
- c) Desde 1983 hasta 1995: Técnico de Nivel Superior con variadas denominaciones y perfiles (ayudantes de enfermería en instrumentación quirúrgica, en obstetricia, en gerontología, en psiquiatría, etc.; formados en CFTs creados por DFL24/81).

- d) Desde 1995 a la fecha: Técnicos Nivel Superior en Enfermería. Convenio de Cooperación Técnica 1993 MINSAL-MINEDUC, Estudio Perfil Ocupacional
- e) Decreto 220/1998 crea Técnico de Nivel Medio en Atención de Enfermos y Ancianos, carrera a ser impartida en los Liceos Técnico-Profesionales a partir del 2000 (equivalente a actuales cuidadores de enfermos y ancianos).

Como ya se dijo, tradicionalmente los auxiliares paramédicos se forman en cursos que funcionan en los Servicios de Salud o en organismos que cuentan con la previa autorización del MINSAL para tales efectos. Los egresados, previa aprobación de un examen frente a la comisión designada por el Director del S.S., obtienen un Certificado de Competencia que los habilita para ejercer su actividad.

La formación de personal de enfermería (Auxiliar de Enfermería y TNS en Enfermería).

- a) Programas Formación de Competencias, Servicios de Salud. A la fecha, existen los siguientes espacios de formación del personal auxiliar de enfermería, autorizado por el MINSAL, quien aplica los Reglamentos del Código Sanitario sobre el ejercicio y control de las actividades auxiliares de la medicina, odontología, química y farmacia.
  - Curso de 1600 horas (aproximadamente un año de duración) dictado por los Servicios de Salud, accediendo con ello a una acreditación como auxiliar de enfermería, reconocido por el MINSAL (Código Sanitario, DFL 2147/78 y DS 261/79 del MINSAL).
  - Este programa también impartido en clínicas privadas y otras entidades interesadas; por ejemplo la Escuela de auxiliares de la Clínica Alemana, Cáritas, Hospital Parroquial de San Bernardo, entre otros; los que fueron aprobados mediante Resolución Exenta del MINSAL, (según lo dispuesto en la Circular 42/81 MINSAL).
- b) Carreras autorizadas por el MINEDUC, que aplica las leyes vigentes desde 1980 en educación y la LOCE de 1990:
  - Carrera de Técnico de Nivel Superior (TNS), de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica Constitucional de Educación, la cual se imparte en Centros de Formación Técnica (CFT), con un total de horas que varía entre las 1600 y las 2000 horas, distribuidas en 4 semestres, más proceso de titulación.
  - Técnico de Nivel Medio (TNM) Decreto 220/1998, crea Técnico de Nivel Medio en Atención de Enfermos y Ancianos, carrera a ser impartida en los Liceos Técnico-Profesionales a partir del 2000 (equivalente a actuales cuidadores de enfermos y ancianos).

Debido a la necesidad de regular la formación de Técnicos en el área de salud, se firmó un convenio entre el Ministerio de Salud y el de Educación el 17 de marzo de 1993, con el propósito de regular la formación de Técnicos en el área de salud. En su artículo 4º, se

estipula la posibilidad de que los auxiliares paramédicos de enfermería puedan obtener la categoría de Técnico en Enfermería de Nivel Superior.

En base al Perfil Ocupacional definido por la Comisión Mixta Salud - Educación, los Centros Formadores adecuan las currícula para impartir la carrera de Técnico de Nivel Superior en Enfermería. Para responder al Artículo 4º del convenio, la comisión mixta establece que los actuales auxiliares paramédicos de enfermería podrán acceder a un Programa Especial a impartir por los CFT que tengan en funcionamiento la carrera de TNS en Enfermería.

Este convenio permitirá tecnificar a los recursos auxiliares de enfermería, avanzando desde el actual Certificado de Competencia que otorga el Director del Servicio de Salud correspondiente, y que es el respaldo legal de los auxiliares de enfermería; hacia la obtención de un título técnico otorgado por instituciones de educación superior autorizadas por el Ministerio de Educación, en base a un perfil ocupacional definido por el MINEDUC y el MINSAL. No obstante estos avances, éste debe ser perfeccionado como Perfil de Competencias Ocupacionales para optimizar los programas formativos.

Los requisitos para que los funcionarios auxiliares de enfermería accedan al Programa Especial son:

- Ser funcionario desempeñándose como auxiliar de enfermería de los servicios,
- Licencia de Enseñanza Media
- Certificado de Competencia expedido por el Director del Servicio de Salud correspondiente
- Cinco años de experiencia de trabajo ininterrumpidos.

Con estos requisitos los auxiliares de enfermería pueden ingresar al Programa Especial obteniendo el título de Técnico de Enfermería de Nivel Superior<sup>14</sup>. El programa fue iniciado en 1999 con una cohorte de 34 alumnos<sup>15</sup>.

El tema de la formación del personal técnico refleja que a pesar de todos los avances, aún persisten vacíos de regulación<sup>16</sup>, por lo que es importante avanzar en un nivel de coordinación mayor entre los Ministerios de Salud y Educación, para abarcar la totalidad del fenómeno formativo en el ámbito de salud.

<sup>14</sup> Los estudiantes que se incorporan desde fuera del SNSS requieren contar con su Licencia de Educación Media, y siguen una Carrera de 5 semestres obteniendo el Título de Técnico en Enfermería de Nivel Superior.

<sup>15</sup> El Colegio de Técnicos Paramédicos reporta que el proceso de postulación es engorroso y que tienen dificultades de autofinanciar el costo de este curso, pues los CFT que lo imparten cobran por su servicio el equivalente de un tercio a un sexto del salario líquido mensual del funcionario.

<sup>16</sup> A modo de ejemplo, la **Carrera de Técnico Universitario de Enfermería**, dictada por la Universidad Arturo Prat de Iquique, que funciona en ciudades como Valparaíso y Victoria. Esta carrera ha sido observada por el MINEDUC, aún cuando la Universidad por tener carácter de autónoma no está sujeta al control de la autoridad ministerial ni del Consejo Superior de Educación.

### 4.3 Regulación del Ejercicio Profesional y Laboral

#### RECUADRO 4.4

Principales elementos de regulación de recursos humanos en salud en el ámbito del EJERCIO LABORAL Y PROFESIONAL

- La LOCE estipula las carreras que necesitan de un título para el ejercicio (médicos, abogados, ingenieros, etc.)
- Código Sanitario y Reglamentos regulan requisitos de contratación del personal auxiliar salud
- Código Sanitario regula el ámbito del ejercicio laboral y profesional de cada uno
- Tratados bilaterales o multilaterales regulan el ejercicio de titulados extranjero. El resto tiene que revalidar en la Universidad de Chile
- Disciplina y ética profesional: solo ex post, en tribunales de justicia

66

#### Requisitos de Entrada al Ejercicio

De acuerdo al ordenamiento jurídico actualmente existente en Chile, la Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza explicita qué profesiones deben tener título o grado académico para poder ser ejercidas. Para el estamento profesional, este es el único requisito legal para el ejercicio de su profesión tanto en el sector público como en el privado.

No se precisa estar registrado ni habilitado especialmente por ningún ente independiente o gubernamental para ejercer las profesiones de la salud, en concordancia con los preceptos constitucionales explicados al principio del estudio. En la mayoría de los casos, el título profesional es el único requisito para la entrada al ejercicio, aparte de otros requerimientos específicos para cada uno de los cargos y niveles de responsabilidad. Tampoco hay regulaciones sobre los requisitos para permanecer en el ejercicio, como pudieran ser sistemas de acreditación permanentes o periódicos, que den garantías a los empleadores y a los usuarios sobre las capacidades y calidades de los trabajadores de la salud a lo largo del tiempo.

Como ya se ha dicho en la sección precedente, para poder ejercer dentro del SNSS, el personal auxiliar y paramédico de salud debe estar habilitado y registrado en las Oficinas de Registro y Control de Profesiones Médicas y Paramédicas de cada Servicio.

El país tampoco cuenta con regulación sobre la formación de postgrado y sobre el ejercicio de las especialidades médicas y odontológicas. De hecho, basta con el título profesional de grado (médico-cirujano) para ejercer cualquiera de las especialidades médicas. En el fondo,

aún sin realizar estudios y práctica de especialidad, los médicos pueden ejercer como especialistas en su área, ya que no existe registro, ni acreditación, ni evaluación centralizada de competencias por parte del gobierno. Algo similar pasa con los odontólogos. Esta falencia genera una de las demandas regulatorias más reiteradas por los actores del sistema de salud.

Debido a esta falencia en la regulación han surgido instituciones de autoregulación de las especialidades tanto médicas como odontológicas: CONACEM (Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas) y CONACEO (Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Odontológicas), las que se discuten en el capítulo 5, siendo ambas instituciones acreditadoras de especialidades y especialistas con un carácter voluntario.

Igualmente, dada la heterogeneidad de la formación del personal auxiliar y técnico paramédico, se hace evidente la ausencia de un sistema de acreditación periódica de competencias laborales, que por un lado permitan objetivar capacidades y destrezas para mejorar el desarrollo laboral, y por otra parte puedan ofrecer garantías de excelencia en la calidad de las prestaciones de servicios de salud, así como proteger la vida de los usuarios.

## **Ambitos de ejercicio profesional y laboral del personal de salud**

El Código Sanitario especifica el ámbito de los profesionales de la salud, así como del personal auxiliar que trabaja subordinado al primero:

Art. 112: «Sólo podrán desempeñar actividades propias de la medicina, odontología, química y farmacia y otras relacionadas con la conservación y restablecimiento de la salud, quienes poseen el título respectivo otorgado por la Universidad de Chile u otra Universidad reconocida por el Estado y estén habilitados legalmente para el ejercicio de sus profesiones.

Asimismo, podrán ejercer profesiones auxiliares de las referidas en el inciso anterior quienes cuenten con autorización del Director General de Salud<sup>17</sup>. [...] No obstante lo dispuesto en el inciso primero, con la autorización del Director General de Salud podrán desempeñarse como médicos, dentistas, químico-farmacéuticos o matronas en barcos, islas o lugares apartados, aquellas personas que acrediten título profesional otorgado en el extranjero.»

Art. 113: «Se considera ejercicio ilegal de la profesión de médico-cirujano todo acto realizado con el propósito de formular diagnóstico, pronóstico o tratamiento en pacientes o consultantes, en forma directa o indirecta, por personas que no están legalmente autorizadas para el ejercicio de la medicina.<sup>18</sup>

<sup>17</sup> El Decreto 1704 del 24 de agosto de 1993 del Ministerio de Salud, aprueba el reglamento para el ejercicio de las profesiones auxiliares de la medicina, odontología y química y farmacia.

<sup>18</sup> Véase artículos 313a, 313b y 313c del Código Penal.

Los servicios profesionales del psicólogo comprenden la aplicación de principios y procedimientos psicológicos que tienen por finalidad asistir, aconsejar o hacer psicoterapia a las personas con el propósito de promover el óptimo desarrollo potencial de su personalidad o corregir sus alteraciones o desajustes. Cuando estos profesionales presten sus servicios a personas que estén mentalmente enfermas, deberán poner de inmediato este hecho en conocimiento de un médico especialista y podrán colaborar con éste en la atención del enfermo.

No obstante lo dispuesto en el inciso anterior, quienes cumplan funciones de colaboración médica, podrán realizar algunas de las actividades señaladas, siempre que medie indicación y supervigilancia médica. Asimismo, podrán atender enfermos en caso de accidentes súbitos o en situaciones de extrema urgencia cuando no haya médico-cirujano alguno en la localidad o habiéndolo, no sea posible su asistencia profesional.»

Una importante Reforma al Código Sanitario (diciembre de 1997), estipula que: «Modifícase el Código Sanitario de la siguiente manera: artículo 113: «Los servicios profesionales de la enfermera comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a la promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y el tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente»

68

La misma reforma al Código Sanitario, explicitó jurídicamente las funciones de las matronas profesionales, ampliando sus funciones, las que ya se realizaban en el sistema público.

«Modifícase el Código Sanitario de la siguiente manera: Los servicios profesionales de la matrona comprenden la atención del embarazo, parto y puerperio normales, la atención del recién nacido, como asimismo, actividades relacionadas con la lactancia materna, la planificación familiar y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente».

Art. 115: « Los cirujano-dentistas sólo podrán prestar atenciones odonto-estomatológicas. Podrán asimismo, adquirir o prescribir los medicamentos necesarios para dichos fines, de acuerdo al reglamento que dicte el Director General de Salud.»

Art.116: «Los laboratoristas dentales sólo podrán ejercer sus actividades a indicación de cirujano-dentistas, quedándoles prohibido ejecutar trabajos en la cavidad bucal»<sup>19</sup>.

Art. 118: «Los consultorios de matronas podrán ser destinados al control de la evolución del embarazo y quedarán incluidos en la reglamentación sobre maternidades particulares».

<sup>19</sup> Decreto N°61 del Ministerio de salud de 1975: establece los requisitos previos para el ejercicio profesional de laboratoristas dentales.

Art. 119: «No podrá ejecutarse ninguna acción cuyo fin sea provocar un aborto»

Art. 120: « Los profesionales señalados en el artículo 112 de este Código no podrán ejercer su profesión y tener intereses comerciales que digan relación directa con su actividad, en establecimientos destinados a la importación, producción, distribución y venta de productos farmacéuticos, aparatos ortopédicos, prótesis y artículos ópticos, a menos que el Colegio respectivo emita en cada caso un informe estableciendo que no se vulnera la ética profesional. Exceptúanse de esta prohibición los químico-farmacéuticos y farmacéuticos».

Con respecto a la regulación sobre la jerarquía técnica de los equipos de salud, se otorga explícito rol directivo a los médicos, lo que está regulado por el Art. 18, Decreto 161 Ministerio de Salud, de 1982 ( Reglamento de Hospitales y Clínicas privada):

«La Dirección Técnica de cada establecimiento estará a cargo del médico cirujano a quien se asigne esta función de modo permanente y que deberá ser reemplazado de inmediato por otro médico cirujano en caso de ausencia o impedimento». Art. 19: «El Director será responsable de todos los aspectos técnicos de la gestión del establecimiento y deberá velar por el adecuado funcionamiento de los equipos, instrumentos e instalaciones necesarias para la correcta atención de los pacientes, así como por la observancia de las normas y procedimientos respectivos, por parte de la dotación del establecimiento.»

De igual manera, dicho reglamento regula las atribuciones exclusivas de los profesionales tratantes (médicos, dentistas, matronas) tanto para el sector público como privado:

Como dice en el artículo 20, op cit, «A los profesionales tratantes corresponderá específicamente:

- a) la formulación de diagnósticos, solicitudes de exámenes y procedimientos;
- b) La prescripción de tratamientos y su ejecución cuando ello sea procedente; y
- c) La concesión de altas y sus indicaciones.»<sup>20</sup>

## **Rol de los Colegios Profesionales**

Como ya se ha dicho, durante la dictadura militar el rol de los colegios profesionales fue severamente reestructurado. Un análisis jurídico experto (Silva Bascuñan, 1992) resume así la actual posición jurídica actual de los colegios profesionales:

- a) Pueden formarse todas las asociaciones de profesionales, con el nombre de asociaciones gremiales, siempre que reúna el número de personas exigido por la ley.

<sup>20</sup> Decreto 161 del Ministerio de Salud: Reglamento de Hospitales y Clínicas Privadas, 19 noviembre, 1982.

- b) Los colegios profesionales deben sujetarse a sus respectivos estatutos, aprobados de acuerdo con el régimen dispuesto para las asociaciones gremiales. Gozan de personalidad jurídica, que debe entenderse de derecho privado.
- c) Ningún profesional puede ser obligado a pertenecer a determinado colegio.
- d) No puede ser requisito para el ejercicio de una profesión ni para el desempeño de un cargo de cualquier naturaleza, ser afiliado o pertenecer a un colegio profesional o figurar inscrito en sus registros.
- e) Cada colegio podrá exigir la disciplina en su propio seno, pero sólo respecto de quienes estén afiliados a él.
- f) Toda persona afectada por un acto desdoroso, abusivo o contrario a la ética, cometido por un profesional en el ejercicio de su función, podrá recurrir ante los tribunales de justicia, tramitándose el reclamo conforme al juicio sumario, permitiéndose al juez resolver oyendo informe de peritos.

### **Disciplina en el Ejercicio Profesional**

En la actualidad, la atribución de velar por el correcto ejercicio profesional no está asignada ni a los Colegios Profesionales ni a ningún organismo de derecho público.

De hecho los tribunales de la justicia ordinaria son los encargados de dirimir ex-post, en caso de que un usuario perjudicado introduzca mediante una demanda.

Además de que los daños en estos casos son irreversibles y que no se puede realizar un aprendizaje institucional del equipo de salud con respecto a negligencias o malas prácticas, debido a que estos procesos quedan radicados fuera del sistema sanitario; es sabido que este mecanismo es muy lento y poco usado por la ciudadanía, y las cifras de demandas que se observan son marginales en comparación con la cantidad de casos que procesaban los colegios médicos con anterioridad a la revocación de la tuición ética.

### **Ejercicio profesional de titulados en el extranjero:**

Finalmente, con respecto al ejercicio profesional de extranjeros, existen algunos tratados bastante antiguos que permiten el ejercicio de profesionales, incluidos los de la salud. Entre estos, los principales son:

- a) Convención de México sobre Ejercicio de Profesiones Liberales (1909), faculta a ciudadanos chilenos y mejicanos ejercer liberalmente la profesión en el territorio de ambos Estados, reservándose el derecho a exigir un examen general sobre las asignaturas cursadas para el caso de profesiones relacionadas con la salud.
- b) Convención sobre ejercicio de profesiones liberales entre Chile y Uruguay (1918). Se permite a los profesionales de ambos países a ejercer la profesión para la cual estuvieren habilitados, sin que se requiera la rendición de ningún examen.

- c) Convenio sobre mutuo reconocimiento de exámenes y de títulos profesionales entre Chile y Ecuador (suscrito 1917, ratificado 1937). Estipula como válidos los exámenes y títulos obtenidos en el otro Estado por los nacionales de ambos países, explicitando equivalencia de títulos tales como médicos cirujanos, farmacéuticos y químicos.
- d) Convención sobre ejercicio de profesiones liberales suscrita entre Chile y Colombia (1922), ambos nacionales podrán ejercer libremente la profesión para la cual estuvieren habilitados por título o diploma, legalmente expedido por la autoridad nacional competente.
- e) Convenio Cultural entre Chile y España (suscrito 1967, publicado DO 1969). Reconoce como válidos y habilitantes para el ejercicio respectivo en ambos países, los estudios, grados y títulos legalmente conferidos.

Es importante estipular que para que en todos los casos precedentes los títulos o grados que se acojan a alguno de estos convenios deben presentarse previamente en el Ministerio de Relaciones Exteriores de Chile para acreditar el cumplimiento de los requisitos correspondientes, con lo cual dicha secretaría extiende un Certificado de Equivalencia de Título.

Estos convenios que permiten el reconocimiento generalizado de títulos otorgados en el extranjero, persisten en un contexto internacional que progresivamente desecha el reconocimiento automático de títulos y privilegia sistemas que otorguen garantías de la formación recibida y/o examinación local sobre las competencias correspondientes.

Para el resto de los países, los títulos y diplomas de profesionales<sup>21</sup> deben ser revalidados en Chile en conformidad al procedimiento dispuesto en esta materia por la Universidad de Chile.

De acuerdo a Goic (1999), entre 1990 y 1997 fueron habilitados para ejercer en Chile 1.297 médicos titulados en el extranjero, lo que representa un 29% del total de médicos graduados por las Escuelas de Medicina nacionales en igual período.

## **Profesiones auxiliares o personal de apoyo de la salud**

Igualmente, existe otro personal de salud cuyo ejercicio laboral está actualmente regulado, y que requieren estar inscritos en las Oficina de Registro y Control de Profesiones Médicas y Paramédicas de cada Servicio de Salud:

- Auxiliares de Enfermería: D.L 2147/78 y D.S. 261/79 del MINSAL
- Auxiliares Paramédicos de Farmacia de Odontología de Laboratorio, Radiología, Radioterapia y Banco de Sangre y de Alimentación: Decreto 1704/93 del MINSAL
- Podólogos: Decreto 951/68 del MINSAL

<sup>21</sup> excepto el título de Abogado, que se obtienen mediante examen de la Corte Suprema,

- Opticos y contactólogos: Decreto 04/85 del MINSAL
- Cosmetólogos: Decreto 088/80 del MINSAL
- Laboratoristas Dentales y Laboratorios Dentales: Decreto 1967/97 del MINSAL
- Prevención de Riesgos Profesionales: D.S.40/69 del Ministerio del Trabajo y Previsión Social, y sus modificaciones.
- Práctico en Primeros Auxilios a Bordo: Decreto 263/85 del MINSAL. Reglamento de Sanidad Marítima, Aérea y de las Fronteras del MINSAL.

La autoridad sanitaria, representada por el Director del Servicio de Salud respectivo, otorga la autorización para el ejercicio de las actividades señaladas anteriormente, a los postulantes que cumplan con los requisitos que especifican los Reglamentos correspondientes, y aprueben un examen de competencias respectivo, ante una comisión examinadora especialmente designada para tal efecto. Esto genera un certificado de competencia, el que acredita la inscripción en el Rol de la Oficina de Registro y Control de Profesiones Médicas y Paramédicas, quedando así habilitados para el ejercicio en todo el territorio nacional.

Con respecto a las funciones que realizan los distintos auxiliares paramédicos y Técnicos de Nivel Superior, se puede decir que en general son bastantes similares, salvo para los técnicos de nivel medio que se desempeñarán en cuidado de enfermos y ancianos. Si bien ya se ha realizado cierta diferenciación en la formación de los distintos perfiles de auxiliares paramédicos y Técnicos de Nivel Superior, hacia el futuro se debería producir una diferenciación equivalente en las funciones que realizan y en su correspondiente remuneración.

#### **RECUADRO 4.5**

#### **EJERCICIO LABORAL DE AUXILIARES PARAMÉDICOS: AVANCES EN LA REGULACIÓN.**

Desde 1967 el Código Sanitario explicita las funciones de los paramédicos reconociéndolos como profesiones «auxiliares de la medicina» y el Decreto 261 de 1978 estipula los ámbitos del ejercicio de los auxiliares de enfermería en el ámbito privado y como ejercicio liberal.

El ejercicio de los auxiliares está supervisado por un profesional universitario dependiendo de la unidad donde trabajen; por ejemplo: médicos, anestesiólogos, matronas, enfermeras, tecnólogos médicos. Aunque se reporta que en postas rurales aisladas donde la presencia profesional médica sólo se realiza en la ronda semanal, los auxiliares/paramédicos trabajan con relativa autonomía y muchas veces tienen que tomar decisiones importantes como derivación a centros y prestaciones de urgencia.

Los auxiliares paramédicos de enfermería ejecutan todas las indicaciones del médico tratante (excepto en ciertos casos que requiere procedimientos efectuados por un profesional); realizando por ejemplo control de signos vitales, observación del enfermo, administración del tratamiento, apoyo a las terapias, realización de la higiene del paciente, etc.

Actualmente, se han explicitado 19 funciones con sus correspondientes tareas, que deberían realizar los auxiliares y técnicos paramédicos, contenidos en el Perfil Ocupacional Básico de este personal.

- Cumplir normas y procedimientos administrativos y funcionarios (tareas: tramitar interconsultas y exámenes, atender público, realizar indicaciones médicas y de enfermería, etc.)
- Cumplir con las técnicas de bioseguridad (tareas: ejecutar lavado de manos pre y post atención, desechar material corto punzante según técnicas, etc.). Apoyar el cumplimiento de normas de infecciones intrahospitalarias en relación al manejo de material (tareas: lavar y descontaminar el material según norma, revisar estado del material para su uso, manejar material esterilizado según norma, etc.). Aplicar técnicas para la esterilización de material (tareas: lavar, secar, envolver y sellar distintos tipos de material según norma, esterilizar material, etc.).
- Proporcionar cuidados básicos y atención integral al paciente pediátrico y adulto (tareas: mantener temperatura del paciente y ambiente térmico adecuado, realizar cambios de posición y prevención de escaras, etc.).
- Ejecutar procedimientos de enfermería y otros (tareas: control de signos vitales, observar drenajes, realizar lavado ocular, etc.).
- Preparar, instalar, administrar, controlar y mantener medicamentos
- Tomar muestras para exámenes de laboratorio
- Colaborar con los profesionales en procedimientos de enfermería
- Realizar recepción y entrega de turnos (revisar estado del paciente al ingresar turno, revisar y entregar existencia de materiales, insumos y medicamentos, etc.).
- Participar en el ingreso, egreso y traslado del paciente en establecimientos de salud
- Participar en el manejo de tarjeteros, informes, archivos y registros de atención de salud.
- Participar en el manejo de materiales, insumos y equipo clínico
- Orientar, informar y ayudar a resolver problemas al funcionario recién ingresado, a pacientes, familiares, usuarios y público en general.
- Participar en actividades de capacitación
- Participar en el manejo de cadena de frío y administrar vacunas
- Realizar control de salud del preescolar
- Realizar actividades de salud en terreno
- Proporcionar atención de primeros auxilios
- Realizar manejo técnico y administrativo de la Posta de Salud Rural
- Colaborar en funciones y tareas de pabellón quirúrgico y realizar tareas de arsenaleo quirúrgico. Apoyar en proceso de anestesia.

## 4.4 Regulación de las Relaciones Laborales

La regulación de la relación laboral entre empleados y empleadores en el ámbito de la salud difiere sustancialmente en función del empleador.

### RECUADRO 4.6

#### Principales elementos de regulación de recursos humanos en salud en el ámbito de las RELACIONES LABORALES

##### SECTOR PUBLICO:

- Las relaciones laborales se rigen por Estatutos propios de la administración pública y de la salud
- Sistema Nacional de Servicios de Salud:
  - Personal Médico (Ley 15.076)
  - Resto Personal SSNS (Estatuto Administrativo: Ley 18.834)
  - Ley 19.296 Asociaciones Funcionarios Públicos
  - Ley de Presupuesto
  - Ley de Plantas (un DFL por cada Servicio o Institución)
  - Ley 19.490 Asignaciones y bonificaciones por desempeño individual e institucional
- Atención Primaria:
  - Estatuto Atención Primaria (Ley 19.378)

##### SECTOR PRIVADO:

- Código del Trabajo general, que rige para todas las contrataciones en el sector privado. Las relaciones laborales regidas por este Código, son relativamente flexibles y desreguladas.

### 4.4.1 Regulación de las relaciones laborales en el Sistema Público de Salud

Existe una fuerte rigidez en la regulación formal de las relaciones laborales en el sistema público de salud. En primer término, el personal médico, odontológico, químico-farmacéutico y bioquímico del sector público está regido por una ley de hace casi cuarenta años. El

resto del personal en los servicios de salud dependientes del Ministerio están regidos por la misma ley (Estatuto Administrativo, Ley 18.834, de 1989) que todos los empleados públicos. Finalmente, los trabajadores de la salud municipal (Atención Primaria) están regidos por el Estatuto de Atención Primaria desde 1995.

## **Determinación de los cargos y la dotación.**

En conformidad al ordenamiento legal vigente, más que depender de las necesidades de los usuarios y de los cambios organizacionales naturales, existe una determinación formal de las plantas y dotaciones de personal en los distintos Servicios de Salud del país. Normalmente, este marco jurídico se remonta a la creación y ordenamiento del funcionamiento de estos servicios de salud en nuestro país. La planta de cada uno de los Servicios de Salud de Chile es creada por ley, en la cual la autoridad estipula el número de cargos organizados en una estructura de plantas, acorde a los dos marcos estatutarios vigentes (Directivos, Profesionales, Técnicos, Administrativos, Auxiliares; y personal médico, odontológico, químico-farmacéutico y bioquímico), determinándose de esta manera el número, calificación y nivel remuneracional de los recursos humanos para cada Servicio de Salud.

Es importante manejar los distintos conceptos involucrados en la cantidad de personal de salud que labora en el sistema público, ya que debido a la fijación por Ley de una determinada planta (que limita número y calificación del personal) cada vez que se crea un nuevo servicio público, no es equivalente hablar del número de trabajadores, que de la dotación o la planta.

Por dotación se entiende la cantidad de trabajadores y profesionales que trabajan en cargos de planta y a contrata. La planta de un servicio fija los cargos permanentes autorizados para dicho servicio, consigna los requisitos y grados en el escalafón de remuneraciones, y está determinada por una ley, lo que hace el manejo de personal sumamente rígido, pues modificar la planta exige de una ley. Cuando se provee el cargo de planta, el Directivo correspondiente procede a hacer un nombramiento que es de carácter indefinido en el tiempo, ya que sólo corresponderá su despido por causales plenamente configuradas en la Ley.

La provisión de los cargos de planta por titulares se efectúa según regulaciones claras de requisitos y procedimientos de acceso y permanencia. Por titular se entiende a la persona designada para ocupar en propiedad un cargo de planta, aunque por diversas razones, tipificadas en la ley, estos cargos también pueden ser ejercidos con carácter de interino, suplente o subrogante.

La dotación se compone, por tanto de cargos fijados por una Ley de Plantas y también por los que laboran a contrata. Los que trabajan en la modalidad a contrata, son contratados por tiempo definido (regularmente un año), y su contrato tiene vigencia para el año presupuestario correspondiente en que los fondos han sido autorizados por la Ley de Presupuesto Público.

Para enfrentar el proceso de crecimiento de población, los cambios en el perfil epidemiológico, coyunturas económicas y el desarrollo organizacional de los Servicios, en el último decenio se ha incrementado la dotación de personal en un 16%, fundamentalmente mediante la expansión de cupos de contrato que se realiza anualmente en la Ley de Presupuesto.

La Ley de Presupuesto Fiscal de cada año fija para el SNSS, así como para los demás organismos del sector público, la dotación máxima de personal que éstos pueden tener, así como su marco financiero de gastos.

### **Especificación inelástica de las plantas de funcionarios de los Servicios de Salud.**

Las leyes de planta de los S.S. han sufrido varias modificaciones en la última década, por lo que resulta conveniente consignar estos cambios para especificar con exactitud cuales son los cuerpos regulatorios actualmente vigentes en esta materia.

- El D.L 2763/79, como ya se ha visto, crea los Servicios de Salud. En su capítulo VI, artículo 56° autoriza al Presidente de la República para fijar, por decreto con fuerza de ley del Ministerio de Salud, firmado además por el Ministro de Hacienda, las plantas del personal del Ministerio de Salud, de los Servicios, del Fondo, del Instituto y de la Central. Esta facultad se otorga por un año, y genera las condiciones para la fijación de las plantas de los servicios.
- En 1980, el Presidente fijó las plantas de personal y los requisitos para los distintos estamentos y niveles, mediante D.F.L correspondiente a cada uno de los servicios e instituciones dependientes del Ministerio de Salud. Estas plantas estaban estructuradas en base a estamentos profesionales específicos (enfermeras, asistentes sociales, etc.).
- El Estatuto Administrativo (Ley 18.834 de 1989) define una nueva estructura de plantas de personal para la administración pública, agrupándolas en 5 estamentos genéricos (directivos, profesionales, técnicos, administrativos y auxiliares). Con este nuevo estatuto, las plantas estipuladas por los D.F.L de 1980 debían ser adecuados a esta nueva estructura jurídica de plantas.
- En marzo de 1990, se dictan nuevos D.F.L (D.F.L 1-31/1990 del MINSAL) de plantas, uno para cada servicio, que normaliza las plantas para adecuarlas en su denominación a lo establecido en el Estatuto Administrativo.
- En 1991, mediante la Ley 19.086, se modificaron los grados a los distintos cargos y a contrata de los servicios e instituciones dependientes del MINSAL, para elevar en uno o dos grados los cargos de forma que se pudieran elevar los niveles remuneracionales del Sistema. Esta ley dispone además los requisitos específicos para desempeñar los cargos, permitió aumentar el número de cargos, y estableció tramos y niveles remuneracionales en los distintos escalafones. Así se fijaron los tramos:

- a) Directivos: grado 17° al 2°
- b) Profesionales: grado 18° al 5°. Los cargos de Asistente Social, Enfermera, Kinesiólogo, Matrona, Nutricionista, Tecnólogo Médico, Terapeuta Ocupacional y Fonoaudiólogos pueden tener los grados del 17° al 10°, los asistentes médicos, administrativos y otros profesionales de formación de entre 6 y 8 semestres podrán tener los grados 18° Al 12°; y otros de formación de entre 8 y 10 semestres podrán tener los grados 18° al 10°.
- c) Técnicos: grados 25° al 12°. Auxiliares paramédicos: grados 25° al 16°; laboratoristas dentales: grado 18° al 14°; contadores: grados 22° al 12°; inspectores y otros técnicos: grados 25° al 12°.
- d) Administrativos: grados 25° al 14°.
- e) Auxiliares: grados 27° al 19°.

Como estos cambios hacían necesaria la normalización de las plantas a los nuevos grados de la EUR<sup>22</sup>, se facultó al Presidente de la República para que mediante DFL fijara las nuevas plantas congruentes con esta ley.

- Finalmente, en uso de la facultad concedida en la ley 19.086 de 1991, el Presidente dicta los D.F.L. 1 al 31 de 1992, uno por cada servicio o institución dependiente del Ministerio de Salud, fijando las nuevas plantas con grados y números de cargos en consistencia con la citada Ley 19.086. Estas son las leyes de plantas actualmente vigentes para el Sistema.

### **Ley de Presupuesto. Financiamiento que limita las dotaciones máximas de personal en los servicios.**

En la gestión de los recursos humanos de salud de los servicios del sistema público, también es importante la regulación sobre dotación prevista en la Ley de Presupuesto, la que es presentada por el Ejecutivo y aprobada en el Congreso, cada año estipula el financiamiento para la dotación (incluye plantas y cupos de contrata) para cada Servicio.

Ley de Presupuestos. Partida: Ministerio de Salud. Cada año autoriza los montos de presupuesto para financiar una determinada dotación máxima de personal incluyendo tanto al personal del Estatuto Administrativo como al de la Ley 15.076. Por ejemplo, para el Servicio de Salud de Arica, en 1998 esta Ley autorizó una dotación máxima de 904 personas, mientras su respectivo DFL 1 de 1992 autoriza 559 cupos de planta, lo que en la práctica implica una autorización de cupos a contrata de 348.

Además de fijar las remuneraciones, y facultar al Ministro de Salud en conjunto con el Ministro de Hacienda para reasignar las dotaciones entre los servicios de salud, sin que esto

<sup>22</sup> La Escala Unica de Sueldos (EUR), está fijada por el D.L 249 de 1974, para cada grado se asigna una remuneración.

modifique los recursos globales asignados, estipula un conjunto de glosas o normas específicas respecto al monto máximo de horas extraordinarias, viáticos, capacitación y otros. Por ejemplo, en la glosa 01 se estipula que no rige la limitación vigente para el resto de la administración pública que no permite que el personal a contrata exceda el 20% del personal de planta; mientras que en la glosa 03 se establece que el personal directivo a contrata de cada Servicio no puede exceder el 10% del total de personal a contrata.

La obvia rigidez que este sistema impone a la gestión de recursos humanos no es menor. Desde 1992 han ocurrido importantes desarrollos organizacionales en los servicios, generándose varias situaciones que no han podido ser resueltas por la rigidez de las plantas. Por ejemplo, se reportan fuertes problemas con la rigidez de las definiciones de requisitos estipulados para el personal directivo, pues se ha dado el caso de que personal con todas las competencias y el perfil requerido para asumir dichas funciones, pero que cuenta con un título profesional diferente al que dispone la ley; no ha podido ser integrados a la organización. Otra rigidez que se hace más evidente con el paso del tiempo, es el carácter fijo de una planta toda vez que los servicios crecen y requieren de nuevo personal. En los últimos años, por ejemplo, los servicios que han crecido debido a la creación de nuevos Hospitales, Centros de Diagnóstico Terapéutico y Centros de Referencia de Salud, no han podido realizar el nombramiento de sus correspondientes plantas directivas como personal de planta, encontrándose los funcionarios que ejercen dichas funciones empleados a contrata, teniendo que renovarse sus contratos todos los años.

Es importante contextualizar lo anterior diciendo que la rigidez de las dotaciones también es resultado de una política macroeconómica general de contención del empleo público, así como de una agenda legislativa sectorial que no ha incorporado estos temas con la velocidad requerida.

Independientemente de los factores explicativos, en lo concreto esta rigidez presenta serias dificultades para la gestión de los recursos humanos del sector salud, y si bien se está emprendiendo una profunda reforma de las disposiciones que regulan al personal médico en cuanto a relaciones laborales, es importante continuar este impulso de reforma hacia el resto de los recursos humanos que laboran en el sector salud.

### **Personal médico, odontológico, químico-farmacéutico y bioquímico.**

La Ley 15.076 rige las relaciones laborales entre el personal médico, odontológico, químico-farmacéutico y bioquímico y el sector público de salud<sup>23</sup>, incluyendo a los SNSS, las Universidades y FFAA. El personal médico regulado por la Ley 15.076 no está sujeto a un escalafón con grados, por lo que su desarrollo profesional y funcionario actual sólo se remite al mejoramiento de remuneraciones derivado del cumplimiento de los trienios (antigüedad). En el

<sup>23</sup> Sin embargo, la modificación actualmente en trámite parlamentario aplicará sólo al personal del SNSS.

capítulo 3 se explican las notables transformaciones que el MINSAL lidera en este ámbito. Esta ley regula las relaciones laborales del personal médico (médicos, dentistas y químicos farmacéuticos) que trabajan en el sector público de salud, y data del año 1963, las últimas enmiendas fueron refundidas en 1981. La estructura para las relaciones laborales que genera es extremadamente rígida y adolece de mecanismos potentes que incentiven la permanencia en los servicios públicos. Como se explica más adelante, esta pieza regulatoria se encuentra en proceso de reforma.

## Otro personal del SNSS

El Estatuto Administrativo (Ley 18.834), rige para unos 55.000 funcionarios de la Salud y para toda la administración del Estado. De estos, un 64% constituyen funcionarios titulares.

El despido o egreso de la prestación de servicios de estos funcionarios en la práctica se realiza a partir del sistema de calificaciones, o a través del sistema disciplinario que dicha legislación establece. Por su parte el personal a contrata queda sometido a la evaluación anual de necesidades y justificación de sus servicios, efectuándose el término de la relación laboral mediante un aviso formal de que su contrato no será renovado.

La carrera funcionaria que está estipulada por el Estatuto Administrativo genera los ascensos por antigüedad y mérito. Las remuneraciones de estos funcionarios están fijadas centralmente por la Escala Unica de Remuneraciones (que rige para todo el sector público, la cual estipula los grados y rangos según profesión y nivel de escolaridad/capacitación). De acuerdo a este Estatuto, la huelga es ilegal y la negociación entre empleados y empleador no está regulada.

A todos los cargos de planta, para los trabajadores de la salud que laboran regidos por el Estatuto Administrativo, se accede en su grado más bajo mediante un proceso de concurso formal que incluye aviso en los medios, formación de una comisión que estudia los antecedentes de los candidatos y luego emite una resolución recomendando una terna al Directivo que deberá efectuar el nombramiento. Los ascensos hacia los cargos de mayor responsabilidad son llenados mediante un sistema de promoción interno, basado en un Escalafón de Mérito que se produce cada año en base al sistema de calificaciones: así los primeros en este escalafón llenarán las posiciones que quedan vacantes hacia arriba. En caso de que el puesto quede vacante y no sea llenado por ascensos, entonces se debe llamar a concurso para llenarlo. El problema con este sistema es que la carrera funcionaria y el desarrollo laboral se hacen extremadamente lentos pues sólo ocurren ascensos en la medida que se vayan produciendo vacantes en los cargos de grado superior, por lo que no depende exclusivamente de las condiciones o calificaciones del funcionario el ritmo de desarrollo profesional que pueda tener, sino más bien de elementos y circunstancias fuera de su control, como son la rotación institucional que apenas alcanza a un 4% anual (MINSAL).

Lo anterior desincentiva a los recursos humanos más dinámicos (y a los más jóvenes) a elegir y/o permanecer los servicios públicos para su desarrollo laboral, perdiéndose su potencial contribución al logro de los propósitos del servicio.

#### **RECUADRO 4.7**

### **RECLUTAMIENTO Y CONDICIONES DE CONTRATACIÓN PERSONAL AUXILIAR Y PARAMÉDICO EN EL SECTOR PÚBLICO**

**Con respecto a los requisitos a los procesos de selección del personal auxiliar paramédico en el sector público, se requiere:**

1. Enseñanza Media Completa (sólo para SNSS)
2. Certificado de Competencia otorgado por un Servicio de Salud, y
3. En el caso del SNSS, cada Servicio de Salud efectúa un proceso de selección definido por el Depto. de Recursos Humanos de la Dirección o la Oficina de Personal del establecimiento; o bien para el caso de la Atención Primaria Municipal, el Departamento de Salud Municipal o Corporación determina su propio proceso de selección definido autónomamente.

#### **Condiciones de contratación de Auxiliares Paramédicos:**

1. SNSS: planta de técnicos, grados 16 al 24.
2. Municipios: Estatuto de Atención Primaria, categoría D (Técnicos de Salud)
3. Fuerzas Armadas: Códigos Especiales

#### **Condiciones de Contratación Técnicos Medios:**

1. SNSS: Planta de Técnicos, grados 16 al 24
2. Municipios: Estatuto de Atención Primaria, categoría D (Técnicos de Salud)
3. Fuerzas Armadas: Códigos Especiales

#### **Condiciones de Contratación Técnicos Nivel Superior:**

1. SNSS: planta de técnicos, grados 12 al 24
2. Municipios: EAP: Categoría C: (Técnicos de Nivel Superior)
3. Fuerzas Armadas: Códigos Especiales.

Los cargos de confianza que nombra directamente la máxima autoridad competente también está definida por el EA. Artículo 7º: «Serán cargos de la exclusiva confianza del Presidente de la República o de la autoridad facultada para efectuar el nombramiento: a) los

cargos de la planta de la Presidencia de la República. b) En los Ministerios, los Secretarios Regionales Ministeriales y los Jefes de División y de Departamento [...] »

Artículo 9: «Los empleos a contrata durarán, como máximo, sólo hasta el 31 de diciembre de cada año» (a menos que se solicite prórroga con 30 días de anticipación). El número de funcionarios a contrata de una institución no podrá exceder de una cantidad equivalente al veinte por ciento del total de los cargos de la planta de personal de ésta». De esto exceptúa el Sector Salud en la Ley de Presupuesto de cada año.

Artículo 59: «La jornada ordinaria de trabajo de los funcionarios será de 44 horas semanales distribuidas de lunes a viernes, no pudiendo exceder de nueve horas diarias».

El siguiente artículo es clave en el sentido de la facilidad formal con que se puede despedir a un funcionario público, aunque existe la percepción contraria: Art.66: «[...] los atrasos y ausencias reiterados, sin causa justificada, serán sancionados con destitución, previa investigación sumaria.»

Art. 83: «Todo funcionario tendrá derecho a gozar de estabilidad en el empleo y ascender en el respectivo escalafón, salvo los cargos de exclusiva confianza [...]»

Art. 78: « el funcionario estará afecto a las siguientes prohibiciones: a) ejercer facultades, atribuciones o representación de las que no esté legalmente investido, o no le hayan sido delegadas. [...] i) Organizar o pertenecer a sindicatos en el ámbito de la Administración del Estado; dirigir, promover o participar en huelgas, interrupción o paralización de actividades, totales o parciales en la retención indebida de personas o bienes [...]»

## **Derecho de Asociación de los Empleados Públicos**

Posteriormente, el Estado garantizó el derecho a asociación para los Empleados Públicos en virtud de la Ley 19.296, que establece las normas sobre Asociaciones de Funcionarios de la Administración del Estado (DO, 14 marzo de 1994).

En el artículo 17 establece que «reconócese a los trabajadores de la Administración del Estado, incluidas las municipalidades, el derecho de constituir, sin autorización previa, las asociaciones de funcionarios que estimen conveniente, con la sola condición de sujetarse a la ley y a los estatutos de las mismas».

En el artículo 25 estipula que «Los directores de las asociaciones de funcionarios gozarán de fuero, esto es, de inamovilidad en sus cargos, desde la fecha de su elección y hasta seis meses después de haber cesado su mandato como tales, siempre que la cesación en el no se hubiere producido por censura de la asamblea de la asociación o mediante aplicación de la medida».

En el artículo 31 la ley contempla que «La jefatura superior de la respectiva repartición, deberá conceder a los directores de las asociaciones los permisos necesarios para ausentar-

se de sus labores con objeto de cumplir sus funciones fuera del lugar de trabajo, los que no podrán ser inferiores a 22 horas semanales por cada director de una asociación de carácter nacional, ni a 11 horas por cada director de una asociación de carácter regional, provincial o comunal [...]».

Sin embargo, la citada legislación no otorga a los empleados públicos el derecho a huelga, ni regula los procesos de negociación y de resolución de los conflictos que se producen inevitablemente en cualquier relación laboral.

### **Sistema de calificaciones e incentivos para trabajadores de salud (EA)**

El sistema de calificaciones se reinició en 1992<sup>24</sup>. Desde Enero 1997 se asocian estas calificaciones con algunos estímulos económicos para los recursos humanos de salud. El sistema de calificaciones se aplica a los funcionarios regidos por el Estatuto Administrativo, ya que los médicos cirujanos, cirujanos dentistas, químico-farmacéutico, bioquímicos y farmacéuticos tienen su propio reglamento de calificaciones.

En 1995, el sistema de calificaciones de los SS arrojó un 90,5 por ciento de funcionarios en Lista 1 o de excelencia, y los datos disponibles del proceso de 1996, indican un 94 por ciento en esa situación. Se puede observar una tendencia ascendente, ya que en 1993 ese porcentaje era de 86 por ciento. Aunque estas calificaciones significan para la organización un gran esfuerzo, los beneficios que se obtenían hasta 1996 eran muy pocos. Para el personal de la Ley N°15.076, no había ningún estímulo positivo ligado a la calificación; su importancia sólo radicaba en el aspecto punitivo si se era calificado en Lista 3 ó 4. En el Estatuto Administrativo, el personal a contrata también tenía solamente un estímulo negativo. El personal titular, en teoría, podía tener un estímulo positivo al estar ligadas las calificaciones a los ascensos y de esta manera a la Carrera Funcionaria. Pero como ya se ha dicho, los ascensos en el sector salud son escasos y se producen de forma lenta. Esto significa que el efecto real de las calificaciones era muy bajo, y hasta cierto punto, cuestionable entonces su utilidad.

Se han buscado incentivos al mejor desempeño en general, no necesariamente ligado a las calificaciones. Entre los estímulos no pecuniarios, el sector salud ha venido desarrollando el «Programa de mejoramiento del entorno laboral», que se lleva a cabo con participación y poder de decisión de todas las organizaciones gremiales de los trabajadores, en los niveles locales. Estos programas han sido bien evaluados, tanto por los trabajadores como por los directivos.

En materia de estímulos remuneracionales, en 1997 entró en vigencia la Ley N° 19.490, aprobada en 1996; y está en proyecto la reforma a la Ley N°: 15.076, producto de un consenso con las organizaciones gremiales para establecer incentivos individuales y colectivos.

*24 Mediante un Reglamento de Calificaciones para toda la Administración Pública, contenido en un Decreto del Ministerio del Interior.*

La Ley N° 19.490, en vigencia desde Enero de 1997, establece para los funcionarios del SNSS regidos por el Estatuto Administrativo dos modalidades de beneficios, dependiendo de dónde se desempeñen:

- a) Asignación de estímulo por experiencia y desempeño funcionario: para quienes laboren en los Servicios de Salud. Se trata de un estímulo mixto entre el tiempo de estadía en el Sistema (catalogado en trienios) y la calificación funcionaria obtenida en el período anterior. Este se aplica a aproximadamente 57 mil funcionarios del sistema, de planta y a contrata y se cancela sólo a los calificados en Lista 1 y 2, con más de tres años de experiencia, que son catalogados en tres tramos. Los criterios de desempate son: las notas de la calificación, atrasos, inasistencias y antigüedad. Cada junta calificadora es la que realiza los desempates en base a estos criterios. La base de cálculo es el sueldo base y las asignaciones profesional y de responsabilidad. Esta bonificación se paga en cuatro cuotas, entre Marzo y Diciembre.
- b) Bonificación al desempeño individual y colectivo: rige sólo para el personal de planta y a contrata que trabaja en las Instituciones Autónomas y en el Ministerio de Salud: Subsecretaría de Salud, Fonasa, Instituto de Salud Pública, Superintendencia de Isapres, Central de Abastecimiento, y Servicio de Salud del Ambiente. Estos funcionarios pueden acceder a dos bonificaciones, una por calificación individual y otra por desempeño colectivo o institucional.

La bonificación por desempeño individual se entrega al 66 por ciento de los funcionarios mejor evaluados de cada planta. Los criterios de desempate son: las notas de la calificación, la antigüedad, atrasos e inasistencias. Esta bonificación se paga en cuatro cuotas, entre Marzo y Diciembre.

La bonificación por desempeño institucional o colectivo se cancela al 90% de los funcionarios mejor calificados. Se relaciona con el grado de cumplimiento de Programas de Mejoramiento de la Gestión Institucional que suscribe el organismo a la cual pertenece el funcionario, y en ese sentido al grado de cumplimiento de las metas de eficiencia y calidad de los servicios prestados al usuario. Es auditado por una unidad de control de gestión de cada institución.

Finalmente, cabe resaltar que se encuentra en proceso de transformación la regulación sobre el sistema de calificaciones de los funcionarios.

**RECUADRO 4.8****REGULACIÓN VIGENTE PARA LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN UN HOSPITAL DEL SNSS**

De acuerdo al marco regulatorio vigente, los Directores de los Servicios de Salud, para realizar su gestión de recursos humanos, se debe sujetar a las siguientes leyes:

- Ley 15.076 que rige las relaciones laborales para el personal médico, odontológico, químico-farmacéutico y bioquímico
- Estatuto Administrativo que rige las relaciones laborales para el resto del personal
- Ley de Plantas de los Servicios de Salud (DFLs vigentes, de 1992, uno para cada Servicio de Salud), que estipula los cargos
- Ley de Presupuesto de cada año: que establece la dotación máxima a ser financiada en cada Servicio.

De la legislación anterior, es importante resaltar algunos elementos que ilustran la rigidez que impone el marco regulatorio vigente. Por ejemplo, no se pueden contratar funcionarios de planta que no estén especificados en las leyes de planta; los requisitos tales como perfil formativo están tipificados para cada cargo; ciertos cargos están estipulados en horas por semana sin que se permita manejar jornadas (por ejemplo fundiendo o separando horas); para poder expandir la dotación se deberá obtener un cupo de contrata anualmente que quede financiado por la Ley de Presupuesto de la Nación.

Obviamente, el Director de un Hospital ve su gestión dificultada por planta y dotación del Servicio, y por la excesiva rigidez del marco regulatorio en el ámbito de relaciones laborales, elementos que dificultan una gerencia de recursos humanos más flexible y eficiente. Para avanzar en este sentido, se hace necesario dotar legalmente a los directivos locales de facultades para producir ajustes de plantas y jornadas, flexibilidad para operar la dotación a contrata; así como fortalecer los procesos de evaluación de desempeño y control disciplinario.

**Personal de la Salud Primaria Municipal**

Como ya se ha dicho, la Atención Primaria fue municipalizada durante el régimen militar, continuando en este marco de dependencia hasta la fecha. Este proceso se inició en 1980, a

través del DFL N° 1-3063, del Ministerio del Interior, que entrega la administración y operación de la Atención Primaria a las Municipalidades. Entre 1981 y 1982 se traspasó un 25% de los consultorios existentes a las municipalidades. En 1988 se realiza un nuevo proceso de transferencia que abarcó prácticamente la totalidad de los consultorios y postas.

Por muchos años, el personal sólo contaba con el marco regulatorio del Código del Trabajo para las relaciones laborales con sus múltiples empleadores. Pero en 1995 se creó el Estatuto de Atención Primaria que homologa la regulación de las relaciones laborales para los distintos Municipios. El EAP está contenido en la Ley 19.378, que contiene el régimen de financiamiento de la atención primaria de salud<sup>25</sup> y el estatuto que regirá las relaciones laborales de sus funcionarios.

**Estatuto de Atención Primaria (EAP).** Rige para unos 20.000 funcionarios municipales de la salud (Ley 19.378 de 1995), siendo un marco general de administración del personal municipal descentralizada, que incluye una carrera funcionaria local (antigüedad, capacitación, desempeño), fija la Planta del personal de salud por Municipio, estipula la dimensión de la dotación, ordena los mecanismos de egreso y las remuneraciones. Su reglamento incluye normas sobre administración, criterios para asignación del financiamiento que la AP recibirá del MINSAL, sobre contrataciones y término de la relación laboral, etc.

Los funcionarios de la Atención Primaria que realizan funciones directivas gremiales, tienen derecho a fuero, pudiendo dedicar parte de su jornada laboral habitual a sus labores sindicales. Este derecho ha sido conquistado por dichos trabajadores, como modificación de la Ley 19.296 de 1994, que regula la asociación de los funcionarios pertenecientes a la administración pública (Estatuto Administrativo).

Con respecto a la red de establecimientos de Atención Primaria, se presenta la siguiente información:

Consultorios Generales Urbanos	25
Consultorios Generales Rurales	158
Posta de Salud Rural	1105
Posta de Salud Urbana	1
(Servicios de Atención Primaria de Urgencia, SAPU) incluidos en los anteriores	(51)
<b>Total Establecimientos de Salud Municipal (Atención Primaria)</b>	<b>1519</b>

<sup>25</sup> Cabe resaltar que con anterioridad a los 90s, el financiamiento estatal a la atención primaria se basaba en prestaciones otorgadas, pero la nueva fórmula de financiamiento desde 1995, conocida como *per cápita*, se basa en el número de usuarios inscritos en los registros de cada consultorio. Este aporte estatal se define anualmente, a través de un Decreto Supremo del Ministerio de Salud y el Ministerio del Interior.

El EAP otorga a los Municipios (empleadores) la autonomía para fijar las modalidades de carrera funcionaria, así como la metodología del sistema de calificaciones, habiéndose producido por esta razón un conjunto muy diverso de regulaciones que reflejan la variedad de capacidades instaladas y correlaciones de fuerza entre las organizaciones de trabajadores y los empleados en cada Municipio e incluso en cada consultorio en el país<sup>26</sup>.

Hasta abril de 1999, el EAP establecía un sistema de carrera funcionaria basada en tres criterios: antigüedad, capacitación y desempeño. Sólo el 35% mejor evaluado tiene derecho a ascensos en la carrera funcionaria. El EAP establece que los Municipios son autónomos en determinar los detalles de la carrera funcionaria, así como la metodología del sistema de calificación obligatoria anual, existiendo múltiples formas de medir el desempeño. Lo que introduce disparidades territoriales y discrecionalidad en la evaluación funcionaria. Los funcionarios de la AP ingresan a la carrera en el grado 15 y para llegar al grado 1, que es el más alto, se estima que deben transcurrir en promedio 30 años.

Como iniciativa de la Confederación Nacional de Funcionarios de Salud Municipal (CONFUSAM), en abril de 1999 se aprobó finalmente en el Congreso la reforma a este Estatuto de Atención Primaria.

### **Cultura organizacional como regulador informal de las relaciones laborales en el sistema público**

Además de la regulación formal que aparece en las leyes y los reglamentos, es obvio que los distintos aspectos culturales que se han mencionado a lo largo de este documento, influyen fuertemente en los estilos y los resultados de la gestión de recursos humanos en el sistema público.

Elementos tales como:

- centralización en la gestión
- estructura jerárquica y piramidal
- estilos administrativos que requieren una serie de procedimientos y respaldo de todo por escrito
- naturaleza del derecho público chileno que sólo habilita para acciones expresamente autorizadas a los funcionarios
- demandas, presiones y necesidades propias de la coyuntura y la realidad
- dinámica de la demanda de salud superior a la velocidad de reacción del sistema público generan un cuadro donde se contraponen las necesidades de respuesta del sistema a las urgentes necesidades de la población, frente a las limitaciones que impone el marco regulatorio existente, conformándose una suerte de marco regulatorio informal que pesa en la manera en que funcionan los recursos humanos, particularmente en la administración pública de salud.

*26 La CONFUSAM está trabajando para propender a la homologación de la metodología en las consultorios de Chile.*

Como ya se ha dicho antes, la gerencia y los funcionarios se las arreglan para dar cumplimiento a las formalidades y el reglamento, aunque muchas veces se vea comprometido el fondo de los procesos.

Debido a las dinámicas culturales prevalecientes, a menudo, no se utilizan a plenitud todas las posibles herramientas que provee el rígido marco regulatorio existente. Frecuentemente se piensa que los cargos titulares de planta en la administración pública son inamovibles, pero esto no es así desde el punto de vista regulatorio. De hecho, los gerentes públicos cuentan con atribuciones para poner término al nombramiento de un funcionario, por ejemplo, sólo por atrasarse reiteradamente en la hora de ingreso a su trabajo. De acuerdo al Estatuto Administrativo, para despedir a una persona existen causales legales tan simples como un «atraso reiterado», el que se puede interpretar como más de un atraso como causal para el despido sin que se deba indemnizar a la persona despedida. Esta herramienta de gestión del personal en el sector público es más draconiana que el código laboral (notoriamente debilitado desde 1974, y levemente reformado por los gobiernos democráticos), que hasta el día de hoy permite el despido de personal en el sector privado sin tener más causales que la «necesidad de la empresa»; pero que impone a la empresa privada el costo de liquidación del empleado, equivalente a un mes de la última remuneración por año trabajado, más vacaciones proporcionales si correspondiese; sin perjuicio de otros acuerdos del contrato particular.

El sistema público de salud está integrado en forma vertical, jerarquizada y piramidal. Es una organización valorada por los usuarios en su fondo, pero cuestionado en la forma. En él laboran un gran número de profesionales, altamente capacitados, técnicamente competentes y prestigiados, ejerciéndose el liderazgo organizacional por parte de los médicos. Gran parte del personal muestra una gran vocación de servicio público. Existe gran división y especialización del trabajo, que junto a la independencia profesional para la ejecución de las tareas, da por resultado una coexistencia de valores y modelos diferentes de acción. Concentra a las personas en una función determinada especializada que los absorbe y hace perder de vista la perspectiva sistémica relacional y los objetivos de la organización en su conjunto. Contiene grupos formales e informales de poder, entre los que se cuentan principalmente agrupaciones profesionales, organizaciones gremiales y funcionarias, grupos de especialistas, etc.

«La actual legislación de los Servicios de Salud responde a una lógica profundamente centralista, que no permite responder a realidades de salud diversas o cambiantes y que no permite estimular de una manera adecuada a los mismos trabajadores del sector, propiciando la permanencia de los mejores en el Sistema. Ello explica la constante búsqueda de las reformas a los marcos legales reconociendo que existen también importantes trabas culturales que hacen que no se utilicen todas las herramientas disponibles para una mejor gestión incluso en el marco actual, para mejorar efectivamente la calidad de la atención. Esta línea de trabajo es de las más sensibles en la relación Sistema Público-Trabajadores, pues muchos de los cambios propuestos son percibidos por éstos últimos como amenazas a la estabilidad laboral y al Sistema mismo.» (Barría, 1998:9)

#### 4.4.2 Regulación de relaciones laborales en el sector privado de salud

El rápido crecimiento del sector privado prestador de servicios de salud, al amparo de las reformas estructurales impulsadas durante el régimen militar, ha generado nuevos empleadores que «compiten» por atraer los mejores trabajadores y profesionales de la salud. Si bien las remuneraciones no son tan distintas entre ambos segmentos del mercado laboral, en el sector privado se pueden observar mejores condiciones de trabajo, incluyendo insumos, uniformes, edificación y otros, mientras que en el sector público la inversión en este ámbito está rezagada.

Por otro lado, aún persiste el ejercicio liberal autónomo de la profesión médica, así como la de odontólogos y otros profesionales y técnicos, los que se podrían calificar de auto-empleados, independientemente del arreglo legal que estos asuman para facilitar su práctica privada.

Como ya se ha expresado, no se cuenta con información sistemática sobre las dotaciones de profesionales y trabajadores de la salud que laboran en el sector privado o por cuenta propia en Chile.

Las clínicas y otras instituciones privadas que proveen servicios de salud funcionan como cualquier empresa privada, sujeta a las regulaciones laborales que proporciona el Código del Trabajo.

Entre otros aspectos sustanciales, el Código del Trabajo regula las formas de contratación, estipula una jornada máxima de 48 horas semanales, obliga a la concesión obligatoria de un feriado legal (vacaciones) de 15 días hábiles anuales a partir de un año de trabajo acumulado, permite el despido por causales tan genéricas como «necesidad de la empresa», establece las causales y procedimiento de término del contrato de trabajo, consagra el derecho a la asociación sindical y a la negociación colectiva. Las faltas a estas leyes pueden ser denunciadas a la Dirección del Trabajo, organismo fiscalizador dependiente del Ministerio del Trabajo, para que se impongan las sanciones del caso.

En general, con respecto a las formas de contratación, la empresa privada puede emplear en Chile con Contrato de Trabajo indefinido (en cuyo caso el empleado pasa a ser trabajador dependiente) que genera determinados derechos previsionales para el empleado (aunque en verdad es el empleado el que financia a través de su sueldo las cotizaciones previsionales de salud y jubilación mensualmente), otorga derecho expreso a vacaciones y genera la obligatoriedad de que la empresa indemnice al empleado en caso de despido; en caso de renuncia el empleado no tiene derecho a esta indemnización. La otra forma, aunque no se puede utilizar formalmente para desempeños de labores habituales de las empresas, ni para empleados que están insertos en una determinada jerarquía y/o que deben cumplir determinados horarios; es la contratación mediante «honorarios», caso frecuente en el desempeño liberal de las profesiones, y que no obliga a empleador o cliente a ninguna responsabilidad previsional con el prestador del servicio. En ambos casos, la remuneración se pacta generalmente en negociación individual, sobre todo en el

caso de los profesionales, considerando una combinación de renta de mercado, experiencia y responsabilidad del trabajo en cuestión.

Como requisito de entrada a la práctica en el sector salud, no existen más que los que dispone la ley (en cuanto a contar con el título del profesional correspondiente) y los que deriven de los términos del contrato privado. Con respecto al ejercicio profesional en salud, éste se habrá de desenvolver en consistencia a las funciones y límites que impone el Código Sanitario de Chile.

Con la maduración del sistema privado de la salud en Chile, ha comenzado a generarse el fenómeno de la expansión de las actividades de las que eran tradicionalmente aseguradoras privadas hacia el campo de la salud administrada (HMO's). El funcionamiento incipiente de estas nuevas empresas implicarían por ejemplo que los asegurados en determinada ISAPRE obtienen descuentos especiales por utilizar las dependencias clínicas ambulatorias y/o de internamiento que son propiedad de la ISAPRE o con las cuales la ISAPRE tiene convenio de prestación de servicios preferenciales. En este sistema, se están contratando médicos, enfermeras, matronas, tecnólogos médicos, dentistas y otros; bajo una serie de modalidades de contratación de máxima flexibilidad y eficiencia (pago per cápita, pago por prestación, pago por resolución de problema, entre otros). Es muy temprano aún para poder establecer una evaluación de estos sistemas sobre la calidad, oportunidad, costo y rentabilidad privada de estas dinámicas, pero es importante que el sistema de regulación del personal de salud se haga cargo de estas dinámicas emergentes en nuestro país.



# 5. Actores Relevantes de la Regulación del Personal de la Salud

Es importante que los sistemas de regulación del personal de salud avancen con la participación y el compromiso de los actores que son protagonistas del sistema de salud en cada país. En este sentido, se hace necesario realizar un trabajo de socialización de elementos tanto conceptuales como metodológicos, con miras a hacer más efectivo el trabajo de avance de la regulación como instrumento para el logro de objetivos claros y precisos.

Uno de los importantes hallazgos de este estudio es que en general existe un alto nivel de desconocimiento y heterogeneidad de interpretaciones conceptuales y de contenido sobre el tema en cuestión.

Es importante reconocer que el principal actor en el tema, hacia cuya seguridad y calidad de vida están directamente dirigidos los esfuerzos regulatorios sobre el personal de salud, está constituido por los usuarios de ambos sistemas de salud. Sin embargo, en la actualidad éste importante actor se encuentra atomizado. En nuestro país no contamos con organizaciones que representen los intereses de los usuarios de los servicios públicos y privados de salud. Por esta razón, se adolece de una caracterización de un actor protagónico en los procesos de provisión de la salud, y por ende, no se puede sistematizar exhaustivamente la demanda de regulación que pudiese éste tener.

El actor regulador central es la División de Recursos Humanos del Ministerio de Salud de Chile, cuyo trabajo ya fue analizado en el capítulo 3.

Otros actores relevantes para el tema en cuestión, en razón de su tamaño relativo y por los trabajadores que representan son, el Colegio Médico de Chile, Colegio de Enfermeras de Chile, Colegio de Cirujanos Dentistas, Colegio de Matronas, Colegio de Químico-Farmacéuticos, otros colegios del ámbito de la salud, FENPRUSS (Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud), CONFUSAM (Confederación Nacional de Funcionarios de la Salud Municipal), CONFENATS (Confederación Nacional de Trabajadores de la Salud), Colegio de Técnicos Paramédicos, Asociaciones Científicas de Especialidades, ASOFAMECH, CONACEM y CONACEO.

El recuadro 5.1 pretende sistematizar una clasificación funcional de los principales actores en el tema regulatorio de recursos humanos de salud, y debido al interés de simplificar el panorama, no constituye la totalidad del fenómeno de los actores.

El siguiente inventario de actores está realizado con la contribución de los propios actores, y se basa en información proporcionada por éstos a lo largo del trabajo de investigación, entrevistas e intercambio de opiniones con los mismos.

## **5.1 Colegios Profesionales y Técnicos de la Salud**

### **5.1.1 Colegio de Enfermeras de Chile**

Esta sección se elabora a partir de la contribución del Colegio de Enfermeras de Chile.

En Chile existe una clara distinción entre el personal de enfermería de nivel universitario (Profesional Enfermera) y el que labora como auxiliar. La carrera profesional de enfermería tiene una larga tradición, desde 1906, o sea unos 93 años de existencia. Su formación fue iniciada por los hospitales públicos de la época.

La formación de enfermeras profesionales se realiza actualmente en 13 Escuelas de Enfermería de distintas Universidades, con planes de estudios de 10 semestres de duración, obteniéndose el grado de Licenciada en Enfermería y el título profesional de Enfermera. Más del 80% de las Escuelas que imparten la carrera de Enfermería pertenecen a Universidades denominadas tradicionales, cuya propiedad es pública o privada, pero en cualquier caso, con importantes aportes financieros del Estado.

El primer antecedente de organización de enfermeras lo constituye la Asociación de Enfermeras Universitarias creada en el año 1938, como persona jurídica de derecho privado, a la cual pertenecían solamente aquellas enfermeras quienes voluntariamente hubieren firmado sus registros.

Esta organización es sustituida con la creación del Colegio de Enfermeras de Chile, mediante la ley 11.161, promulgada el 20 de febrero de 1953. Se trataba de una corporación de Derecho Público, a la cual debían pertenecer todas las enfermeras del país, para poder

**RECUADRO 5.1**  
**TAXONOMIA DE LOS ACTORES RELEVANTES**  
**PARA LA REGULACION DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD**

<b>Tipo de Organización</b>	<b>Función principal</b>	<b>Incluye entre otros a</b>
Usuarios sistemas público y privado de salud	Reciben las atenciones de salud de calidad, en forma oportuna, informada y con cautela de su integridad física y emocional.	No existen organizaciones relevantes de usuarios de la salud a la fecha.
Reguladores	Regular distintos ámbitos  Fiscalizar el marco regulatorio	MINSAL MINEDUC Ministerio de Hacienda SEGPRES/ Of.Modernización Estado
Controladores	Controlan el cumplimiento marco legal y presupuestario del sector público Sanciona incumplimiento legislación expost	Contraloría General de la República  Poder Judicial
Legisladores	Realizan y desarrollan los marcos jurídicos de la regulación	Cámara de Diputados Senado Comisión de Salud y Comisión de Hacienda en ambas Cámaras
Colegios Profesionales y Técnicos	Velan por el desarrollo profesional y técnico de sus afiliados. En la práctica, cumplen funciones de asociación de funcionarios.	Colegio Médico, Colegio de Enfermeras, Colegio de Matronas, Colegio de Nutricionistas, Colegio de Químico-Farmacéuticos y Bioquímicos, Colegio de Odontólogos, Colegio de Kinesiólogos Colegio de Tecnólogos Médicos, Colegio de Técnicos Paramédicos, Colegio de Psicólogos, Colegio de Asistentes Sociales, Colegio de Terapeutas Ocupacionales, y otros.
Asociaciones de funcionarios	Impulsan mejoras en relaciones laborales para sus afiliados	CONFENATS CONFUSAM FENPRUSS FENTESS
Autoacreditadores	Impulsan acreditación de diversa índole en forma autónoma	CONACEM CONACEO Universidades
Asociaciones corporativas	Impulsan desarrollo de funciones formativas y/o del ejercicio	ASOFAMECH Consejo de Rectores Consejo de Universidades Privadas

ejercer la profesión. Su finalidad fijada en el artículo N° 3 de la Ley, era representar a las enfermeras del país frente a los poderes públicos e internacionalmente. Estaba investida de atribuciones disciplinarias para el buen ejercicio y desarrollo de la profesión.

Con posterioridad a la promulgación de la Ley 1.161, se dicta el 19 de agosto de 1954 el Reglamento Orgánico del Colegio de Enfermeras donde se establece la organización y funcionamiento de la entidad de derecho público, las normas del ejercicio de la profesión, los registros, la administración del Patrimonio del Colegio, de los Presupuestos y cuotas, de las Elecciones, de la organización y atribuciones de los Consejos (General y Regionales), de las funciones de la Presidenta, Vicepresidenta, Secretaria General y Tesorera; y de las Medidas Disciplinarias (Título X), entre sus Títulos principales.

El año 1979, la Junta Militar de Gobierno, dicta el decreto Ley N° 2.757, sobre Asociaciones Gremiales, disposición que se modifica y complementa en febrero de 1980, estableciendo en su artículo 1° lo siguiente: Son asociaciones gremiales las organizaciones constituidas en conformidad a esta ley que reúnan persona naturales, jurídicas o ambas con el objeto de promover la racionalización, desarrollo y protección de las actividades que les son comunes en razón de su profesión, oficio o rama de la producción o de los servicios y de las conexas a dichas actividades comunes. Estas asociaciones no podrán desarrollar actividades políticas ni religiosas.

94

Como ya se ha visto, en virtud de este decreto Ley, los Colegios Profesionales dejaron de ser Corporaciones de Derecho Público, con las prerrogativas que ello significaba.

El Colegio de Enfermeras, se constituye el 28 de abril de 1981, en sesión extraordinaria, para conocer y aprobar el Proyecto de Estatutos del Colegio de Enfermeras de Chile, Asociación Gremial, cuyas implicaciones más relevantes y lesivas para la profesión son la no obligatoriedad de la afiliación y por tanto la grave limitación de sus atribuciones en cuanto a cautelar el ejercicio profesional

A nivel internacional el Colegio pertenece al Consejo Internacional de Enfermeras, CIE desde el mismo año de su creación y es miembro fundador de la Federación Panamericana de Profesionales de Enfermería.

Desde 1965, el Colegio de Enfermeras edita la Revista Enfermería, órgano oficial del Colegio y que ha aparecido ininterrumpidamente por más de treinta años. Se distribuye a todas las enfermeras colegiadas y se realiza intercambio con otras publicaciones nacionales e internacionales.

Con el retorno a la democracia, el Colegio de Enfermeras planteó en su agenda central:

- política justa de remuneraciones
- carrera funcionaria. Hoy en día no hay incentivos significativos, ni estructura que permita retribuir adecuadamente la excelencia y el compromiso de las enfermeras.
- formación continua calificada

- definición de la estructura de enfermería dentro de los servicios de salud, incluyendo al sector municipal
- Acreditación de experticia de las enfermeras.
- Regulación sobre los planes de formación de las enfermeras universitarias: que implique un plan de 10 semestres con ciencias sociales y área profesional (teórico e internado).

En 1993, como producto de un Proyecto apoyado por la Asociación de Enfermeras de Canadá se crea un Centro Nacional de Documentación y cuatro subcentros regionales, todos los cuales son equipados con tecnología adecuada para el cumplimiento de los objetivos de recopilación y difusión de material bibliográfico, revistas y publicaciones del mundo científico, social y de organismos no gubernamentales en general.

Desde su creación el Colegio ha realizado un total de 13 Congresos Nacionales, siendo el último el XIII, llevada a cabo en la ciudad de Arica en 1998.

Actualmente, el Colegio cuenta con una afiliación aproximada de 3.000 profesionales en el país.

Organización Interna del Colegio de Enfermeras (de acuerdo con los estatutos vigentes)

CONSEJO NACIONAL, constituido por las Presidentas/es de los 13 Consejos Regionales y el Directorio Nacional. Es el máximo organismo de forma de decisiones y el que formula las políticas de la organización

DIRECTORIO NACIONAL, es la instancia ejecutiva nacional, conformada por 11 miembros, todos con residencia en Santiago.

### **5.1.2 Colegio Médico de Chile**

Esta sección se resume a partir de información oficial del Colegio Médico.

El Colegio Médico de Chile es una organización gremial que desde hace 50 años agrupa a los médicos del país y canaliza sus intereses. Se funda en 1948, con el objeto de velar por el perfeccionamiento, la protección, el desarrollo y la racionalización de la profesión de Médico Cirujano.

Como ya se ha visto, a partir de 1973, la Orden perdió progresivamente injerencia en la formulación de las políticas de salud, hasta que en 1981, por Decreto Ley, perdió su calidad de Corporación de Derecho Público, quedando convertida en Asociación Gremial, dependiente para su funcionamiento del Ministerio de Economía.

Con las nuevas disposiciones, el Colegio Médico dejó de tener importantes atribuciones, como la obligatoriedad de la inscripción de los profesionales en el gremio, sus facultades de dictar sus aranceles médicos y la tuición ético-profesional de los colegiados.

Para afiliarse al Colegio como socio activo, el médico debe cumplir algunos requisitos:

1. Poseer el título de médico cirujano.
2. Presentar un formulario de solicitud ante el Consejo Regional de su residencia.
3. Comprometerse a pagar las cuotas sociales y a cumplir los Estatutos, Reglamentos y Código de Ética del Colegio y acatar los acuerdos de la Asamblea General, Consejo General y los Consejos Regionales.

Por otra parte, la calidad de miembro afiliado al gremio se pierde por renuncia voluntaria, mora superior a un año en el pago de las cuotas sociales o por expulsión del gremio, previo juicio del Consejo de Ética de la Orden.

La materialización de los objetivos del Colegio está a cargo del Consejo General, residente en Santiago, y de los diecisiete Consejos Regionales que funcionan en Arica, Iquique, Antofagasta, Copiapó, La Serena, Valparaíso, Santiago, Rancagua, Talca, Chillán, Concepción, Temuco, Valdivia, Osorno, Puerto Montt, Coyhaique y Punta Arenas.

El Consejo General del Colegio Médico es el órgano encargado de resolver la aceptación o rechazo de las solicitudes de ingreso al gremio. El Consejo General está integrado por 23 Consejeros, seis designados por el Consejo Regional Santiago, tres por el de Valparaíso, dos por el de Concepción y uno por cada uno de los demás Consejos Regionales del país. En su primera reunión elige -de entre sus miembros- una Mesa Directiva formada por un Presidente, un Primer Vicepresidente, un Segundo Vicepresidente, un Tercer Vicepresidente, un Cuarto Vicepresidente, un Secretario General, un Tesorero y un Prosecretario.

Los Consejos Regionales están constituidos por cinco miembros con excepción de los de Santiago, Valparaíso y Concepción que tienen nueve, siete y siete, respectivamente.

Los Consejeros Regionales o concejales, son elegidos por los médicos inscritos en la jurisdicción respectiva, en votación personal y secreta; duran cuatro años en sus cargos y se renuevan por parcialidades cada dos años, igual que los Consejeros Generales.

### **5.1.3 Colegio de Matronas de Chile**

Esta sección se elabora a partir de información suministrada por el Colegio de Matronas.

El Colegio de Matronas de Chile fue creado por la Ley N° 14.895 del 31 de agosto de 1962, que reguló el ejercicio de la profesión como entidad de Derecho Público hasta 1982, fecha en que todos los Colegios Profesionales fueron transformados en Asociaciones Gremiales de Derecho Privado, con funciones principalmente gremiales, dejando de ser obligatoria la colegiatura para ejercer la profesión en el país.

La definición de Matrona formulada por el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud en 1966, fue mundialmente reeditada en 1992, pues se ajusta perfectamente a las funciones de la Matrona chilena en relación con la madre, el niño, la familia y la comunidad.

La profesión de Matrona surge en los albores de la República, al crearse la primera Escuela de Obstetricia dependiente de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, el 16 de julio de 1834, a sólo un año de la creación de la Escuela de Medicina, bajo la dirección del destacado médico francés Prof. Dr. Lorenzo Sazié. El objetivo de su creación fue dar solución al apremiante problema de la desatención de las parturientas en el país, con gran mortalidad.

Desde 1913 se incorpora a la formación de Matronas la enseñanza de la Puericultura, actual Neonatología.

En 1952 se creó el Servicio Nacional de Salud, antecesor del actual Sistema de Salud en Chile, con un enfoque doctrinario profundo en torno al reconocimiento del grupo familia como una entidad médico-social básica, afianzándose el rol de la Matrona al ampliar su acción desde el hospital hacia los consultorios periféricos y a la comunidad.

A medida que han ido surgiendo necesidades de salud en el área Materno Perinatal y de Salud de la Mujer, el rol de la Matrona ha evolucionado desde lo puramente reproductivo en el criterio de los 60, con acciones de planificación de la familia como respuesta a la mortalidad de mujeres por aborto y a hijos no deseados y a la de los 80, en que a la mujer se le reconoce como un individuo integral con derechos sexuales y reproductivos. Finalmente los cambios sociodemográficos con expectativas de vida para las mujeres sobre los 80 años, han hecho avanzar el rol de la Matrona a la prevención de factores de riesgo de enfermedades crónicas y los cánceres femeninos (de útero y mama).

A juicio del Colegio, la complejidad del actual rol de la Matrona no ha sido considerada por el Ministerio de Salud para sus estimaciones de este recurso humano, lo que ha provocado diversas inequidades en su trato contractual, de capacitación en servicio y de progresión como funcionario, pues se le sigue midiendo sólo por el indicador «tasa de natalidad» o «número de partos».

A lo anterior se suma el que exista una planta de profesionales única en que entran a competir un mayor número por avanzar en sus expectativas de Carrera Funcionaria, los efectos derivados de un muy imperfecto Sistema de Calificaciones en que el único indicador objetivo son las inasistencias y los atrasos. Esto ha provocado además, la irregularidad de mantener los «Turnos de Llamada» y la negación de derechos adquiridos por Ley de Urgencia o de trabajo en Unidades Críticas. Este defecto lo sufren las Matronas por ser un profesional que se dedica a la atención pública directa a las pacientes y tener la mejor correlación entre población del país por regiones y distribución de estas profesionales.

El Colegio calcula que deben existir actualmente unas 5.000 matronas en el país, de las cuales, están afiliadas al Colegio unas 2.300, observándose mayor reticencia a la colegiación por parte de las recientes tituladas de la universidad.

## Organización

En la actualidad, en el Colegio Profesional tiene 20 Consejos Regionales a lo largo de todo el país, con un total de 2.300 Matronas colegiadas.

Además de ser miembro de la Confederación Internacional de Matronas, con sede en Londres, forma parte también de la Federación Interamericana de Obstetricia (F.I.O.).

El Colegio de Matronas forma parte del Consejo Consultivo Nacional de Salud, a nivel del Ministerio de Salud, donde junto a otras entidades de la vida nacional, ha sido convocado para emitir su opinión sobre el Modelo de Atención de Salud para Chile, y ahora se encuentra analizando el financiamiento para este Modelo y los recursos humanos que necesita.

Integra además el Comité Asesor de Análisis y Estudios del Fondo Nacional de Salud, llamado a opinar sobre el Plan de Acción Estratégico, criterio de asignación de los fondos para prestaciones y modificaciones orgánicas del FONASA.

De acuerdo al Colegio, la falencia de indicadores adecuados para determinar las necesidades de recursos humanos, genera las siguientes problemáticas:

- Otorgar grados preferenciales que pasan por encima de los años de servicio para atraer al Servicio Público a profesionales que no lo hacen espontáneamente.
- Generar estímulos con el mismo fin, ofreciendo especialidades que ya están cubiertas por Matrona como la Neonatología y la Ginecología.
- Centrar el perfeccionamiento profesional solamente en el ámbito administrativo, en detrimento de lo que debe ser la preocupación esencial de un Ministerio de Salud, que es mantener a su recurso humano con la más elevada capacitación clínico-asistencial.

Las funciones de la Matrona están reguladas por diversos cuerpos legales como el Código Sanitario (desde 1930), el Código Civil y Penal y Resoluciones y Normativas de los Ministerios de Salud y del Trabajo.

De las 5.000 Matronas, 800 ejercen en el sector municipal y más de 3.000 lo hacen dependiendo de servicios públicos y privados.

## Logros obtenidos por el Colegio de Matronas desde 1995 a la fecha.

De acuerdo al Colegio, una muy favorable relación establecida con los Ministros Massad y Figueroa y con la Oficina de Asuntos Laborales del Ministerio de Salud, contribuyeron para que el Colegio de Matronas de Chile alcanzara logros relevantes largamente buscados:

1. Modificación del Código Sanitario, en el sentido de actualizar el rol de la Matrona legalmente.
2. Creación de una Estructura Funcionaria de Matronería en los hospitales públicos, con la finalidad de perfeccionar los Servicios de Matronería en ellos.
3. Incorporación de nuevas Prestaciones en la Modalidad de Libre Elección del Fondo Nacional de Salud-FONASA.
4. Nombramiento de una Matrona en la Secretaría Regional Ministerial de Salud de la Región Metropolitana.

### **5.1.4 Colegio de Nutricionistas**

La creación del Colegio de Nutricionistas se publicó en el Diario Oficial el 25 de noviembre de 1980. Actualmente, el Colegio de Nutricionistas cuenta con una afiliación de 1505 socios. En su último congreso participaron un total de 1588 profesionales de todo el país.

La carrera de nutricionista se realiza en 10 semestres académicos, recibiendo el título profesional de Nutricionista y el grado académico de Licenciado en Nutrición. Cabe señalar que a la fecha sólo la Universidad de Chile imparte en Santiago esta carrera, y a partir de Marzo próximo lo hará la Universidad Mayor, entidad académica que impartirá esta carrera siempre bajo la dirección de la Facultad de Medicina.

En la actualidad organismos internacionales, entidades científicas, gobierno y comunidad en general, han reconocido el importante rol que juega la alimentación en la salud del ser humano. Principalmente hoy cuando las causas de enfermedades crónicas no transmisibles en que la dieta es uno de los factores desencadenantes de ellas. (Enfermedades Cardiovasculares, dislipidemias y cáncer entre otras).

El Colegio de la Orden tiene entre sus objetivos no sólo velar por los intereses gremiales de sus afiliados, sino también promover su continuo perfeccionamiento, particularmente en aquello relativo con la acción gerencial en el campo alimentario-nutricional y sensibilizar a las autoridades y comunidad en general sobre la problemática alimentaria vigente. Concordante con ello anualmente se realizan encuentros científicos alternando cada año Congreso y Jornada, es así como el Colegio de la Orden ya ha planificado se 12º encuentro y 6º Congreso para los días 4,5 y 6 de Mayo del próximo, bajo el lema «Variedad y Equilibrio, Pilares en la Nutrición del Nuevo Milenio».

A ello se suman diversas actividades que se realizan durante el año con los medios de comunicación: TV, radio y prensa en que se promueve la adopción de estilos de alimentación saludables.

### 5.1.5 Colegio de Técnicos Paramédicos de Chile

La organización que agrupa a los técnicos paramédicos (auxiliares y/o técnicos de enfermería, radiología, laboratorio, farmacia y urgencias) en relación a su desarrollo técnico, es el Colegio de Técnicos Paramédicos de Chile, A.G, fundado el 6 de julio de 1991 (antes existían otras organizaciones), instancia que busca organizar e impulsar el trabajo de sus asociados, los que incluyen unos 10.000 funcionarios de nivel técnico y auxiliar de la salud de los ámbitos SNSS, Municipios y clínicas privadas, de los cuales unos 4.000 son de la Región Metropolitana.

Desde la década del 50 se empieza a capacitar personal para atender a los enfermos, que en un principio se llamaban enfermeros, y luego practicantes (formados por la Escuela de Salud Pública). Con la profesionalización de la enfermería, los antiguos practicantes se transforman progresivamente en «auxiliares de enfermería».

El 22 de marzo de 1978 se dicta el DL 2147, que habilita a los auxiliares de enfermería para ejercer su actividad: «Artículo 1º: Declárase que la actividad de auxiliar de enfermería está comprendida entre las profesiones auxiliares a que se refiere el inciso segundo del artículo 112 del Código Sanitario». En este mismo decreto se estipulan los requisitos para que los auxiliares puedan tener tal calidad, a saber, haber cumplido con un curso desarrollado por los servicios o por una institución autorizada del MINSAL, y contar con un certificado de la autoridad sanitaria que reconozca la calidad de auxiliar de enfermería, una vez completado el curso. El reglamento respectivo se publica el 16 de octubre de 1978, en el Decreto N° 261 del MINSAL: «Denominase Auxiliar de Enfermería a la persona que haya aprobado el curso de Auxiliares de Enfermería» realizado en algún establecimiento del Servicio Nacional de Salud, de las Fuerzas Armadas o de Carabineros de Chile, o en instituciones públicas o privadas que cuenten con autorización especial del Ministerio de Salud para este efecto; esté en posesión del certificado correspondiente y se encuentre inscrita en el Rol de Auxiliar de Enfermería que mantiene la autoridad sanitaria correspondiente.

Con la dictación del Estatuto Administrativo (Ley 18.834), los auxiliares paramédicos quedan en la planta de Técnicos y por tal motivo, los Servicios de Salud tuvieron que adecuar sus plantas a lo dispuesto en el artículo 5º del Estatuto Administrativo.

## 5.2 Organizaciones laborales y sindicatos de la salud

### 5.2.1 FENPRUSS (Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud).

Esta sección se elabora a partir de información suministrada por la FENPRUSS.

La FENPRUSS nació el 17 de noviembre de 1995 con 11 Asociaciones como fundadoras. Hoy las Asociaciones constituidas son alrededor de 50, a lo largo del país y con varios

establecimientos en vías de constituirse. La FENPRUSS tiene aproximadamente 5.000 afiliados, que representa la mitad de los profesionales que trabajan en el sistema público.

La prioridad en estos primeros años ha sido la de tener un permanente crecimiento, y ganar espacios como interlocutores válidos ante el Gobierno a través del MINSAL, así como ganar espacios entre sus pares gremiales tanto en el sector Salud como del Sector Público. En todos estos ámbitos, la FENPRUSS es reconocida como un importante referente que representa a los Profesionales del Sector Público de Salud.

Los temas que hoy preocupan a la Federación y en los cuales tienen varias Comisiones trabajando son: La Carrera Funcionaria, la Ley del Trabajo Pesado, la Ley de Urgencia, el Sistema Previsional, la situación Financiera y Presupuestaria de los Hospitales, el Mejoramiento del Entorno Laboral, Modificaciones al Reglamento de Calificaciones, la Mesa del Sector Público.

Para lograr éxito en estos temas urge aumentar la base de sustentación de esta Federación, por consiguiente aspiraran a tener más del 80% de los profesionales del sector como asociados a ésta.

También se han preocupado del desarrollo interno de la Federación, principalmente en base a las comunicaciones, con la publicación de una Revista que es editada semestralmente y también con la implementación de correo electrónico vía Internet. La capacitación de sus dirigentes es una preocupación permanente y en este sentido se realizan anualmente de 2 a 3 talleres con temas que recogen las necesidades de perfeccionamiento que requieren los dirigentes de hoy.

Adicionalmente, la Federación ha ganado espacios y realizado un trabajo mediante las Asociaciones Base, invitando y estimulando su conformación para que estas puedan contribuir con su aporte para el mejoramiento de las condiciones de trabajo de los trabajadores profesionales de la salud.

### **5.2.2 FENTESS (Federación Nacional de Técnicos Paramédicos de los Servicios de Salud).**

Esta sección se elabora con información suministrada por FENTESS.

Las organización de los técnicos paramédicos en relación a los temas gremiales se realiza desde la FENTESS (Federación de Técnicos de los Servicios de Salud), que se preocupa de impulsar las reivindicaciones de tipo gremial de los paramédicos de los Servicios de Salud. Esta federación se genera articulando las asociaciones de funcionarios paramédicos de los distintos hospitales del sector público. Surge, como muchas otras asociaciones de funcionarios, amparada en la Ley 19.296 que regula las asociaciones de funcionarios públicos, dentro de las cuales se garantiza el fuero sindical. Los afiliados a FENTESS serían unos 3.000.

FENTESS estima que en el país existen unos 56.000 técnicos paramédicos, de los cuales unos 23.000 trabajan en el SNSS, unos 6.600 en los Municipios y el resto en el sector privado, presumiblemente.

No se reporta el desempleo de dicho personal como un problema en la actualidad. A partir de la conformación de las cinco Plantas en los Servicios de Salud, los auxiliares de enfermería quedaron en el año 1990 en la Planta de Técnicos; abriéndose un camino de respaldo legal para valoración de su trabajo y su diferenciación cualitativa respecto a otro personal de apoyo que no realiza funciones propiamente sanitarias (como limpieza, estafetas, choferes, etc.).

No obstante, en el ejercicio en los consultorios municipales de Atención Primaria, en vez de existir 5 hay 6 plantas puesto que existen los «Técnicos en Salud» (donde se agrupan a los auxiliares de enfermería) y los «Técnicos de Nivel Superior» (Técnicos en Enfermería de Nivel Superior).

En cuanto a las relaciones laborales, en el sector público del SNSS, los paramédicos ingresan normalmente en grado 24 y pueden ascender en la carrera funcionaria hasta el grado 16 (si sólo son auxiliares) o hasta el grado 12 si son técnicos de nivel superior.

De acuerdo al Colegio, con respecto a las remuneraciones, una persona que recién se integra, con grado 24 y sin hacer turnos, recibiría un sueldo de \$110.000 líquidos, mientras que una persona con grado 19, después de 30 años de servicio, haciendo turnos, recibe mensualmente unos \$190.000 líquidos.

Las remuneraciones en el sector privado son similares, pero sin duda se observan mejores condiciones de trabajo y clima laboral, y beneficios marginales.

### **5.2.3 CONFENATS**

#### **(Confederación Nacional de Trabajadores de la Salud)**

La Confederación Nacional de Trabajadores de la Salud cuenta con unos 30.000 afiliados de un total aproximado de 59.000 trabajadores de la salud en todo Chile. Agrupa a trabajadores profesionales y no profesionales que laboran en los Servicios de Salud, como son los tecnólogos médicos, nutricionistas, enfermeras, paramédicos, administrativos y auxiliares, secretarías, choferes, gásters, caldereros, electricistas, etc.

Las autoridades se eligen en la organización por voto universal. La CONFENATS agrupa a federaciones regionales de trabajadores de la salud. En la Región Metropolitana laboran unos 15.000 trabajadores de la salud en los Servicios, siendo la población de socios afiliados a la Federación Metropolitana aproximadamente de 7.000 trabajadores.

La FENATS RM es una de las agrupaciones de trabajadores de la salud más antiguas, desarrollando su trabajo a partir de 1953, cuando se funda también el Servicio Nacional de Salud. En 1966, la FENATS comienza a trabajar como Federación Nacional y se convierte en actor protagónico del movimiento reivindicativo de los trabajadores de la salud.

#### **5.2.4 CONFUSAM (Confederación Nacional de Funcionarios de Salud Municipal)**

La CONFUSAM es una organización de los trabajadores de la salud municipal, que integra a profesionales y no profesionales del sector de atención primaria. Como el Estatuto de Atención Primaria rige las relaciones laborales de todo el personal de la salud municipal, incluyendo médicos y dentistas, en esta organización están asociados dichos profesionales, enfermeras, estamentos técnicos, administrativos, auxiliares, etc.

Surge de hecho en 1991, pero recién se legaliza en el año 1997, amparada en la Ley 19.296 (que regula la asociación de los empleados públicos).

De un universo de unos 20.000 trabajadores de la salud municipal, tiene asociados a unos 8.000.

### **5.3 Instituciones autoacreditadoras.**

#### **5.3.1 CONACEM (Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas)**

Esta sección se elabora con información suministrada por CONACEM.

Una de las instituciones que se han creado en el ámbito de la certificación es CONACEM. Es una corporación de derecho privado compuesta por representantes sectoriales relevantes (Facultades de Medicina, Sociedades Científicas, Colegio Médico de Chile, y un representante del Ministerio de Salud que sólo tiene derecho a voz). Como institución sin fines de lucro, comienza a trabajar en 1984, siendo su rol promover el uso de un sistema de certificación de especialidades médicas, de carácter voluntario<sup>28</sup>.

CONACEM adquirió personalidad jurídica en 1985. Tiene por objeto efectuar el reconocimiento de la competencia en determinados campos o áreas de ejercicio profesional, a los médicos cirujanos que así lo soliciten. Para ésto deben cumplir con los requisitos generales

<sup>28</sup> Con respecto a las limitaciones que tendría este sistema, se establece que al no ser de derecho público, la certificación que realizan es voluntaria, lo que no es suficiente para reguardar la calidad de la provisión de atenciones y seguridad de los usuarios. (N. d. A.)

y específicos requeridos para la certificación. CONACEM determina y actualiza las disciplinas, que a su juicio, ameriten ser certificadas como especialidades.

Cabe hacer mención que el Estado chileno no le ha asignado ni delegado formalmente a CONACEM las funciones acreditadoras de carácter oficial, por lo que el organismo desenvuelve sus funciones en base a un proceso realizado por pares y organismos autónomos relacionados.

Como el propio organismo establece, «la certificación es un proceso voluntario, en el sentido que ningún profesional está obligado a requerirla, y no excluyente, lo que establece la posibilidad que existan profesionales no certificados que ejerzan las diferentes especialidades médicas». Estar certificado, significa tener el reconocimiento formal de los organismos integrantes de CONACEM

Desde el inicio de sus funciones y hasta fines de 1999, CONACEM había ingresado 7269 casos que solicitaban certificación de especialidades médicas, habiendo otorgado 6072 certificados (86%), rechazado a 856 (11.8%), con un número de postulantes con evaluación pendiente de 341 (4.7%). La institución ha reconocido 41 especialidades: Anestesiología, anatomía patológica, cardiología, cirugía de tórax y cardiovascular, cirugía general, cirugía pediátrica, cirugía plástica y reparadora, cirugía vascular periférica, dermatología, endocrinología, endocrinología pediátrica, enfermedades respiratorias, enfermedades respiratorias pediátricas, gastroenterología, gastroenterología pediátrica, genética clínica hematología pediátrica, hematología, infectología, laboratorio clínico, medicina física y rehabilitación, medicina interna, medicina legal, medicina nuclear, nefrología, nefrología pediátrica, noematología, neurocirugía, neurología, neurología pediátrica, obstetricia y ginecología, oftalmología, ortopedia y traumatología, otorrinolaringología, pediatría, psiquiatría, psiquiatría infantil, radiología, reumatología, salud pública y urología.

### **5.3.2 CONACEO ( Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Odontológicas)**

Fue fundada en 1989, con Personalidad Jurídica obtenida en agosto de 1992. La Corporación se organizó en torno a la preocupación de los profesionales por establecer las especialidades y campos de acción de la odontología.

CONACEO es una organización privada, autónoma, constituida por el Colegio de Cirujanos Dentistas de Chile, las Facultades de Odontología de la Universidad de Chile, de Concepción y de Valparaíso, y las Sociedades Científicas, para efectuar la certificación de las especialidades en Odontología. Su Directorio está conformado en tercios iguales por el Colegio de Dentistas, las Sociedades Científicas y las Facultades de Odontología.

Los profesionales que se someten al proceso de certificación de especialidades lo efectúan voluntariamente, por lo que ningún profesional está obligado a solicitarla, y no constituye requisito de ingreso al ejercicio que sea jurídicamente obligatorio en el territorio de Chile.

CONACEO certifica el reconocimiento como especialista por un período válido de 5 años. La acreditación se realiza ante comisiones de especialistas designados por las Facultades y por las Sociedades Científicas. En los casos de dudas, se somete al postulante a examen. Asimismo, el postulante que no obtiene certificación, tiene derecho a una apelación ante una comisión especial.

Hasta la fecha, CONACEO reconoce y ha otorgado certificación de especialista en las siguientes áreas de la odontología:

- Cirugía y traumatología maxilo facial
- Endodoncia
- Patología buco máximo facial
- Odontología restauradora con mención en operatoria dental
- Odontopediatría
- Ortopedia Dento Maxilar
- Radiología Dento Maxilo Facial
- Rehabilitación Oral y Máximo Facial con mención en prótesis
- Salud Pública
- Periodoncia
- Odontología Legal

Desde 1992 hasta abril de 1999, CONACEO ha realizado 547 certificaciones de especialidades acreditadas, lo que constituye aproximadamente un 10% de los profesionales odontólogos, habiendo sido rechazadas a la fecha unas 135 postulaciones.



# 6. Foro abierto. Los Actores Definen su Demanda de Cambio Regulatorio

A continuación se realiza una sistematización de las demandas de los actores gubernamentales, formadores, autoreguladores, gremios, colegios, organizaciones laborales y otros. Esta información ha sido aportada por los propios actores referidos. En este sentido, se realizó en Santiago un seminario donde fueron convocados los representantes de dichas instituciones, y a posteriori se realizaron varias presentaciones e intercambio de información con los actores que así lo solicitaron.

Los textos que se presentan han sido elaborado mayoritariamente por las organizaciones de la salud. El resultado de las conversaciones sostenidas se sistematiza en este foro, apenas editado en lo formal, como forma de cautelar la apertura de este documento a las visiones, opiniones y propuestas de cambio de los actores. Sin embargo, las secciones 6.1 y 6.5 son de autoría propia. En el resto de las secciones, cuando han sido necesarias precisiones técnicas, éstas se realizan a pie de página con la debida referencia autorial.

## **6.1 Demanda implícita desde la percepción de los usuarios.**

El principal actor de la regulación del personal de salud, que es el usuario de los servicios de salud tanto pública como privada, no está organizado como tal.

Debido a esto, esta sección se estructura a partir de la percepción general de los usuarios

sobre la prestación de salud en ambos sistemas, y de ahí se derivan las demandas implícitas de cambio regulatorio. La percepción de los usuarios se sistematiza a partir de las variadas y frecuentes encuestas de opinión realizadas en el país y de las entrevistas realizadas a los actores y expertos.

La percepción de los usuarios de ambos sistemas de salud no siempre es coincidente con los elementos objetivos que se refieren a los estándares de productividad, oportunidad o efectividad de las prestaciones. Sin embargo, es importante caracterizar cómo ven los usuarios los dos sistemas de salud en relación a las prestaciones, porque al menos en lo que compete a la calidad de los recursos humanos, puede ser importante manejar esta información como elemento para la comprensión de las dinámicas de regulación y desregulación.

En general se puede establecer que desde el punto de las prestaciones, la percepción de los usuarios es que existen dos sistemas de salud, en que las personas de mayores recursos económicos se atienden en clínicas privadas accediendo a prestaciones de calidad y la población más pobre y necesitada tiene que recurrir al sistema público de salud donde va a ser atendida de forma lenta, burocrática y con menor calidad de atención<sup>29</sup>. Así, la población en general percibe que los sectores pudientes logran «comprar» mejor calidad y libertad de elección, mientras los más pobres se deben resignar, como si fuesen receptores de una beneficencia gratuita, al funcionamiento de un sistema público donde los usuarios son generalmente objeto de un trato impersonal y poco amable.

La percepción de los usuarios es que en el sector privado prestador procedimientos estandarizados y la puesta en práctica más sistemática de los principios modernos de la administración y operaciones centradas en la satisfacción del cliente. Esta percepción que hacen los usuarios es una extensión de la imagen de la calidad técnica y de infraestructura de las mejores clínicas del país hacia la totalidad del sector. En realidad existe una fuerte heterogeneidad tanto en la calidad de las prestaciones como en las condiciones de infraestructura y de hotelería que presenta el sector privado. En general, se puede decir que existe un buen nivel de satisfacción de los usuarios del sistema privado prestador, pese a que éste se encuentra disminuyendo, en particular por falta de cobertura.

El perfil socioeconómico diferente de los usuarios del sector público y privado de salud determina la existencia de una mayor asimetría en la relación que se genera entre el médico tratante y el usuario/cliente, toda vez que los usuarios de los servicios públicos de salud muestran un menor nivel de información y capacidad de interlocución con el personal de salud.

Por otra parte, la insatisfacción que el sistema público de salud genera en sus usuarios trasciende la obvia insuficiencia de recursos y las limitaciones existentes para realizar una

<sup>29</sup> Es necesario establecer que aunque durante la dictadura militar la base tecnológica e infraestructural de prestaciones del sistema público se vio severamente comprometida por el desfinanciamiento, actualmente existe una fuerte recuperación en la inversión de este renglón. Si a esto agregamos que la calidad de las prestaciones propiamente médicas es bastante similar (la mayoría de los médicos trabajan en el sector público y en el privado), resulta dudoso que la calidad de la atención de salud sea significativamente distinta en ambos sectores. De hecho, la diferencia más bien está en la oportunidad de las prestaciones y en los servicios laterales como recepción, trámites y hotelería.

gestión moderna y ágil. Si bien los usuarios se declaran satisfechos con la atención médica otorgada por los facultativos, a menudo se reporta que en los hospitales y consultorios de la Atención Primaria se hacen rutinarios los tratos autoritarios, poco receptivos e incluso indignos a la personas, sobre todo por parte del personal administrativo y auxiliar<sup>30</sup>. Los usuarios de menores ingresos tienen que enfrentar largas listas de espera para procedimientos, procesos y rutinas incómodas y cambiantes para obtener hora para consulta y acceder a los medicamentos en forma gratuita, malos tratos derivados de la insuficiente motivación y capacitación en el personal de los hospitales y la atención primaria, y en general una cultura burocrática y autoritaria que persiste a pesar de un gran esfuerzo de capacitación<sup>31</sup>; y deben enfrentar todo esto sin herramientas apropiadas, pues los usuarios desconocen sus derechos como co-financiadores del sistema, y carecen de herramientas para interlocutar adecuadamente y exigir mejores prestaciones.

A esto hay que agregar que cuando los usuarios se inscriben en el sistema asegurador público (FONASA), tienen acceso a las atenciones de salud (institucional público) con independencia de su nivel de ingreso<sup>32</sup>. Pero, por otro lado el asegurado o usuario no recibe un contrato donde figure un compromiso concreto de FONASA en cuanto a qué derechos específicos tiene en correlato a su cotización mensual, ni en cobertura, ni en oportunidad, ni en cuanto a niveles de co-pago por prestación, etc. No obstante lo anterior, recientemente FONASA ha comenzado a resolver este problema, presentando una explicitación de los derechos del usuario, así como compromisos concretos de acceso y oportunidad a las atenciones de salud, los que se explicitan mediante la entrega de material impreso a sus usuarios (ver RECUADRO 2.3).

Si bien es un fenómeno que está cambiando, persiste cierta actitud pasiva y resignada de los usuarios del sistema público, la que se contrapone con el hecho de que la mayoría son trabajadores que imponen parte de su salario<sup>33</sup> para co-financiar solidariamente las atenciones recibidas, y que por tanto, al menos en teoría, podrían tener un mayor nivel de poder de

<sup>30</sup> La percepción sobre la calidad de los recursos humanos médicos y profesionales, y del resto del equipo de salud, parece ser bastante distinta y existen razones para que esto ocurra: diverso grado de capacitación, descontento por remuneraciones, particularmente en los escalafones menores, jerarquías y autoritarismo que reproducen la opresión hacia abajo: los últimos escalafones en el personal tenderán a oprimir a los usuarios.

<sup>31</sup> A pesar de los avances, para el servidor público chileno el usuario final o el cliente (al que debe satisfacer) no es el contribuyente ni el usuario concreto del servicio. Con obvias excepciones, el empleado público cree que su cliente es su superior jerárquico, el Jefe del Servicio o el Ministro y la Contraloría General de la República.

<sup>32</sup> Los cotizantes de FONASA se distribuyen en tramos de ingreso A, B, C y D. Todos imponen, excepto el tramo A, que corresponde a indigentes. En modalidad institucional, los tramos A y B no realizan co-pagos, o sea se atienden gratuitamente; mientras que el tramo C financia un co-pago de 10% del valor de la prestación y el tramo D tiene que hacerse cargo de un co-pago de 20% del valor de la prestación. En la modalidad libre elección, los tramos B, C, y D adquieren bonos de atención realizando un co-pago fijo, con independencia de su nivel de ingreso.

<sup>33</sup> Los indigentes que acreditan tal condición son atendidos gratuitamente en el sistema público, y esto está estipulado formalmente. Ahora bien, existen otros usuarios que aportan al sistema público, tales como afiliados al sistema privado o a los sistemas de las fuerzas armadas que utilizan el sistema público; generándose un subsidio del sector público a terceros. No hay disponibilidad de información para dimensionar adecuadamente este fenómeno.

acción, alegato o negociación con el prestador. Sin embargo, el incipiente nivel de información, conciencia y organización de los usuarios del sistema público de salud no ha permitido que éstos se conviertan en los catalizadores de un proceso de mejoramiento de la calidad y oportunidad de la atención de salud.

No obstante lo anterior, en los últimos años se percibe un mejoramiento en la calidad de las atenciones por parte del público, pues la última Encuesta de Caracterización Socioeconómica (CASEN, 1998), establece que el 61.5% de las personas atendidas en el sistema público notan mejoría en el trato del personal, y un 67.5% lo notan en infraestructura.

Algo distinto ocurre con la percepción del público con respecto a los aseguradores. Aunque en los primeros años del sistema de salud privado y particularmente sobre el sistema de aseguradoras privadas (ISAPRES) la mayoría de los usuarios mostraba una percepción bastante halagüeña, con el paso del tiempo se han ido mostrando algunas situaciones preocupantes que, debido al nivel de educación formal relativamente más alto del promedio de la población que se atiende en este sistema, se han ido socializando rápidamente.

Existe la percepción de los usuarios, de que el sistema privado asegurador no genera una cobertura suficiente para enfermedades catastróficas y tercera edad, que no existe suficiente transparencia (los planes son muy complicados y hay demasiada letra chica en los contratos), que existe fuerte tendencia a la marginación o encarecimiento excesivo de las pólizas de aquellos individuos que tienen mayor riesgo de demandar servicios de salud (lactantes, mujeres en edad fértil, tercera edad). En suma, se percibe que los seguros privados de salud son negocios privados donde prima el ansia de ganancia en directa oposición a los intereses del cotizante, se extiende la sensación de indefensión del cliente frente a estas empresas, y se hace notable el temor de los asegurados a medida que envejecen de que pueden ser impunemente expulsados del seguro después de años de pertenencia (sólo por el incremento en los riesgos de salud). Estas percepciones son bastante certeras, prueba de lo cual el propio gobierno, a través de la Superintendencia de ISAPRES, impulsó una importante reforma en el marco regulatorio, la que en el proceso ordinario de trámite sufrió muchas transformaciones y dejó descontentos a muchos actores.

La mayoría de los elementos expuestos son el resultado de importantes transformaciones que han estado ocurriendo en los últimos veinte años, y sobre los que vale la pena detenerse brevemente para poder entender con más detalle el estado actual y los desafíos de la regulación de recursos humanos en salud.

Las percepciones recién sistematizadas dejan entrever las demandas implícitas de los usuarios con respecto al ámbito regulatorio:

- Crear una regulación que obligue al personal de salud a informar de los derechos y opciones técnicas y financieras a los usuarios de la salud, de manera proactiva. Aumentando la información se potencia la participación del usuario en su proceso de salud, compartiendo responsabilidad sobre esta con el personal sanitario.
- Crear una regulación que permita a un equipo multisectorial ad hoc, dirimir los con-

flictos entre los intereses de los usuarios y los del personal de la salud en caso de negligencias, problemas disciplinarios, etc.; en forma tanto preventiva como ex-post.

- Hacer el registro de personal de salud obligatorio, para facilitar las funciones de planificación de recursos humanos de salud, para acercar oferta y demanda en los mercados de trabajo que redunde en mejor oportunidad y calidad de la atención.
- Incorporar regulaciones sobre el campo formativo, que mejoren la asignación de los recursos en función de la futura demanda de personal de salud, de acuerdo a los cambios epidemiológicos, sistémicos, en el modelo de atención, etc.
- Incorporar en los ámbitos formativos y de capacitación durante el ejercicio de los recursos humanos de salud, el objetivo central de satisfacción del usuario, y protección de su integridad física y emocional.
- Realizar los cambios regulatorios necesarios en las relaciones laborales del personal, de forma que se puedan optimizar los recursos existentes en el sistema público, mejorando la oportunidad y calidad de las atenciones.

## **6.2 Demandas de los Colegios Profesionales y Técnicos**

### **6.2.1 Colegio Médico**

De acuerdo a los registros del Colegio Médico, en 1996 habían en Chile unos 16.300 médicos, de los cuales un 40% declara ser médico general y el 35% se desempeña en las especialidades básicas (Pediatría, Ginecología-obstetricia, Medicina Interna y Cirugía General). El 23% declara tener otras especialidades.

De acuerdo a la misma fuente, en Chile existe aproximadamente 1 médico por cada 886 habitantes (11.3 médicos por cada 10.000 habitantes), sin embargo existe una fuerte asimetría territorial en la disponibilidad de este recurso humano: el 60% de los médicos ejerce en la Región Metropolitana (Santiago). Otras estadísticas muestran que en el SNSS, que atiende al público de más escasos recursos habría una disponibilidad de 0.6 médicos por cada 1.000 beneficiarios, mientras que en el sector privado, que atiende a la población de más altos recursos habría una disponibilidad de 2 médicos por cada 1.000 usuarios. Cada año, se titulan aproximadamente 700 nuevos médicos.

En el Colegio, existe la percepción sobre la existencia de especialidades falentes (insuficiente disponibilidad y/o inadecuada distribución territorial), particularmente en lo que se refiere a oftalmólogos, anestesiólogos, radiólogos, anatómo-patólogos, etc.

### **Demanda de cambio de regulación de recursos humanos.**

La demanda de regulación de recursos humanos que plantea el Colegio Médico de Chile se podría resumir en los siguientes puntos:

- La restitución de la tuición ética del Colegio sobre los médicos.
- La obligatoriedad de la colegiatura como requisito para el ejercicio profesional, sin la cual la tuición ética no queda garantizada adecuadamente
- Regulación sobre especialidades médicas (formación y ejercicio)

## RECUADRO 6.1

### **Demanda de restitución de la tuición ética al Colegio Médico.**

Desde que en 1981 se dictara el Decreto Ley 3.621, que privó a los Colegios Profesionales de ejercer la tuición ética respecto de sus afiliados, Colegio Médico ha realizado innumerables gestiones para recuperar esta facultad, en particular para los médicos.

La experiencia ha demostrado que el control ético de los pares actúa como mecanismo de prevención y evita la repetición de transgresiones lamentables a los códigos que los profesionales deben honrar y respetar, pues es la mejor garantía de un ejercicio profesional serio y responsable, ajeno a las tentaciones de descuidar su irrestricto cumplimiento.

Colegio Médico ha recibido con especial entusiasmo la decisión del Ejecutivo de incluir en la legislatura ordinaria el proyecto de Ley sobre el rol de los Colegios Profesionales, y sólo resta que se le califique con la urgencia que amerita una materia de tanta trascendencia. Desde el retorno a la democracia y después de diez años de espera, se materializa la posibilidad de debatir en forma pública y transparente, sin el sesgo de intereses económicos que se han opuesto a legislar sobre el punto, el papel que deben tener los profesionales en el país. Sobre todo que el propio gobierno ha impulsado iniciativas tendientes a cautelar la probidad y combatir toda forma de corrupción.

Hay consenso entre los entendidos que la única vía que existe para abordar el tema ético (recursos judiciales) es inoperante y difícilmente tiene la capacidad de juzgar con criterios acertados las transgresiones a los códigos de ética de los profesionales, materia en que hemos comparado opiniones con el Presidente de la Corte Suprema, Sr. Roberto Dávila, entre otras altas autoridades.

Los profesionales chilenos tienen una larga trayectoria de trabajo y aporte al crecimiento del país, lo que ha quedado plasmado en el desarrollo cultural, científico y social que hoy podemos lucir con orgullo.

Instamos al parlamento considerar que la existencia de organizaciones gremiales y sociales fuertes puede ser importantes como respaldo para el fortalecimiento del sistema democrático.

La recuperación por parte de los Colegios del control de la tuición ética es una necesidad, no sólo para nuestras organizaciones sino para todos los habitantes de nuestro país. Más aún si actualmente aquellos que transgreden gravemente los principios y valores éticos no tienen más que una sanción moral y pueden seguir ejerciendo su profesión con el consiguiente peligro para la ciudadanía, ya que la legislación vigente sólo contempla la reparación económica de las víctimas.

Colegio Médico de Chile; Santiago, 18 de agosto de 1999

Otras demandas de regulación del Colegio, que se desprenden de las entrevistas realizadas son:

- Regulación que acerque oferta y demanda en el mercado de trabajo, lo que implica un acercamiento del trabajo de las Universidades con el Ministerio de Salud
- Regulación sobre los perfiles profesionales que demandarán los empleadores
- Regular que exista obligatoriedad de entrega de una pauta básica de derechos de los pacientes.
- Regular la re-certificación de médicos (certificación continua)
- Crear regulación sobre resolución de conflictos en los equipos de salud. Actualmente el personal de salud en el sector público no tiene derecho a huelga.

Las vías jurídicas para alcanzar estos objetivos son varias y están en permanente discusión, incluyendo las necesarias reformas constitucionales<sup>34</sup> que en el contexto político y de funcionamiento del sistema parlamentario actual, resultan muy difíciles de lograr.

Un estudio encargado por el conjunto de Colegios Profesionales estipula el siguiente argumento en pro de la colegiatura obligatoria:

«Existen [...] valores humanos de máxima jerarquía que la sociedad debe preservar y fortalecer con extremo cuidado, como son, por ejemplo, los relativos a la salud, al imperio de la justicia, a la seguridad de las obras de ingeniería, etc. [...] Poder tomar decisiones que repercutan en valores de tan alta trascendencia colectiva, exige, dada su naturaleza, por la profundidad de los conocimientos que supone, imposibles de lograr sin largos y profundos estudios, por la complejidad y dificultad de su proyección a las situaciones concretas, y por los altos riesgos que se asumen al adoptarlas, profunda preparación y competencia, probada habilidad, aptitud y destreza en el dominio de la ciencia y en la aplicación de la técnica, indiscutible solvencia intelectual y moral».

«para el desempeño de determinadas actividades, se requiera grado universitario, conferido por una institución en que se hayan seguido estudios superiores válidos; título de competencia profesional otorgado por una institución capacitada para concederlo; prueba de su habilitación emanada de quienes se hallan en condiciones de garantizar al público que determinada persona goza de todos los requisitos que le permiten asumir los riesgos y responsabilidades inherentes... Tal es el fundamento de que el legislador establezca, con la calidad de personas jurídicas de derecho público, colegios profesionales, que reciben del Estado, es decir, del ordenamiento jurídico oficial de la sociedad organizada, la misión de velar porque cierta forma de actividad sólo pueda desempeñarse por quienes estén legal y moralmente habilitados para desarrollarla» (Silva Bascuñan, 1980: p.46).

Esta demanda, que se repite en casi todos los Colegios, será discutida en la última sección del capítulo.

<sup>34</sup> Nótese, como se ha explicado con anterioridad, que la Constitución vigente prohíbe la obligatoriedad de afiliación a cualquier organización. (N. d. A.)

## 6.2.2 Demanda de las Enfermeras Universitarias.

De acuerdo a datos proporcionados por el Colegio de Enfermeras, al carecerse de registros adecuados, se estima que existirían en la actualidad unas 8.000 enfermeras en ejercicio, de las cuales aproximadamente unas 3.000 están colegiadas. Dentro del sistema público, unas 3.000 enfermeras se desempeñan en establecimientos del SNSS y unas 1.000 en establecimientos municipales.

A pesar de que la autoridad sanitaria no cuenta con un sistema de información de recursos humanos, ni con un registro obligatorio del personal de salud en el país, existe un consenso de todos los actores de que el sistema tiene una seria escasez de enfermeras, con particular incidencia en el sector público. Esta carencia se hace particularmente aguda en el nivel primario rural.

La situación en el subsector privado de salud es menos dramática, ya que por apreciación empírica del Colegio de Enfermeras, en la actualidad un número importante de enfermeras que laboran en el sistema público, también realizan turnos en el sector privado.

En parte, la escasez de enfermeras en el sistema público podría explicarse por el progresivo traslado de enfermeras hacia el subsector privado de salud, inclusive hacia el ámbito administrativo de las ISAPRES.

### ¿Cuántas enfermeras faltan en Chile?

Las estimaciones sobre profesiones faltantes constituyen un ámbito complejo toda vez que requieren considerar variables de orden cuantitativo, cualitativo (niveles de complejidad biomédica y social) y de orden territorial (las enfermeras también están concentradas mayoritariamente en los grandes centros urbanos).

En la revista *Enfermería*, se exponen algunas cifras en relación con el déficit de enfermeras y se hacen algunas estimaciones de cuantas enfermeras faltarían, teniendo como referente el estudio sobre necesidades y recursos de enfermería de Krebs y Rogan (1961) y los criterios señalados por la OPS en 1986 sobre disponibilidad de enfermeras por habitantes<sup>35</sup>. De acuerdo con esto, se estableció que todos los Servicios de Salud exhiben una tasa de enfermeras por cada 100 mil habitantes inferior a 60, siendo los Servicios de mayor disponibilidad relativa Llanquihue, Chiloé y Palena, Valparaíso-San Antonio y Valdivia y los de menor disponibilidad Bío-Bío, Atacama y Metropolitano Sur Oriente. De acuerdo con estas cifras, el Colegio estima que el déficit promedio de enfermeras en el SNSS, sólo para la Región Metropolitana alcanzaría a aproximadamente un 44%. En el resto de los Servicios de Salud

<sup>35</sup> año XXX, N° 106, junio de 1997

del país el déficit promedio de enfermeras alcanzaría a un 48%. Lo anterior significa que en cifras absolutas se requerirían aproximadamente 2500 enfermeras más en la Región Metropolitana y 4400 para el resto de los servicios del SNSS<sup>36</sup>.

En el ámbito de la Atención Primaria de Salud, la baja disponibilidad es mayor. A modo de ejemplo, se puede señalar la situación en la Región Metropolitana, donde de acuerdo con cifras oficiales de 1995 (las cuales no se han modificado significativamente), el Servicio Metropolitano Sur tenía la mejor disponibilidad con una tasa de 14.6 enfermeras/100 mil habitantes, mientras que el Servicio Metropolitano Occidente, mostraba la disponibilidad más baja con una tasa de apenas 10.7 enfermeras/100 mil habs.

### **Factores condicionantes o determinantes de la baja disponibilidad crónica de enfermeras en Chile**

1. Debilitamiento y contracción del tamaño de las escuelas de Enfermería por causas económicas y políticas. El ajuste fiscal contrajo los presupuestos del sector público (todas las carreras de enfermería hasta la década de los 80 se impartían en Universidades tradicionales). La pérdida de docentes dió como resultado que, de un total de 14 escuelas existentes en los años 70's, éstas se redujeran a ocho durante la década siguiente.
2. Abandono de la política de expansión de recursos humanos en salud impulsada durante la década del 60, que en lo que a enfermeras se refiere, significó alcanzar en 1981 la cifra de 607 titulaciones. Según el Colegio de Enfermeras, de haberse sostenido esta tendencia, no se tendría el problema de la escasez de profesionales a lo largo del país. Debido a la contracción, las cifras de titulación descendieron hasta titularse el año 1988 tan sólo 245 enfermeras<sup>37</sup>.
3. Modificación de la planta de personal del SNSS, que entre otras cosas, consistió en fusionar los escalafones de profesionales en uno sólo. Esto, en la práctica, disminuyó las posibilidades de ascender en la carrera funcionaria. Así, se puede alcanzar el grado más alto al final de 30 años de servicio, el que además, quedó limitado hasta el G<sup>o</sup>10, para las profesiones cuya formación corresponde a 10 semestres o menos.

«La crisis de la enfermería no sólo se reduce al déficit de enfermeras, sino que es mucho más compleja, porque involucra aspectos tan serios como la no participación en la toma de decisiones en materias de nuestro propio quehacer, manteniendo a estos profesionales relegados a un plano operativo y de asesoría, incluso en aspectos de su propia competencia;

<sup>36</sup> Si bien hace unos años la OPS recomendaba determinada proporcionalidad de personal de enfermería en relación a la población usuaria, hoy en día dichas tasas no son consideradas como parámetros igualmente válidos para todos los países, porque dichas proporciones dependen del modelo de atención que se desarrolla, de la división del trabajo en los recintos asistenciales, etc. (N.d.A.)

<sup>37</sup> Fuente: Anuario Estadístico del Consejo de Rectores.

las deficitarias condiciones de trabajo y de ejercicio profesional (sobrecarga de horarios, turnos dobles, etc.). En esto último guarda principal importancia la mantención de servicios de salud con una estructura organizativa que aún no permite la democratización institucional». Carta al Ministro de Salud, 1992<sup>38</sup>.

### **Consecuencias de la escasez de enfermeras**

Sostienen las enfermeras que la baja disponibilidad de estas profesionales en el sector público hospitalario y municipal, junto con las precarias condiciones globales de trabajo (incluyendo el desarrollo profesional), se han prolongado en el tiempo, con consecuencias importantes sobre las atenciones de salud que recibe la población.

De acuerdo al Colegio de Enfermeras, entre las consecuencias más tangibles está la sobrecarga creciente de trabajo de la enfermeras, que implica muchas veces hacer jornadas dobles, mayor frecuencia de los turnos con el consiguiente efecto en la vida de hogar y familiar de las enfermeras. Algunas investigaciones sobre este tema<sup>39</sup>, han podido establecer un perfil de riesgo de a lo menos 14 factores que afectan real o potencialmente la salud física y psicológica de las enfermeras del subsector público de salud. Los turnos de 24 Horas se han transformado en una práctica generalizada entre las enfermeras que realizan rol de turnos, así como el trabajar en más de un establecimiento.

De manera explícita, en los Hospitales del SNSS<sup>40</sup>, se otorga la función directiva a los médicos, dentistas y farmacéuticos, quedando el ámbito del ejercicio del resto de los profesionales de la salud reducido a la «colaboración». De acuerdo a las enfermeras, esta denominación no sólo lleva implícita una subordinación profesional ciertamente inaceptable, sino que además se refleja en actitudes que han afectado la integración del equipo de salud.

De acuerdo al Colegio, esta posición de subordinación, donde la enfermera carece de un interlocutor técnicamente calificado en enfermería, con poder de decisión para dicho ámbito de competencias, ha generado:

- Sub-utilización del personal de enfermería
- Ausencia de respaldo de la autoridad hacia la profesión
- Autoridad sobre quehacer de la enfermera proviene de profesionales ajenos al campo de competencias de la profesión

<sup>38</sup> publicada en *Enfermería* N°96, pg.22.

<sup>39</sup> Proyecto Fondecyt 1940752, 1996

<sup>40</sup> Reglamento orgánico de los SS, DS 42 de 1986, aún vigente. Hay diferencia en esto con la Atención Primaria, pues el EAP establece que los cargos directivos pueden ser accesados por profesionales distintos a los médicos, y de hecho esto ha significado un creciente número de enfermeras, asistentes sociales, nutricionistas y matronas en dichos cargos. (N.J.A.).

- Ausencia de funciones institucionalizadas de planificación, programación, supervisión y evaluación de la atención de enfermería en salud, lo que ha significado pérdida de legitimidad para su realización (“enfermeras de escritorio”) y un relativo abandono de las mismas.
- Insuficiencias de la carrera funcionaria

Existe una propuesta de redefinición de la estructura de la enfermería de los SNSS, generada por el Colegio en 1990, con definición de funciones, y atribuciones desde el nivel central hasta el del hospital. Al respecto, se dictó la Normativa Técnica N° 1 (MINSAL), que estructura una organización básica del servicio de enfermería, siempre y cuando así lo entienda el Director del establecimiento, toda vez que es una disposición de menor rango legal que el Decreto Supremo N°42, que reglamenta la organización de los servicios de salud.

Las demandas relevantes del Colegio se refieren al modelo de atención, con obvias consecuencias sobre la formación y el ejercicio profesional. Señalan las enfermeras, la práctica preventiva anterior a la reforma en salud del régimen militar, se puede ilustrar así:

«yo recuerdo, por ejemplo, las Unidades Sanitarias que existieron en Chile, y que fueron un ejemplo para América Latina. Era la época de oro de la Enfermería. Le estoy hablando de los años 45. Por ejemplo La Unidad Sanitaria de Quinta Normal, conformada por 30 enfermeras y 10 médicos. Se hacían visitas domiciliarias, se dialogaba en terreno con las madres, veíamos cómo amamantaba a su guagua, la limpieza de su casa, el agua, las excretas, si el kilo de leche se lo daba al niño o lo repartía entre toda la familia... En este país se partió con iniciativas de ese tipo y hay que rescatar el enorme valor de estas experiencias»<sup>41</sup>.

En materia de condiciones laborales, el actual Estatuto Administrativo, la Escala Unica de Sueldos y la Planta esquemática que fija el número de cargos y de grados, no dan cuenta de las aspiraciones del gremio. La estructura de la planta existente hoy en día es fija y, por lo tanto, no guarda relación con la cantidad de enfermeras que requiere la atención de salud de la población. La escala de remuneraciones para enfermeras se inicia en el grado 17 y termina en el grado 10. La actual estructura de remuneraciones, fija un sueldo base que oscila entre un 25 y un 30% del total de las remuneraciones. Las innumerables asignaciones que se perciben dificultan el conocimiento que todo trabajador debe tener en relación con el ámbito de sus funciones y responsabilidades.

Las actuales remuneraciones no contemplan el pago por responsabilidad en muchas de las funciones que cumple la enfermería. Las bajas remuneraciones presionan a las enfermeras a cumplir varios turnos y a incrementar las horas extraordinarias para poder aumentar sus ingresos, generándose un incentivo contrario al buen desempeño y calidad de vida del per-

<sup>41</sup> Juana Maulen, *Enfermería 96*, Junio 1992. P.21.

sonal. No hay reconocimiento a la capacitación y formación de postítulo en los ascensos dentro de la Escala Única.

Lo anterior requiere, sin duda, de voluntad política para llevar a cabo, en conjunto con las organizaciones de trabajadores del sector, las modificaciones o ajustes del marco legal laboral que acoja estas necesidades.

Existe además una demanda de dignificación y valoración del aporte que las enfermeras profesionales hacen al desarrollo sanitario del país. En el contexto de la inédita presentación de las renuncias de las Enfermeras de los Servicios de Urgencia, UCI y Neonatología (servicios de urgencia: 783 enfermeras), el Colegio resaltó la «necesidad de reconocimiento a la importante labor que desarrollamos las Enfermeras, la responsabilidad asignada en la tarea diaria, nuestra paciente espera en estos años, por un reconocimiento a la profesión». Mediante la negociación con el Ministerio de Salud (en ese entonces no existía División de RRHH), se acordó un Acta de Acuerdo para el término del conflicto de Urgencia. Se constituyó una comisión integrada por MINSAL y miembros del Colegio, con el fin de elaborar una propuesta en relación a las remuneraciones, carrera funcionaria y algunos aspectos de las condiciones de trabajo de los profesionales de la Enfermería.

Un elemento central en los problemas de regulación y gestión que identifica el gremio de las enfermeras, es la desestructuración de la organización del servicio de enfermería junto con la desaparición del Servicio Nacional de Salud (SNS) y consecuente creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) durante la dictadura militar. En la estructura del SNS (principal empleador de personal de salud), funcionaba el Sub-departamento de Enfermería, dependencia encargada de los servicios de enfermería a lo largo del país con plenas facultades en la organización, distribución y manejo del personal y participante con voz y voto en las distintas instancias de toma de decisiones, con una carrera funcionaria claramente establecida.

Dicha forma de organización desapareció, dando paso a una concentración de poder y toma de decisiones en los jefes de los servicios clínicos (médicos) y generando una inadecuada doble dependencia del personal de enfermería: administrativa con respecto al jefe de servicio y técnica con respecto a la enfermera coordinadora. Los cargos de jefaturas de enfermería (con mando y responsabilidad) desaparecieron, para dar paso a las enfermeras «coordinadoras» de hospital, cuyo ámbito de acción es más bien de asesoría a la dirección del establecimiento, sin más facultades que las que esté dispuesto a conceder discrecionalmente el Director del establecimiento.

La opinión del Colegio de Enfermeras es que a casi una década de advenimiento de la democracia, persiste una política de abandono del personal de salud en general, profesional y no profesional. No se ha logrado formular una política general de RRHH para el sector salud, y consecuentemente tampoco se ha conseguido implementar acciones orientadas a superar la falencia histórica de enfermeras, agudizada por el predominio durante la década

de los 80's, de un enfoque economicista de las políticas sociales, que no ha experimentado modificaciones de fondo en la presente década<sup>42</sup>.

## **Regulación del rol de la Enfermera**

Reforma al Código Sanitario: en diciembre de 1997, por primera vez en la historia, las enfermeras pasan a existir JURIDICAMENTE en cuanto a ser explícitamente reconocidas sus funciones profesionales en el Código Sanitario. Esta modificación es importante más allá de lo nominal, puesto que dicho marco regulatorio al mismo tiempo que marca el ámbito del ejercicio, actúa como respaldo a la práctica de la profesión.

«Modifícase el Código Sanitario de la siguiente manera:

- a) artículo 113: «Los servicios profesionales de la enfermera comprenden la gestión del cuidado en lo relativo a la promoción, mantención y restauración de la salud, la prevención de enfermedades o lesiones, y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y el tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente»

Hasta antes de esa fecha, las enfermeras estaban incluidas, en lo que a normas de orden laboral se refiere, en los cuerpos normativos generales aplicables a todo el personal del área o sector donde el profesional se desempeñara: SNSS: ley 18.834- Estatuto Administrativo. Sector Municipalizado: Ley 19.378- Estatuto de Atención Primaria y sector Privado: Código del Trabajo. Con la modificación aludida al Código Sanitario, se acota y explicita el ámbito de ejercicio profesional de dichas profesionales.

En lo referente a las normas de orden profesional, hasta antes de diciembre de 1997, la enfermera quedaba subsumida entre las profesiones relacionadas con la conservación y restablecimiento de la salud y, en forma genérica, entre los profesionales de «colaboración médica».

Desde ahora, la enfermera cuenta con una norma jurídica de aplicación general y obligatoria; se ha definido el «quehacer» de la enfermera, delimitando así su responsabilidad profesional y los límites legales del ejercicio de la profesión.

## **Programa de Apoyo a la Enfermería Rural y desarrollo profesional.**

Se trata de una propuesta de iniciativa de la organización, formulada posteriormente en el Consejo Asesor de Enfermería (creado al inicio del gobierno de Patricio Aylwin), que surge como una estrategia destinada a mejorar la captación, retención y distribución de las enfer-

<sup>42</sup> entrevista con dirigentes del gremio.

meras a lo largo del país, con el fin de asegurar a los usuarios del servicio público de salud atención de enfermería profesional.

El programa se puso en marcha durante 1996, llenándose durante 1997 las primeras 50 vacantes, por concurso público de antecedentes. En la actualidad está siendo sometido a un exhaustivo proceso de evaluación, con participación del Colegio, a fin de introducir modificaciones en su implementación, asegurando así su consolidación.

### **La demanda de regulación de las enfermeras**

1. Restituir la estructura de responsabilidades, atribuciones, resolución de problemas de las enfermeras, que puedan ser gestionadas y resueltas en un alto nivel jerárquico; por ejemplo, en una Sub-Dirección de Enfermería al interior de los Servicios / Hospitales.
2. Reforma a la regulación de los Colegios Profesionales, entregándoles el control ético del ejercicio sobre sus pares.
3. Definición, con nítida claridad, de qué tipo de personal profesional y técnico requiere el país, donde se van y para qué campo laboral se van a formar.
4. Vigilancia de propuestas de formación de recursos humanos a nivel técnico de enfermería, en entidades de educación superior.
5. Creación de la Corporación Nacional de certificación de especialidades y de Experticia Laboral de Enfermeras.
6. Reformulación de una carrera funcionaria al interior del SNSS, con un escalafón propio y una reubicación en la escala única de sueldos que implique iniciar la carrera, por ejemplo, en grado 14 (hoy se inicia en el G°17) y poder acceder al grado tope del escalafón (hoy día solo se puede llegar al G° 10)
7. Acceso a cargos por concurso público de méritos.
8. Definición de su ámbito de ejercicio profesional, a partir de la incorporación al Código Sanitario de los servicios profesionales de la enfermera (Tarea que conduce este Colegio y para la cual ha convocado a las enfermeras del país a participar activamente en este desafío)

### **6.2.3 Colegio de Matronas de Chile**

#### **Formación**

Según las investigaciones del Profesor Enrique Laval, la primera profesional con título de partera que figura durante la Colonia fue doña Isabel Bravo, graduada en Lima, llegó a Chile en 1568, y fue autorizada para ejercer por el Cabildo de Santiago.

La profesión de Matrona surge en los albores de la República, al crearse la primera Escuela de Obstetricia dependiente de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, el 16 de julio de 1834, a sólo un año de la creación de la Escuela de Medicina, bajo la dirección del destacado médico francés Profesor Dr. Lorenzo Sazié.

El objetivo de la creación fue dar solución al apremiante problema de racionalizar a las parturientas en el país; por eso se estableció en su creación que ingresarán a la Escuela dos alumnas por cada provincia. Del primer curso egresaron 16 alumnas en 1836 y el gobierno decretó « que en los pueblos donde hubieran egresadas de esa Escuela, sólo a ellas les era permitido atender partos»

En 1913, se incorpora al curriculum de la Escuela de Obstetricia la enseñanza de la puericultura, por lo que paso a denominarse, desde entonces, Escuela de Obstetricia y Puericultura.

En 1957 se creó el Servicio Nacional de Salud, antecesor del actual Sistema de Salud, con un enfoque doctrinario profundo en torno al reconocimiento del grupo familiar como una entidad médico - social básica, afianzándose el rol de la Matrona al ampliar su acción desde el hospital hacia los consultorios periféricos y a la comunidad.

A medida que han ido surgiendo necesidades de salud en el área Materno Perinatal y de Salud de la Mujer, la Matrona ha evolucionado en su formación, identificándose como un profesional idóneo para satisfacer las nuevas exigencias que imponen los avances científicos y tecnológicos.

En la actualidad, existen 8 Escuelas en el país, dependientes de diversas Universidades. La duración de la carrera es de cuatro años en todas las Escuelas desde 1969.

La definición de Matrona formulada por el Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud sobre el rol de la Matrona en la Asistencia a la Madre en 1966, fue aceptado en el mismo año por la Confederación Internacional de Matronas (I.C.M.) y por el Grupo de Trabajo Conjunto con la Federación Internacional de Gineco Obstetras (F.I.G.O.). Esta definición se publicó en el informe Técnico N° 331 de la OMS, y se encuentra vigente. La definición de la OMS fue adoptada para la Matrona chilena, pues el Colegio Profesional es miembro de la Confederación Internacional de Matronas. Esta definición se ajusta perfectamente a las funciones de la Matrona chilena en relación con la madre, el niño, la familia y la comunidad.

Sus funciones en el campo materno perinatal incluyen el ciclo completo y continuo que comienza en el periodo prenatal y el campo de atención de la mujer, desde su adolescencia temprana hasta la senectud.

A partir de 1969, las Escuelas de Matronas del país incluyen en su formación básica la planificación familiar, con exigencias prácticas de exámenes ginecológicos, prescripción de métodos anticonceptivos y controles, tanto de DIU como de anticonceptivos orales.

## Ejercicio profesional de la matrona

Su ámbito de ejercicio se registra en el código sanitario desde 1930, aunque en ese entonces las funciones de la matrona se referían casi exclusivamente a la asistencia del parto.

El ámbito de ejercicio de las matronas es básicamente la provisión de atenciones de salud a situaciones de normalidad tales como el parto y el embarazo. De acuerdo a la regulación vigente, la matrona no interviene en la toma de decisiones en situaciones de riesgo, ni en cesáreas.

De acuerdo a cifras del Colegio de Matronas, trabajan en el Sistema Público de Salud casi 2.000 Matronas dependiendo del Ministerio de Salud, y alrededor de 800 en el sector municipal. Durante 1994, el 99,4% de los partos en el país se produjeron con atención profesional, de los cuales un 80% fue atendido sólo por Matrona. Los controles de embarazo, puerperio, de planificación familiar y ginecológico, son realizados sobre el 90% por Matronas en el Sistema Público de Salud.

Con frecuencia es el único profesional de salud que se encuentra en las localidades más apartadas del país, pues su distribución geográfica es una de las mejores en correlación a la distribución de la población; por esta razón, la Matrona debe enfrentar la solución de diversos problemas urgentes de salud.

En Universidades se desempeñan como docentes casi 100 Matronas y un número no determinado lo hace en entidades privadas de salud.

Desde 1980 el Ministerio de Salud incorporó dentro de las actividades del Programa de la Mujer, las de control ginecológico preventivo por Matronas, que incluyen al Sub - Programa de Cáncer Cérvico Uterino y de Mamas.

Como se ve, las matronas se han ido abriendo un espacio creciente de ejercicio profesional, tales como la salud reproductiva y la atención primaria de salud, como puede observarse en la reciente modificación del Código Sanitario:

Reforma al Código Sanitario: en diciembre de 1997, se explicitan jurídicamente las funciones de las matronas profesionales en el Código Sanitario:

«Modifícase el Código Sanitario de la siguiente manera: Los servicios profesionales de la matrona comprenden la atención del embarazo, parto y puerperio normales la atención del recién nacido, como asimismo, actividades relacionadas con la lactancia materna, la planificación familiar y la ejecución de acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico y el deber de velar por la mejor administración de los recursos de asistencia para el paciente».

La matrona realiza un ejercicio profesional bastante presencial, directamente vinculada a la población usuaria en el ámbito clínico. En general delega pocas acciones al personal auxiliar.

Por lo anterior, a pesar de que el Código Sanitario la habilita para realizar funciones de gestión, es poco visualizada como gestora en los servicios. Este elemento dificulta su superación profesional, puesto que los incentivos existentes y sistemas de calificación están sesgados hacia la valoración de funciones de gestión, con lo cual se ha generado una reproducción y agudización de la «invisibilización» del trabajo de la matrona, así como un relativo estancamiento en sus posibilidades de ascenso en la carrera funcionaria.

Otro factor que, según el Colegio de la Orden, explica la «invisibilización» del trabajo de matronería dice relación con la relativa autonomía con que éstas se desempeñan, en particular en el ámbito público (y en menor grado en el privado), y a su vez debido a que el trabajo de la matrona se realiza en el contexto de salud y normalidad (embarazo, parto, postparto, neonato, etc.) por lo que sus funciones no son percibidas socialmente como tan valiosas en comparación con las intervenciones sanitarias asociadas a patologías o traumatismos, donde la acción de médicos y enfermeras está asociado a la restitución de la salud o incluso de salvar la vida.

Aunque en su origen el ámbito de trabajo de la matronería se limitaba a la atención del parto, con el tiempo se han ido agregando nuevas funciones relacionadas, las que incluyen junto al embarazo, parto, postparto y neonato, al climaterio, la paternidad responsable, la planificación familiar. Esta extensión de las funciones (de acuerdo al código sanitario) se ha verificado al tiempo que se observa una disminución en la tasa de nacimientos en nuestro país (en relación a la población), no así en la cantidad absoluta de nacidos anualmente, ya que aún y cuando la «fertilidad» relativa se encuentra en disminución, las tasas de crecimiento de la población en Chile continúan siendo positivas.

Además de la asistencia a las mujeres en su proceso de gestación, parto y puerperio; actualmente las matronas pueden prescribir medicamentos en el ámbito de sus competencias, ordenar exámenes y realizar algunos procedimientos de cirugía menor (episiotomía) o incluso invasivos (inserción y extracción de DIU).

Una clara demanda de regulación con respecto al ejercicio de las matronas es la concerniente a la restitución de la tuición ética para el Colegio. El Colegio de Matronas, es integrante de la Federación de Colegios Profesionales Universitarios de Chile, con quienes se encuentran empeñados en recuperar la tuición ética de las profesiones, mediante la devolución del carácter de persona jurídica de derecho público para los Colegios Profesionales.

## **Diagnóstico sobre la regulación vigente**

Las demandas de cambio en la regulación que aporta el Colegio de Matronas se desprende de un diagnóstico sobre las fortalezas y debilidades del sistema actual.

## **Falencias en el área de Regulación de Recursos Humanos de Salud actualmente en vigencia**

- Sistema de Planta rígido y arcaico, que no permite la promoción y acceso a grados más altos acordes a las funciones y responsabilidades. Lo anterior provoca efectos negativos tales como difícil ascenso, desmotivación y desinterés por ocupar cargos de mayor responsabilidad.
- Sistema de Calificaciones poco objetivo y no siempre respetado, lo cual redundo en funcionarios descontentos y poca permanencia de éstos en el Sistema.
- La Carrera Funcionaria establecida por el Estatuto de Atención Primaria es interpretada según la realidad y conveniencia de las autoridades locales. Lo anterior trae consigo sueldos y carrera funcionaria diferentes entre profesionales con idénticas características, así como el hecho de que no permite permuta entre comunas.
- La contratación y/o reemplazo por cargos vacantes o licencias médicas prolongadas depende de la voluntad del empleador (Corporación), con el consecuente recargo del resto del personal.
- Profesionales no médicos no tienen acceso a cargos directivos en algunas comunas ya que dependen de la autoridad local. Esto trae consigo profesionales no médicos poco motivados y tratados con inequidad, y desmotivación.
- Deficientes canales de comunicación expeditos entre la Atención Primaria y la Atención Secundaria, con la consecuente discordancia entre niveles de mayor complejidad y atención primaria de salud que persiste debido a la dependencia administrativa diferente.
- Planta de Recursos Humanos rígida por Ley, con la consecuente discordancia de la planta de recursos humanos con las necesidades reales de los Servicios de Salud.
- Subsidio del Sector Público al Privado en acciones de fomento y protección. Con esto se produce gasto de horas en funcionarios públicos en atención a beneficiarios Isapres (vacunación, PNAC, etc.)
- Mala regulación del ingreso a la formación del recurso humano (cupos universitarios), con la consecuente discordancia entre oferta y demanda del recurso humano en el mercado. Lo anterior se mantiene debido al criterio económico que condiciona los cupos de matrícula sin un estudio de necesidades reales.
- Ingreso a la formación del recurso humano determinado por puntaje (P.A.A.) y criterio económico (Universidades privadas). Con esto se tienen los siguientes efectos negativos: formación del recurso condicionado por criterio económico; y existencia

de recurso humano con personalidad incompatible con el desempeño laboral, falta de vocación, etc. Este fenómeno persiste debido a la P.A.A. y la disponibilidad financiera como requisitos de ingreso a la formación, así como por la falta de un perfil psicológico como requisito de ingreso a la formación.

- Carencia de un sistema de acreditación de la formación profesional, con lo cual se genera un stock de profesionales con el mismo título, pero con orientación diferente de acuerdo a la Casa de Estudios.
- Disparidad de las carreras funcionarias de las diferentes áreas del sector público e inexistencia de carrera funcionaria en el sector privado, lo que dificulta la movilidad funcionaria en el sector público y la imposibilita en el sector privado. Lo anterior se debe a regulaciones incompatibles entre las diferentes áreas del sistema público, así como a la nula regulación en el área privada.
- La forma de realizar el cálculo de necesidad del recurso Matrona sólo basado en la población asignada, con lo que no se cubren las necesidades reales de la población. Este cálculo se hace en base a población vs. dinero y no a una representación desde el Ministerio de Salud a la labor de la Matrona en toda su magnitud.
- Tiempo NO definido para que los cargos salgan a Concurso. Lo anterior trae consigo incertidumbre laboral, nula posibilidad de mejorías, e inexistencia de carrera funcionaria. Los municipios se ahorran la carrera funcionaria, su política tiende a ahorrar recursos.
- No se ha consolidado el cambio demográfico en el país, que tiende al aumento progresivo de la población adulta. Debido a esto, se tiene gran cantidad de mujeres adultas que no tienen una atención integral de salud.

### **Principales fortalezas en el área de Regulación de Recursos Humanos de Salud actualmente en vigencia**

- Estabilidad laboral, lo que genera y protege los derechos de los funcionarios.
- Ley de Atención Primaria incluye obligación del empleador para capacitación de todos los funcionarios. Con esto se mantiene la capacitación actualizada a todos los estamentos de atención primaria.
- Carrera funcionaria independiente en atención primaria. Con esto se tiene ascenso de nivel y de grado automático e independiente.

- Existencia del Estatuto de Atención Primaria, que constituye un sistema de regulación más flexible que el resto del sistema público, da mayor movilidad funcionaria que el SNSS. Esta nueva regulación está en constante revisión de sus falencias.
- Diversificación del rol de la Matrona a otras áreas. Podría existir un mayor número de cargos y de posibilidades si se reconocieran todos los roles que cumple la Matrona.

Habida cuenta de las anteriores falencias y fortalezas de la regulación actual, las matronas proponen los siguientes cambios.

### **Demanda de cambio regulatorio de las matronas**

- Colegiatura obligatoria, con lo que se tendría un catastro de tuición ética.
- Tuición ética, con lo cual se tendría que cambiar el carácter de derecho privado por derecho público de los Colegios Profesionales.
- Cambios al sistema de cálculo de recursos humanos, de forma que la Planta corresponda a necesidades del Servicio de Salud.
- Institución independiente para regular el sistema privado, con lo que se generaría igualdad de oportunidades para beneficiarios y profesionales.
- Regulación del ingreso a la formación, para que la formación de recursos en cantidad compatible con las necesidades del país.
- Incorporación de nuevos parámetros de ingreso a las carreras de la salud, (por ejemplo perfil psicológico). Crear una pauta de acreditación nacional para las carreras de la salud del país.
- Regulación de los grados o niveles de las carreras funcionarias determinadas por condiciones de trabajo y experiencia profesional y no por el mercado.
- Formación de recursos humanos con criterios más homogéneos y que conduzcan a equipos más cohesionados. Esto facilitaría las relaciones humanas en los equipos. Incorpora un elemento de equidad entre profesionales (no médicos).
- Que los cargos salgan a Concurso en un plazo definido y conocido por todos, para mayor transparencia en las contrataciones.
- Renovación de los equipos docentes en las Universidades. Esto produciría equipos competentes, siempre que se pudiera superar la inamovilidad de los cargos académicos.
- Examen de competencia profesional cada 3 a 5 años, para garantizar la competencia profesional. Lo anterior se ve obstaculizado porque probablemente el Gremio no desee ser evaluado periódicamente, y por la inexistencia de una comisión idónea para la calificación.
- Mejorar la formación en administración en la malla curricular a lo menos en el primer año académico. Al adquirir estas competencias, se tendría un profesional con sólidos conocimientos de administración y con nuevas perspectivas para un mejor desempeño en salud.

## 6.2.4 Grupo multidisciplinario de expertos del sector salud

Este equipo ad hoc, estuvo compuesto de personas de muy distinto origen ideológico y político, con amplia trayectoria en el sector, que trabajaron de forma voluntaria y a título personal, estableciendo un diagnóstico compartido del sector salud en Chile (Baeza, et al, 1998). Los elementos más importantes que el grupo plantea, en relación a los recursos humanos y la regulación serían:

1. En el tema de los recursos humanos, hay ausencia de una política acorde con las necesidades de la población en el sector de la salud. El aumento de la complejidad del mercado de trabajo dificulta el diagnóstico sobre número y necesidad de especialistas y por tanto las políticas de formación y de especialización, lo que en algunos casos está siendo un cuello de botella en el sistema.
2. La brecha de remuneraciones entre el sector público y privado prestador, producto de lógicas distintas de funcionamiento del mercado laboral, está generando una estructura de profesionales concentrada en los extremos etéreos en el sector público de la salud, que lo limita en su rol de formación y en su capacidad de resolución. El sector público tiene una escala rígida de remuneraciones en un contexto de inamovilidad funcionaria, mientras el sector privado asocia remuneraciones a productividad, siendo más atractivo para los profesionales ejercer en este sector en su edad de mayor productividad.
3. En el tema de los recursos humanos, el problema se centra particularmente en el sector público prestador, que cuenta con bajas remuneraciones para su personal, con mayor desbalance en los niveles de mayor especialización. Los niveles administrativos, auxiliares y algunos niveles técnicos tienen, en general, salarios superiores a su costo de oportunidad en el sector privado de la salud.
4. La falta de incentivos económicos y profesionales, una carrera funcionaria asociada principalmente a la antigüedad y un sistema deficiente de calificaciones en el sector público de la salud, se traduce en una baja productividad de sus recursos humanos.
5. El tema de la regulación es clave y es necesario que se aborde con mayor profundidad. Existen fallas en la regulación del sector salud. En algunas áreas la regulación es excesiva y no aborda los problemas de fondo, mientras en otras, se carece de normativas.
6. En la provisión de servicios de salud existe una escasa regulación y una falta de transparencia de los prestadores. En el sistema público la regulación se establece por la vía jerárquica y administrativa, más que a través de un organismo autónomo que ejerza un control de calidad. No existe tampoco un control efectivo sobre el cumplimiento de las órdenes y normativas. En el sistema privado existe insuficiente información respecto de las instituciones privadas de salud y sus características, dado que bajo la normativa vigente se ejerce control sólo al inicio de actividades. No existe regulación y control permanente en esta materia.
7. En cuanto a la formación y al ejercicio de los profesionales del sector, independientemente del control ético que se ejerce entre pares, existe una insuficiente regulación en materia de acreditación, así como deficiencias en el control y fiscalización del ejercicio de la profesión. No existe información pública y sistematizada respecto al número de

profesionales que se forma en las Universidades, ni respecto de las necesidades que se van produciendo en el sector salud.

8. En el tema de la especialización profesional, el sistema voluntario de acreditación otorgado por CONACEM es incompleto, en la medida que su legitimidad está cuestionada por estar expuesto a la captura por parte de grupos de especialistas. Se requiere por tanto un sistema de certificación de especialidades que sea otorgada por un organismo independiente, que de garantías de excelencia, limitando los riesgos de que este organismo se transforme en una barrera artificial a la entrada del mercado de nuevos profesionales.
9. En materia de acreditación continua, Chile está atrasado respecto al resto del mundo, pues no cuenta con resguardos frente a la obsolescencia de profesionales. Es necesario llenar este vacío, así como perfeccionar la información disponible sobre los profesionales del sector, para reducir los riesgos y permitir una mejor toma de decisiones por parte de los usuarios del sistema.
10. Por último, en lo que respecta a la incorporación de profesionales del extranjero, la legislación en esta materia es poco coherente. Mientras con algunos países existen convenios mediante los cuales basta un trámite ante el Ministerio de Relaciones Exteriores para ejercer en Chile, los profesionales de otros países deben someterse a un proceso de convalidación a través de la Universidad de Chile.
11. Las organizaciones gremiales que representan a los actores del sector tienen un poder social y político considerable, que se ha reforzado en los últimos años. La influencia de estos gremios, junto a la legítima defensa de intereses corporativos, son aspectos necesarios de considerar para el diseño de nuevos modelos de gestión. De igual forma, será importante considerar el peso de la cultura organizacional centrada en lo médico, ya que éstos tienden a ser renuentes a aceptar cambios antes que su eficacia y eficiencia haya sido validada.

La ausencia de una imagen-objetivo o proyecto común y de mecanismos de expresión ciudadana sobre lo que el país aspira en salud, han permitido también, que los actores del sector se asignen la representación de las personas. Esta situación deriva en una confusión permanente entre la defensa de las aspiraciones gremiales y la defensa de los intereses de las personas.

### **6.2.5 Colegio de Nutricionistas**

Desde su creación, el Colegio ha trabajado por la incorporación de la nutrición en el modelo de atención y en las políticas de salud en Chile. En relación a logros alcanzados, se podría mencionar la definición de la Consulta Nutricional y su inserción en todos los programas de salud, actividad fundamental del Nutricionista y que está definida por el Ministerio de Salud como «Atención dietética otorgada al individuo sano y dieto - terapéutica al que presenta alguna alteración fisiopatológica o nutricional, a fin de modificar o reforzar su alimentación y nutrición». El objetivo de ésta es entregar atención nutricional y dietética adecuada a cada individuo que lo requiere a fin de elevar su nivel de salud.

Referente a carencias, señalan que está pendiente la aprobación por el Ministerio de Hacienda de la Consulta Nutricional para que los beneficios de FONASA tengan acceso a esta atención. Esta se otorga gratuitamente en todos los establecimientos de atención primaria, a los beneficiarios del S.N.S.S. además de brindarla a público en general en consulta particulares en donde accede la población de mayor recurso económico.

Como fortalezas del sistema actual de regulación destacan la incorporación de la consulta nutricional en todos los programas de salud pública vigentes, lo que resultaría en la presencia del profesional en los programas de salud e impacta positivamente la situación alimentaria nutricional de la población beneficiaria atendida. Esto alcanza un hito en 1993 redefinición del rol de nutricionista en la consulta nutricional. Esta actividad de promoción y prevención es de alta utilidad para los objetivos de la salud pública.

Igualmente, constituye una fortaleza la existencia de servicios de alimentación de establecimientos hospitalarios, a cargo de nutricionistas, por lo que es posible adecuar los requerimientos nutricionales a los pacientes, con un adecuado manejo dietoterapéutico, lo que contribuye a disminuir el promedio de días cama ocupado.

Entre las principales falencias del sistema destacan:

- 1) La ausencia de nutricionistas en el nivel Central, para contribuir a la formulación de políticas Ministeriales en su ámbito de competencias. El elemento persiste debido a que no ha sido llenado el cargo vacante de nutricionista en el nivel central.
- 2) Insuficiente número de nutricionistas por cama en Servicios Clínicos, lo que genera insuficiente atención al paciente hospitalizado. Esto se ha mantenido debido a la rigidez de las plantas, a que no siempre se reponen cargos por jubilaciones, y porque no existen estudios locales de trabajo de estos profesionales.
- 3) No existe gestión de recursos humanos en el sistema de salud pública, lo que resulta en distorsiones de las necesidades reales de Recursos Humanos. Esto persiste debido a la inexistencia de políticas ministeriales que normen al respecto.
- 4) La salud pública adolece de una insuficiente dotación de profesionales para hacer labores de promoción, prevención y recuperación de los problemas de salud y nutrición de la población chilena, lo que resulta en baja cobertura de atención nutricional de la población. Esta falencia persiste debido a que no se ha ajustado la dotación de nutricionistas al nuevo perfil epidemiológico de la población, con un incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles.

### **De esta forma, se plantean los siguientes cambios en la regulación:**

- 1) Recuperar cargos de nutricionistas en el Nivel Central, lo que mejoraría la gestión de los programas alimentarios nacionales y del componente alimentario nutricional de los programas de salud básicos.
- 2) Reformular la dotación del índice de nutricionistas por Servicios Clínicos, según complejidad dietoterapéutica.

- 3) Incorporar al nutricionista al equipo de promoción de los distintos niveles de atención, debido al importante aporte que este profesional puede hacer desde el terreno de la promoción de hábitos alimenticios saludables en la población.

### **6.2.6 Colegio de Técnicos Paramédicos**

Desde 1991 están luchando porque el Ministerio de Salud reconozca su labor como una que se realiza desde una experticia y destrezas técnicas determinadas. Consideran que el reconocimiento al carácter técnico de su labor puede servir para valorizar socialmente su trabajo, así como para dignificar el ejercicio de estos trabajadores de la salud.

Con el reconocimiento oficial de la naturaleza técnica de su labor, estarían en mejores condiciones para demandar un aumento en sus remuneraciones por la vía de asignación técnica (de igual forma que los profesionales perciben una asignación por título profesional).

Con respecto a las principales falencias actuales, identifican que la tuición ética sobre el desempeño de los profesionales no está depositada en los Colegios, por lo que no existe sanción para el ejercicio ilegal de la profesión. El principal factor que explica este problema es la coexistencia de funciones gremiales y profesionales en algunos Colegios Profesionales.

Las principales fortalezas del sistema de regulación actual es la referida a la educación superior (LOCE), puesto que esta permite una regulación de las carreras profesionales terminando con el monopolio de las Universidades, permitiendo la creación de otros centros formadores de nivel superior.

#### **Los principales cambios que plantean son:**

1. Término del poder omnipotente en la formación del recursos humanos de salud por parte del MINSAL, debiendo esto ser asumido íntegramente por MINEDUC. Esto así porque el MINEDUC es la entidad altamente calificada para la formación educativa. Como obstáculos y precondiciones para el cambio están que el monopolio que actualmente ejerce el MINSAL debe ir disminuyendo, para evitar que se formen recursos humanos de primera (centros formadores de educación superior) y segunda clase (formados al interior del SNSS)
2. Otro cambio prioritario es que el MINSAL debe regular la necesidad de personal falente, de forma que se pueda equilibrar la necesidad y la oferta de recursos humanos de salud. Para lograr este cambio, existe la precondición de que el MINSAL debe redefinir su función en el ámbito de la Salud, dejando la función formadora de recursos humanos.

## **6.3 DEMANDAS DE CAMBIO DE LAS ORGANIZACIONES LABORALES Y ASOCIACIONES DE FUNCIONARIOS**

### **6.3.1 FENATS RM**

Las principales transformaciones en regulación de recursos humanos que propone esta organización serían:

1. Privilegiar la capacitación de los trabajadores como herramienta de desarrollo laboral, regulando para que los funcionarios puedan acceder a ésta.
2. Privilegiar la antigüedad de los trabajadores por sobre el criterio de calificaciones para avance en la carrera funcionaria. La antigüedad significa conocimiento del trabajo. A veces los directores contratan personal recién llegado con grado superior en el escalafón, pasando por encima de la antigüedad de algunos funcionarios, lo que perjudica y desestimula a los funcionarios más antiguos.
3. El tema de las calificaciones tiene algunos contrasentidos. Por ejemplo, los que están encargados de calificar no tienen suficiente experiencia. No es razonable que una persona de 25 años de edad, por ejemplo una enfermera, que tiene dos años de servicio, pueda calificar adecuadamente a un funcionario de 50 años de edad con 26 años de servicio. Es deseable que el régimen de calificaciones se modifique para calificar al equipo, porque así se potencian las sinergias que se dan entre todos los trabajadores. El sistema de calificaciones es subjetivo y los despidos debido a este sistema son injustos, porque muchas veces el jefe califica en función de que si la persona calificada le es o no simpática.
4. La edad de jubilación es muy lejana, los hombres a los 65 y mujeres a los 60 años, lo que implica que, muchas veces, las personas ya no pueden cumplir todas sus funciones laborales al final del ciclo laboral, por lo que abundan las licencias médicas, ausentismo, etc.
5. Se requiere regulación con respecto a la formación de los paramédicos. Cada servicio de salud tenía su propio perfil, y ésto, junto al tema de la creciente oferta de paramédicos (cada año y medio se están graduando 500 paramédicos), constituyen preocupaciones para la FENATS RM, porque se teme que las remuneraciones bajen en dos años más por sobreoferta en el mercado laboral.
6. Las plantas se están envejeciendo y, también, algunas titularidades no se están llenando. Los grados 23 y 24 de paramédicos están vacíos, porque los jóvenes prefieren ingresar en grado 20 en régimen de contrata que con titularidad en un grado inferior (23 o 24).
7. Otra preocupación es cómo hacer más efectiva la ley de accidentes del trabajo y ley de trabajo pesado para los trabajadores de apoyo a la salud. Cómo se pueden cautelar las enfermedades profesionales, como infecto-contagiosas, tendinitis, lumbagos recurrentes de los paramédicos, que son atribuibles al tipo de trabajo que realizan. Actualmente estos problemas no son reconocidos dentro de enfermedades profesionales.
8. Las plantas están excesivamente comprimidas. Con anterioridad al gobierno militar, las plantas que existían eran variadas y respondían a la especialización de los trabajadores: habían electricistas, choferes, secretarías, estafetas, etc. Sin embargo, hoy las leyes de

plantas configuran cinco estamentos: directivos, profesionales, técnicos, administrativos, auxiliares. Dentro de los auxiliares se comprenden distintos grados de especialización. La FENATS RM sostiene que no es posible que los choferes, electricistas, caldereros, etc., tanto por su calificación como por su nivel de responsabilidad (particularmente en funciones críticas como emergencias, ambulancias y turnos nocturnos) queden dentro de la misma planta (y resultante remuneracional), que aquellos cuya función es por ejemplo la limpieza en los recintos. Además de estar muy comprimidas, las plantas rígidas no generan incentivos para el desarrollo de las potencialidades y capacidades de cada cual.

### **6.3.2 CONFUSAM**

Hasta abril de 1999, el EAP establecía un sistema de calificaciones basado en tres criterios: antigüedad, capacitación y desempeño. Sólo el 35% mejor evaluado tiene derecho a ascensos en la carrera funcionaria. Como el EAP establece que los Municipios son autónomos en determinar los detalles de la carrera funcionaria, así como la metodología del sistema de calificación obligatoria anual, existen múltiples formas de medir el desempeño, lo que introduce disparidades territoriales y discrecionalidad en la evaluación funcionaria. Los funcionarios de la AP ingresan a la carrera desde el grado 15 y para llegar al grado 1 que es el más alto, deben transcurrir en promedio 30 años.

Como iniciativa de la Confederación Nacional de Funcionarios de Salud Municipal (CONFUSAM), en abril de 1999 se aprobó finalmente en el Congreso la reforma a este Estatuto de Atención Primaria.

En el fondo, la organización de los trabajadores reclamaba la remoción del criterio del mérito para el sistema de acenso en la carrera funcionaria (aún queda este criterio como válido para el sistema de calificaciones). La organización de los trabajadores de la salud municipal estima que debido a la divergencia metodológica observada con respecto a la variable mérito, no era posible garantizar la equidad en el proceso calificadorio para todos los empleados. Los criterios que permanecen como válidos para el ascenso funcionario, y que son obviamente más objetivos aunque no por eso sean superiores como indicadores, son la antigüedad y la capacitación.

En la CONFUSAM, están preocupados respecto a la posibilidad de que a raíz de las modificaciones recién aprobadas en el Congreso al EAP, los funcionarios del sector se vean afectados por una rebaja en sus remuneraciones. Las modificaciones podrían obligar a los Municipios a modificar las carreras funcionarias, que hasta ahora contemplaban tres componentes: experiencia, capacitación y mérito pero la modificación ya no incluiría esta última variable, como parte del acuerdo MINSAL-CONFUSAM. La preocupación de la CONFUSAM es que «no se contemplan medidas que permitan resguardar los niveles actuales alcanzados por los funcionarios, si como consecuencia del cambio en los patrones con que se evalúa la

carrera funcionaria éstos son rebajados de categoría». Puntualizó que «de los veinte mil trabajadores de la salud municipal podría verse afectado cerca de un 40%, lo que repercutía para ellos en una rebaja de sueldos de entre 10 y 20%.»<sup>43</sup>. Esta preocupación de los trabajadores de la salud municipal emana de que no se establecieron, como ellos proponían, resguardos para que en el sistema de las tres variables, la ponderación correspondiente a mérito se redistribuyera aumentando las ponderaciones de capacitación y antigüedad; lo que deja el camino libre para que algunos empleadores aprovechen la situación para disminuir la calificación absoluta a su plantel, y con esto disminuyan los ingresos de los trabajadores.

La demanda de regulación de este gremio en particular es importante, debido a que dentro de sus representados se incluye a trabajadores de espacios territorialmente muy apartados y de tamaño muy reducido, que no tienen una gran fuerza negociadora comparable a la de los grandes hospitales del SNSS. Como ellos mismos reportan, la representación del personal de algunos consultorios de 6 u 8 empleados, los que eran notoriamente vulnerable a abusos de su empleador, fue uno de las ideas fuerza que contribuyeron a la organización de la CONFUSAM.

## **6.4 Demanda de los Autoacreditadores**

### **6.4.1 Demanda de cambio en la regulación de CONACEM**

Identifica las principales falencias de regulación del sector público:

1. Rigidez del Estatuto Administrativo
2. Centralización de las decisiones
3. Falta de incentivos para el personal de acuerdo a la eficiencia.

Lo anterior tiene como efectos negativos una gran dificultad para renovar al personal. También deja escasa libertad de acción para profesionales y empleados. La falta de incentivos provoca desmotivación para progresar y falta de iniciativa en el personal.

Entre los factores explicativos se encuentran la inercia de la cultura organizacional, el poder exagerado de los gremios, así como el centralismo administrativo (tamaño de los servicios). Por otro lado, se citan las rentas bajas y la incapacidad de ejercer las jefaturas.

En el sector privado, la falencia principal es en sí la falta de regulación, lo que provoca inseguridad laboral. En este punto, la legislación es inadecuada.

Dentro de los aspectos positivos de la regulación de recursos humanos, en el ámbito público, está la claridad en la descripción de funciones que realiza cada uno de los trabajadores, lo que genera un campo de funcionamiento definido para los profesionales y técnicos.

Los principales cambios que CONACEM plantea en el sistema de regulación de recursos humanos son:

1. Descentralización administrativa, que generaría el beneficio de una mayor libertad de acción e iniciativa.
2. Introducir incentivos por eficiencia del trabajo, lo que complementaría el mérito a la carrera funcionaria, que actualmente sólo se basa en trienios.

Menciona entre los obstáculos principales para la primera iniciativa, el poder gremial y el temor que sienten los Poderes Ejecutivo y Legislativo para llevar a cambio estas transformaciones. Con respecto a los obstáculos para el segundo cambio propuesto, la institución prevé un elevado costo inicial.

## **6.5 Comentarios sobre la demanda de restitución de la tuición ética a los Colegios**

En la actualidad, la atribución de velar por el correcto ejercicio técnico y profesional del personal de Salud, no existe. De hecho, los tribunales de la justicia ordinaria son los encargados de dirimir ex-post sobre las demandas que algunos de los usuarios perjudicados logren introducir en las causas judiciales. Es sabido que este mecanismo es muy lento y poco usado en general por la ciudadanía. De acuerdo a las entrevistas, las cifras que se manejan son marginales en comparación con la cantidad de casos que procesaban los colegios con anterioridad a la revocación de la tuición ética.

Pero devolver a los Colegios la tuición ética y disciplinaria sobre sus afiliados no es la única forma de llenar este vacío regulatorio.

Existe una obvia necesidad que el Estado regule los requisitos y procedimientos de entrada a la práctica y el ejercicio profesional en salud; y que además se haga cargo de controlar y sancionar las faltas a la ética y la disciplina de los trabajadores de la salud. Cuando decimos que se debe hacer cargo, no significa que lo deba hacer directamente, pues dichas labores de regulación en este aspecto las podría encomendar a un ente independiente, o bien a la autoregulación de los profesionales, y algunas de ellas ejercerlas por sí mismo.

En primer término, existe conflicto de intereses si el Estado entrega a los Colegios la tuición sobre sus pares. La discusión más difícil que hay sobre la demanda de restitución de la tuición ética a los Colegios Profesionales, es que existe un potencial conflicto de intereses en la pretensión de que la sociedad chilena entregue a una única institución la defensa gremial de una profesión, su tuición ética y la administración de la regulación del ejercicio. En particular resulta complicado porque la independencia de los distintos «órganos» de un colegio profesional (ética, gremial, etc.) no está garantizada y las estructuras orgánicas tradicionales generan compromisos transversales con la política y otras agendas que pueden colisionar con la defensa del bien público y la integridad y calidad de vida de los usuarios de los sistemas de salud.

El conflicto de interés no es algo de lo que debamos avergonzarnos, ni mucho menos permitir que nos inmovilice. La tarea democratizadora en el sentido de reconocer la diversidad y legitimidad de distintos intereses y visiones en la sociedad, genera un espacio necesario de desarrollo desde el momento en que transparentamos estos intereses y nos disponemos a avanzar, mediante distintas metodologías de consenso y negociación, para mejorar el bienestar social.

Sólo a modo ilustrativo, se puede ver la existencia de conflictos de interés entre decisiones sanitarias para el bien del paciente, y decisiones económicas que benefician a privados, en el ejercicio médico privado en empresas prestadoras. Por un lado se reporta que las ISAPRES y las empresas prestadoras no realizan controles sobre la calidad técnica de las prestaciones del tratante y que, en el caso de las ISAPRES, sólo intervienen en la autorización de licencias por enfermedad, que significa un costo para el seguro privado. Ahí, debido a que el médico es inductor de costos (es el que ordena los análisis, medicinas, procedimientos, etc.), la imposición de criterios económicos sería la variable clave para manejar tanto los costos como los consecuentes beneficios. En el caso de las denuncias por malas prácticas, a menudo se reporta de las entrevistas que los pares de una orden, por razones culturales y subjetivas, difícilmente ejercerían una evaluación más cercana a los intereses del paciente que de los colegas de profesión, particularmente cuando consideraciones sobre prestigio, trayectoria y futuro laboral están en juego.

El usuario de un sistema de salud tiene derecho a ser oído y representado íntegramente por distintos actores de la ciudadanía y la institucionalidad, y a no quedar al arbitrio de un comité de especialistas que por pertenencia a un órgano colegiado y gremial, son finalmente jueces y parte.

El otro argumento que presentan los Colegios dice relación con la especificidad y complejidad científica y técnica y de los procesos sanitarios, lo que en general dificulta en extremo que un juez ordinario pueda decidir adecuadamente sobre una conducta profesional del personal de salud. Aunque otros profesionales y usuarios no tengan la misma educación especializada de un médico o una matrona, esto no implica necesariamente que los facultativos, por ejemplo, sean los únicos capaces de analizar y decidir sobre una conducta o decisión médica.

De hecho, existen antecedentes sobre el creciente rol del enfoque de una comunidad extendida de pares (stakeholders) en generar una resolución más debatida, correcta, equilibrada y enriquecida sobre un problema en particular. Así, el Estado puede encomendar a un organismo ad hoc, conformado por representantes del Colegio respectivo, los usuarios, la comunidad, el poder judicial, y la autoridad sanitaria, la tarea de controlar los procesos sanitarios, conocer y sancionar demandas de falta de disciplinarias o malas prácticas.



# Conclusiones

1. La regulación de los recursos humanos en el sector salud es un proceso donde el Estado introduce y fiscaliza un marco que limita y orienta las dinámicas de los trabajadores de la salud en su formación, ejercicio y relaciones laborales, buscando desarrollarlos en forma continua, así como asegurar la calidad y la equidad en las prestaciones, y garantizar la integridad y seguridad de la población usuaria.
2. Los instrumentos y sistemas que el Estado define para hacer operativo el sistema de regulación incluyen los códigos, leyes, reglamentos y normas administrativas de diversa jerarquía y aplicabilidad en función del objeto o espacio de regulación y los actores involucrados. Ahora bien, los procesos en que participa y aporta el personal de salud no sólo son consecuencia de la existencia o ausencia de regulaciones formales, ya que estas dinámicas se potencian y reproducen también por la cultura organizacional imperante y por elementos de valoración y desvaloración social, percepciones, acciones y participación de los actores, y obviamente por el contexto histórico y cultural en que todo lo anterior se desenvuelve.
3. La regulación no tiene razón en sí misma, sino como herramienta para el logro de ciertos objetivos. En el caso de la regulación del personal de salud, esto se realiza con el propósito de: a) garantizar la integridad y seguridad de los usuarios, b)

mejorar la calidad y oportunidad de la atención de salud que reciben los usuarios y  
c) desarrollar continuamente el personal de salud

4. Todo proceso de mejora continua en los marcos regulatorios, debe hacerse con una metodología que permita el aporte creativo de los principales actores involucrados, en base a una mesa ampliada de actores (stakeholders), para que los resultados sean mejores y más sustentables.
5. El sistema es relativamente complejo, no sólo por los elementos ya descritos, sino también por las permanentes transformaciones de los componentes del sistema regulatorio. Es notorio, por ejemplo, el cambio acaecido en las regulaciones que afectan al personal de salud durante la dictadura militar; así como los cambios que se han producido más recientemente en el contexto de la modernización, el fortalecimiento del rol rector, y la recuperación de espacios de producción de servicios sociales por parte del Estado.
6. Difícilmente se tendrá un sistema óptimo para regular a los recursos humanos, ya que las dinámicas sociales, económicas, culturales, tecnológicas y políticas estarán generando impulsos de transformación que repercuten en el sistema de regulación. En este sentido, todo sistema de regulación será, por definición, perfectible, en función de la respuesta social y del contexto político donde se desenvuelven estas dinámicas.
7. El sistema de salud en Chile ha sufrido una profunda transformación en el contexto general de las políticas neoliberales impulsadas por el gobierno militar. En síntesis se transformó lo que hasta los años 70 era un Sistema de Salud eminentemente público, que era financiado solidariamente entre el fisco, los empleadores y los trabajadores; en un sistema dual público-privado donde persisten fuertes asimetrías de recursos, así como inequidades de cobertura, acceso y oportunidad en las prestaciones de salud.
8. En Chile existen elementos de regulación y desregulación económica, sanitaria y laboral que dan cuenta de un proceso sumamente complejo y cambiante en las últimas décadas. En general, durante el gobierno militar se desreguló notoriamente las relaciones laborales, la educación y se realizó una reforma sanitaria importante generando un sistema dual; mientras que desde 1990 a la fecha se ha generado un nuevo proceso de fortalecimiento de la salud pública y a la par se han incorporado regulaciones crecientes en casi todos los ámbitos de la economía, así como en el sector salud.
9. Con respecto a la situación actual, se observa la existencia de regulación sobre los ámbitos de formación y ejercicio laboral que se aplica en forma muy similar tanto en el sector público como privado; mientras que la regulación en el ámbito de las relaciones laborales en la salud privada y en la pública varían sustancialmente

10. En el ámbito de la formación del personal de salud, aplica el precepto constitucional (1980) de libertad de enseñanza, así como regulaciones contenidas en la Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza (1990), y sus correspondientes reglamentos. No existen regulaciones sobre los contenidos y perfiles formativos, aunque en los últimos años un convenio entre MINSAL y MINEDUC está avanzando en algunos ámbitos de la materia.
11. La regulación existente sobre el ejercicio del personal de salud en el ámbito público y privado es insuficiente en dos sentidos: a) no existe obligatoriedad de registro, y en general se ingresa al ejercicio contando con los títulos o grados correspondientes; y b) no existe obligatoriedad de reacreditación continua o periódica de competencias y destrezas esenciales para cautelar tanto la calidad de la atención, como la integridad de los usuarios.
12. En el ámbito de relaciones laborales, en el sector privado se rigen solamente por el Código Laboral, como cualquier relación de trabajo, sin existir especificidades en el caso de las empresas que ofrecen servicios de salud.
13. En el ámbito público, se distinguen regulaciones de acuerdo al subsistema. En el SNSS, para los médicos, odontólogos, químico-farmacéuticos y bioquímicos aplican las regulaciones de la Ley 15.076, y para el resto de los trabajadores de la salud aplica el Estatuto Administrativo (Ley 18.834). Por su parte, en la Atención Primaria Municipal, rige las relaciones laborales un Estatuto de Atención Primaria para todos los trabajadores.
14. Existe un exceso de regulación en el ámbito de relaciones laborales en el sector público, en particular del que se desempeña en el SNSS, el cual debe ser simplificado y modernizado en coherencia con los objetivos sanitarios y de desarrollo laboral del país.
15. No obstante, existen en este espacio materias cruciales no reguladas, en particular, la modalidad de resolución de conflictos. Los múltiples conflictos laborales en el sistema público han puesto de manifiesto la grave carencia de un marco legal que regule los conflictos en el Sistema Público, que permita expresar las diferencias sin un grave deterioro de la calidad y oportunidad de la atención de la población.
16. La regulación en los ámbitos del ejercicio laboral y de las relaciones laborales en el sistema privado prestador es insuficiente para garantizar la protección del usuario en su integridad y seguridad, para cautelar la calidad de la atención profesional, técnica y auxiliar y para fomentar salidas equilibradas ante los conflictos de intereses entre los prestadores y los intereses de los usuarios.
17. Los posibles cambios en el marco regulatorio del personal de salud son normalmente percibidos por los trabajadores como amenazas a la estabilidad en el empleo y al avance en la carrera funcionaria.

18. Los procesos de cambio reciente en la regulación de los recursos humanos que lidera la División de Recursos Humanos del MINSAL han generado una importante experiencia metodológica, en el sentido de que la participación de los gremios y otras organizaciones relevantes desde el inicio de los trabajos, en un marco de transparencia y construcción de confianza, resulta no sólo una pre-condición para el éxito de los procesos regulatorios, sino que generan resultados cualitativamente superiores.
19. No obstante, por elementos históricos, y por la permanencia de asimetrías de información, existe un nivel considerable de desconfianza y desinformación entre los distintos actores del sistema. Esta situación obstaculiza el avance más oportuno y enriquecido en los necesarios cambios que requiere el sistema regulatorio.

# Recomendaciones

1. Es necesario establecer que las soluciones en el ámbito de la regulación de recursos humanos deberán ser articuladas a soluciones más genéricas que requiere el sistema sanitario chileno, y cuya discusión sobrepasa las posibilidades de este estudio.
2. En las necesarias transformaciones que se deber realizar en el sistema regulatorio actual, existen dos pre-condiciones que deben ser atendidas para lograr mejores resultados: la existencia de un sistema de información de los recursos humanos, así como la igualación de las oportunidades y condiciones de información para todos los actores involucrados.
3. Es fundamental avanzar en la construcción de un sistema de información sobre los recursos humanos del sector salud, el que debe estar a cargo del MINSAL. Sin una herramienta básica como ésta, las labores de planificación, coordinación, regulación y fiscalización que corresponden a los objetivos sanitarios del país, se ven claramente debilitadas.
4. Como elemento central, resulta crucial avanzar en la construcción de redes de confianza e interlocución continua, en igualdad de condiciones, para realizar las modificaciones que requieren los usuarios del sistema. Igualdad de condiciones

significa que el Estado debe darse a la tarea de potenciar la participación informada de los actores, incluyendo a los usuarios, para que estos puedan entender, interlocutar y negociar adecuadamente con el Estado, en un proceso realmente participativo, los necesarios cambios que se necesita realizar. Es recomendable iniciar un proceso de capacitación sistemático, que comprenda a todos los actores en la materia regulatoria.

5. Es necesario tener en cuenta de que en los procesos de interacción y negociación con los actores involucrados, resaltan dos intereses igualmente legítimos que deben ser considerados. Por una parte, el interés de los trabajadores y profesionales de la salud en relación a lograr remuneraciones y condiciones laborales propicias y justas, así como a contar con mecanismos que estimulen el continuo desarrollo profesional y laboral. Por otra parte, el interés de los usuarios en recibir atenciones sanitarias de calidad, de manera oportuna, y en las cuales quede garantizada su integridad vital y su calidad de vida. Todo proceso regulatorio debe partir de la base que es posible conciliar estos intereses en el terreno de lo concreto, en cada iniciativa de transformación, si bien resulte difícil percibir esta oportunidad desde lo abstracto o lo más global.
6. Debido a que revisar las regulaciones existentes, modificarlas e ir avanzando hacia un sistema coherente, integrado, eficaz y eficiente de regulaciones para los recursos humanos del sector salud constituye un esfuerzo formidable que requiere de energías y recursos, sería recomendable que desde el inicio de este trabajo se adopte un enfoque de sistemas para que los distintos componentes del mismo se construyan y mejoren en coherencia con directrices centrales, con la visión explícita de que constituyen concreciones de un todo mayor integrado al que deberán articularse sus partes.
7. Resulta prioritario regular sobre los perfiles formativos del personal de salud, de forma que estos engarcen mínimamente con los cambios esperados en el perfil epidemiológico, con los cambios tecnológicos y con el modelo de atención y sistema de prestaciones; tanto en el nivel auxiliar, como técnico, profesional y de postgrado.
8. Es también necesario construir un sistema de regulación de la disciplina y la ética del personal de salud, en particular del profesional tratante, de forma que los ejercicios negligentes, insuficientes o excesivos que produzcan perjuicio a los usuarios puedan ser controlados. El mecanismo no tiene que recaer en los Colegios Profesionales mientras estos al mismo tiempo actúen como gremios. Se deberá estudiar qué tipo de institución de derecho público, con independencia garantizada de los intereses corporativos, conformada por una comunidad extendida de pares (con simetría de información), sería más eficaz y transparente para resolver esta necesidad.
9. Es recomendable avanzar en la regulación de acreditación de centros formadores, tanto a nivel de grado como de especialización, ya que en este ámbito durante la década de los ochenta se han generado importantes externalidades negativas no

sólo para trabajadores y usuarios, sino para el sistema en su conjunto.

10. Igualmente, es importante instituir un sistema de reacreditación periódica, continua, sistemática y obligatoria para todo el personal de salud, y en particular del profesional tratante, de forma que los cambios normales del ciclo vital, así como la posible ocurrencia de eventos inesperados que pudieran afectar las destrezas y capacidades para el ejercicio en salud, sean cautelados adecuadamente. Igualmente, este sistema permitiría al sistema asegurarse de la actualización de conocimientos por parte del personal de salud.
11. Resulta impostergable regular sobre la resolución de conflictos en el sector público de salud, de forma que los movimientos por reivindicaciones laborales no perjudiquen a la población usuaria.
12. Se debe incluir en la regulación la participación local en la decisión sobre capacitación del personal. Los directores de hospital o de las diversas unidades deberían tener un rol en la decisión de asignación de los recursos públicos para capacitación, de forma que las necesidades locales de capacitación se vean atendidas.
13. Otra prioridad es regular sobre los derechos y la obligatoriedad de informar sobre éstos a los usuarios de los sistemas de salud, fortaleciendo su interacción con el personal de salud. En condiciones de mayor simetría entre las partes directamente involucradas en las prestaciones sanitarias en lo concreto, se puede contribuir a la evaluación y a la mejoría de calidad y oportunidad de las prestaciones.
14. Se debe evaluar los resultados de las reformas en curso (Ley 15.076 y Reglamento de Calificaciones), a fin de identificar fortalezas y debilidades que deben ser consideradas en los próximos procesos de modificación de la regulación del personal de salud.
15. Resulta importante avanzar en el estudio de la situación y necesidades regulatorias del personal de salud que labora en el sector privado, de forma que se pueda sustanciar adecuadamente una agenda de política pública que se pueda hacer cargo de este desafío.



# Bibliografía consultada

---

145

Regulación de Recursos  
Humanos de Salud en Chile

ASOFAMECH: Situación de cambio en la formación médica de pre y post-grado. Julio de 1995.

Baeza, Cristián, Francisco Bayo, et al: El sector Salud en Chile: Un diagnóstico Compartido. Santiago, Diciembre de 1998. Documento de Trabajo del grupo interdisciplinario del sector Salud.

Barría, María Soledad: Sistemas de Evaluación del Desempeño y de Incentivos en el Sistema Nacional de Servicios de Salud. División de RRHH, MINSAL, 1998.

Brito, Pedro; Francisco Campos y Marta Novick, orgs: Gestión de Recursos Humanos en las reformas sectoriales en salud: cambios y oportunidades. OPS, Washington, 1996.

Bucham, James: Consultancy: Human Resource Regulation and Administration. MINSAL-DFID Health Sector Reform Project. Santiago, febrero de 1998.

Código Laboral, República de Chile. Ed.Jurídica.

Colegio de Cirujanos Dentistas de Chile: Punto de Contacto, Revista Oficial. Santiago. 1999

Colegio de Enfermeras de Chile, A.G: Revista de Enfermería. Varios números.

Colegio Médico: Distribución del Recurso Médico en Chile. Unidad de Estudios. Visión Médica Regional. 1997.

Colegio Médico de Chile, A.G.; : Vida Médica. Revista Oficial del Colegio Médico. Varios números.

Colegios Profesionales de la Salud: Propuesta de Política de Salud Integral para Chile. Editado por la Unidad de Estudios del Colegio Médico de Chile. Mimeo, abril de 1998.

Constitución Política de la República de Chile (1980). Ediciones Publliley, Santiago, 1999.

Depto. Formación, Perfeccionamiento y Regulación, División RRHH, MINSAL: Programa de metodologías de Definición y Acreditación de Competencias Ocupacionales del Personal de Salud como Herramienta de Regulación de los mercados de salud s/f.

Depto. Formación, Perfeccionamiento y Regulación, División RRHH, MINSAL: Informe de Cumplimiento Meta sobre acreditación de centros formadores. Santiago, 1998.

Depto de Gestión, División de RRHH, MINSAL: Análisis de Indicadores de Rendimiento de RRHH en el SNSS: 1992-1997. Santiago, 1997.

División Salud de las Personas: Rol Regulador del MINSAL: Fundamento, definición y procedimiento MINSAL, Santiago, julio de 1997

División de RRHH, MINSAL: El papel del estado en la regulación de recursos humanos en salud. Encuentro Costa Rica, San José, diciembre 1997.

División de RRHH, MINSAL: Informe de Dotación de Personal del Sistema Nacional de Servicios de Salud, Santiago, diciembre 1997 y diciembre 1998.

División de RRHH, MINSAL: Regulación de Recursos Humanos de Salud. Documento de trabajo, julio 1988.

División de RRHH, MINSAL: Políticas de Recursos Humanos para el Sector Salud 1999 – 2000. Santiago, 1999.

Flores, Verónica y Marcela Weintraub: Estudio Exploratorio sobre el mercado laboral y la gestión del personal de enfermería. Noviembre de 1998.

Goic, Alejandro: Recursos Humanos para la Salud en Chile, en: Recursos Humanos en Salud, Formación y Acreditación. Universidad de Chile, Facultad de Medicina. Agosto, 1999.

Hernandez, Teresa y Marcela Weintraub: Enfermeras Universitarias en Hospitales Públicos y Clínicas Privadas: percepción de su situación laboral. Julio de 1998.

Kats, Jorge y Ernesto Miranda: Reforma del Sector Salud, Satisfacción del Consumidor y Contención de Costos. Serie Políticas Sociales 12. CEPAL. Santiago, 1995.

Ministerio de Salud: Catastro de Documentos de Regulación. División Salud de las Personas, 1998.

Ministerio de Salud: Fonasa: ¿Una reforma en marcha? 1º edición, Santiago.1999.

MINSAL: Prioridades de Salud País. 1997-1999. Mayo 1997.

OPS: Regulación del Desarrollo de RRHH en Salud. Bibliografía Anotada. s/f

OPS: La regulación de los recursos humanos y la reforma del sector salud. Protocolo de investigación. 1998.

Silva Bascuñan, Alejandro: Informe Los Colegios Profesionales ante la Constitución y la Ley, encargado por la Federación de Colegios Profesionales Universitarios de Chile, A.G. 1992.

Silva Bascuñan, Alejandro: Revista Jurídica del Trabajo N°6-7, junio-julio de 1980.

Silva, Alejandro y María Pía Silva: Los colegios profesionales en la Constitución. Revista Chilena de Derecho, 1989, Vol 16, No2.

Sojo, Ana: Reformas de Gestión en la Salud Pública en Chile. Serie Políticas Sociales 13. CEPAL. Santiago, 1996.



**PERSONAS ENTREVISTADAS, CONSULTADAS Y QUE COLABORARON EN LA ELABORACIÓN DE LA PAUTA DE SISTEMATIZACIÓN DE LA VISION DE LOS ACTORES.**

1. Leonel Ojeda, Asesor Legal División Recursos Humanos, MINSAL
2. Miriam Señoret, Oficina de Matronería. MINSAL
3. Sabina Pineda, División de Atención Primaria, MINSAL
4. Gilda Gneco. Unidad Calidad y Regulación. División Salud de las Personas, MINSAL
5. Hilda Toro, Depto Formación, Perfeccionamiento y Regulación, División de Recursos Humanos, MINSAL.
6. Sandra Yévenes, Depto Formación, Perfeccionamiento y Regulación, División de Recursos Humanos, MINSAL.
7. Susana Pepper, Depto Tecnologías, Normas y Regulación, División Inversiones y Desarrollo Red Asistencial.
8. Jorge Sanchez, Oficina de Cooperación Internacional, MINSAL
9. Alejandro Ferreiro, Superintendente de ISAPRES.
10. Mario Hinostroza, Jefe Depto Gestión y Desarrollo, División Recursos Humanos, MINSAL
11. María Eliana Gutierrez, Depto Gestión y Desarrollo, División Recursos Humanos, MINSAL
12. Jorge Carabantes, Jefe Depto Formación, Perfeccionamiento y Regulación, División de Recursos Humanos, MINSAL.
13. María Soledad Barría, Jefa División de Recursos Humanos, MINSAL
14. Nydia Contardo, Asesora División de Recursos Humanos, MINSAL
15. Carlos Retamal, Jefe Informática, Instituto de Salud Pública.

16. James Bucham, economista de la salud, consultor BritishCouncil/División Recursos Humanos, MINSAL.
17. Francisco León, División Social, CEPAL
18. Juan Luis Castro, Vicepresidente Nacional, Colegio Médico de Chile, A.G
19. Reynaldo Bustos, Unidad de Estudios, Colegio Médico de Chile, A.G.
20. Jorge Villegas, Departamento Salud Pública, Colegio Médico de Chile, A.G.
21. Gladys Corral, Presidenta Nacional. Colegio de Enfermeras de Chile, A.G.
22. María Teresa Castillo, Secretaria General, Colegio de Enfermeras de Chile, A.G.
23. Aída Díaz Álvarez. Dirigente Nacional CONFUSAM, Dirigente Regional VIII.
24. Miguel Bravo Elgueta, Presidente CONACEO, Director Colegio de Cirujanos Dentistas de Chile, A.G.
25. Ricardo Muza Caroca, Presidente, Colegio Cirujanos Dentistas de Chile, A.G.
26. Leticia Lorenzetti. Presidenta Colegio de Matronas.
27. Rosa Oyarce. Secretaria, Colegio de Matronas
28. Javiera Carrera, Tesorera Colegio de Matronas
29. Silvia Aguilar Torres. Presidenta, Colegio de Técnicos Paramédicos de Chile, A.G.
30. Juan Rapiman Sepúlveda, Presidente Nacional FENTESS
31. Ricardo Ruiz. Presidente FENATS RM.
32. Héctor Padilla, Secretario de Organización, FENATS RM.
33. Juan Díaz Silva, Presidente Directorio, FENPRUSS.
34. Vicente Valdivieso Dávila. Presidente Corporación Nacional Certificación de Especialidades Médicas.
35. Ester Mateluna. Directora Escuela de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
36. Eduardo Rosselot. Encargado Comisión Autoacreditación. Facultad de Medicina Universidad de Chile
37. Xenia Benavides Manzoni, Presidente Colegio de Nutricionistas de Chile.

# Anexo 1:

## SINTESIS DE PRINCIPALES CUERPOS LEGALES QUE REGULAN A LOS RRRHH EN SALUD

---

151

Regulación de Recursos  
Humanos de Salud en Chile

### **Ley 15.076**

Regula las relaciones laborales del personal médico (médicos, dentistas y químicos farmacéuticos) que trabajan en el sector público de salud. Actualmente en trámite se encuentra una de las más importantes reformas en la regulación de recursos humanos con la modificación de esta ley. Data del año 1963, las últimas enmiendas fueron refundidas en 1981, hasta su profunda modificación actualmente en el Parlamento (diciembre 1999).

**D.L N° 249 (D.O. 5 ENERO 1974):** Fija la Escala Unica de Sueldos para el personal del Sector Público, para cada uno de los grados.

**DL 2147/78 del MINSAL:** Declara que la actividad de auxiliar de enfermería está comprendida entre las profesiones auxiliares a que se refiere el inciso segundo del artículo 112 del Código Sanitario. Habilita a los auxiliares de enfermería para ejercer su actividad en la forma y condiciones que señala.

**DECRETO 261/78 del MINSAL:** Reglamento para el ejercicio de la profesión de auxiliares de enfermería.

**D.L.2763, 1979:** Reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud, el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, 1979.

La nueva legislación descentralizó los servicios de atención de salud en 27 Servicios autónomos, con patrimonio propio, la administración de los Servicios de Atención primaria pasan a depender de las Municipalidades y la dependencia del Personal de salud pasa a cada uno de los servicios, desaparece estructura propia de enfermería (Sub-Departamento de Enfermería), que fue eliminado de la estructura del Sistema Nacional de Servicios de Salud.

D.S. 395: Aprueba el Reglamento del Ministerio de Salud. Define las funciones del Ministerio, su organización y atribuciones.

### **Constitución Política de la República de Chile, 1980.**

«El derecho a la protección de la salud. El Estado protege el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo. Le corresponderá, asimismo, la coordinación y control de las acciones relacionadas con la salud. Es un deber preferente del Estado garantizar la ejecución de las acciones de salud, sea que se presten a través de instituciones públicas o privadas, en la forma y condiciones que determine la ley, la que podrá establecer cotizaciones obligatorias. Cada persona tendrá derecho a elegir el sistema de salud al que desee acogerse, sea éste estatal o privado». (Artículo 19, párrafo 9).

“La libertad de enseñanza incluye el derecho de abrir, organizar y mantener establecimientos educacionales. La libertad de enseñanza no tiene otras limitaciones que las impuestas por la moral, las buenas costumbres, el orden público y la seguridad nacional. [...] Una ley orgánica constitucional establecerá los requisitos mínimos que deberán exigirse en cada uno de los niveles de la enseñanza [...], del mismo modo establecerá los requisitos para el reconocimiento oficial de los establecimientos educacionales de todo nivel. (Cap. III, Art. 19°, N° 11).

**D.L.3541 del 12.12.1980**, que delega en el Presidente de la República la facultad de reestructurar las universidades, atribución para ser ejercida mediante decretos con fuerza de ley.

**DFL N° 1-3063, de 1980**, del Ministerio del Interior. Se entrega la administración y operación de la Atención Primaria a las Municipalidades. Entre 1981 y 1982 se traspasó un 25% de los consultorios existentes a las municipalidades. En 1988 se realiza un nuevo proceso de transferencia que abarcó prácticamente la totalidad de los consultorios y postas.

**D.F.L 1/1981:** Define la institución universitaria en cuanto a sus fines y principios de organización, y fija normas sobre cómo crearlas y regular su funcionamiento inicial. En su artículo 12° identifica las 12 carreras exclusivamente universitarias por requerir la obtención previa a la titulación el grado de licenciado.

**D.F.L 2/ 1981:** Establece obligación de los rectores de las universidades existentes de proponer un programa de reestructuración de éstas al Presidente de la República.

**D.F.L 3/1981:** Dispone normas respecto a la libertad de las universidades para establecer un sistema de remuneraciones para su personal.

**D.F.L 4/1981:** Fija normas sobre el aporte fiscal a las Universidades y sobre el crédito fiscal universitario.

**D.F.L 5/1981:** Define los Institutos Profesionales y establece normas sobre su creación y posterior regulación inicial **D.F.L. 24/1981:** Define los Centros de Formación Técnica y dispone normas para su creación y supervisión.

**Ley 18.469, 1985:** Regula el ejercicio del derecho constitucional a la protección de la salud y crea un régimen de prestaciones de salud. Establece el régimen de prestaciones de salud pública, y se refiere al tránsito entre éste régimen y las Instituciones de Salud Previsional, reguladas por el FDL 3, de 1981 MINSAL.

**D.S. 369, 1985:** Reglamento del régimen de prestaciones de salud.

**Ley 18.575:** Ley Orgánica Constitucional de Bases Generales de la Administración del Estado, 1986.

Ley que ordena la orgánica y el funcionamiento del Estado chileno, estipula las jerarquías y otras normas generales del funcionamiento de los servicios y de los empleados públicos y sus superiores jerárquicos.

Art 2: «Los órganos de la Administración del Estado someterán su acción a la Constitución y a las leyes. Deberán actuar dentro de su competencia y no tendrán más atribuciones que las que expresamente les haya conferido el ordenamiento jurídico».

**Ley 18.834: Estatuto Administrativo, 1989.** Rige las relaciones laborales de todos los empleados en el sector público, incluyendo a los que laboran en el sistema de salud. Regula los derechos y obligaciones de los empleados públicos, requisitos, jornadas de trabajo, asignaciones, cesación de funciones, profesionales, etc. En el Estatuto Administrativo (EA) se definen textualmente los siguientes conceptos atinentes:

«Cargo Público: es aquel que se contempla en las plantas o como empleos a contrata en las instituciones señaladas en el artículo 1º, a través del cual se realiza una función administrativa. Planta de personal: es el conjunto de cargos permanentes asignados por la ley a cada institución, que se conformará de acuerdo a lo establecido en el artículo 5º. Empleo a contrata: es aquel de carácter transitorio que se consulta en la dotación de una institución» Artículo 4: «Las personas que desempeñen cargos de planta podrán tener la calidad de titulares, suplentes o subrogantes. Son titulares aquellos funcionarios que se nombran para ocupar en propiedad un cargo vacante. Son suplentes aquellos funcionarios designados en esa calidad en los cargos que se encuentren vacantes y en aquellos que por cualquier circunstancia no sean desempeñados por el titular, durante un lapso no inferior a 15 días.» Artículo 5º: «Para los efectos de la carrera funcionaria, cada institución sólo podrá tener las siguientes plantas de personal: de Directivos, de Profesionales, de Técnicos, de Administrativos y de Auxiliares». Artículo 6º: «La carrera funcionaria se iniciará con el ingreso en calidad de titular a un cargo de la planta, y se extenderá hasta los cargos de jerarquía inmediatamente inferior a los de exclusiva confianza».

**Ley 18.962 LEY ORGANICA CONSTITUCIONAL DE ENSEÑANZA**, publicada en el DO, el 10 marzo 1990. Fija los requisitos mínimos que deberán cumplir los niveles de enseñanza básica y media, y norma el proceso de reconocimiento oficial de los establecimientos educacionales de todo nivel. Establece las profesiones que necesitarán de título profesional para ser ejercidas

**LEY 19.086, de 1991**, establece nuevas normas sobre remuneraciones y cargos en plantas de personal del sector salud.

Se modificaron los grados a los distintos cargos de planta de los servicios e instituciones dependientes del MINSAL, para elevar en uno o dos grados los cargos de forma que se pudieran elevar los niveles remuneracionales del Sistema. Esta ley estipula además los requisitos específicos para desempeñar los cargos, permitió aumentar el número de cargos, y estableció tramos y niveles en las distintas plantas. Así se fijaron los tramos:

- f) Directivos: grado 17° al 2°
- g) Profesionales: grado 18° al 5°. Los cargos de Asistente Social, Enfermera, Kinesiólogo, Matrona, Nutricionista, Tecnólogo Médico, Terapeuta Ocupacional y Fonoaudiólogos pueden tener los grados del 17° al 10°, los asistentes médicos, administrativos y otros profesionales de formación de entre 6 y 8 semestres podrán tener los grados 18° Al 12°; y otros de formación de entre 8 y 10 semestres podrán tener los grados 18° al 10°.
- h) Técnicos: grados 25° al 12°. Auxiliares paramédicos: grados 25° al 16°; laboratoristas dentales: grado 18° al 14°; contadores: grados 22° al 12°; inspectores y otros técnicos: grados 25° al 12°.
- i) Administrativos: grados 25° al 14°.
- j) Auxiliares: grados 27° al 19°.

Como estos cambios hacían necesaria la normalización de las plantas a los nuevos grados de la EUR<sup>44</sup>, se facultó al Presidente de la República para que mediante nuevos DFL fijara las nuevas plantas congruentes con esta ley.

**D. F.L 1-31/1992 del MINSAL.** Corresponde a las Leyes de Planta actualmente vigentes para cada Servicio de Salud e instituciones dependientes del Ministerio de Salud. Hay un D.F.L para cada servicio, que normaliza las plantas para adecuarlas en su denominación a lo establecido en el artículo 5° del Estatuto Administrativo y a la Ley 19.086 de 1991.

**Ley 19.175 Ley Orgánica Constitucional sobre Gobierno y Administración Regional, 1993.** Ordena la naturaleza y funciones de las Intendencias y Gobiernos Regionales, normas sobre la administración de la región, funciones y órganos del gobierno regional, etc.

**Ley 19.296 (DO, 14 marzo de 1994).** Establece normas sobre Asociaciones de Funcionarios de la Administración del Estado. El derecho a asociación está consagrado para los Empleados Públicos en virtud de esta ley. Regula así mismo la constitución de las asociaciones, la elección de directivos, el fuero laboral y los permisos a que tienen derecho los directivos de las asociaciones.

**LEY 19.378 (DO 13 abril 1995): Estatuto de Atención Primaria** de Salud Municipal, 1995. Rige para unos 20.000 funcionarios Municipales de la salud, es un marco general de Administración Municipal descentralizada, incluyendo una carrera local (antigüedad, capacitación, desempeño), estipula dimensión de la dotación, ordena los egresos y las remuneraciones, su reglamento incluye artículos sobre administración, sobre criterios para asignación del financiamiento que la AP recibirá del MINSAL, sobre contrataciones y término de la relación laboral, etc.

**LEY 19.490, 1996:** Establece asignaciones y bonificaciones que señala para el personal del sector salud.

«Establécese, a contar de 1º de enero de 1997, para el personal de planta y a contrata de los Servicios de Salud a que se refieren el decreto ley N° 2.763, de 1979, y la ley N° 19.414, regidos por la ley N° 18.834 y el decreto ley N° 249 de 1974, excluido el Servicio Metropolitano del Ambiente, una asignación de estímulo por experiencia y desempeño funcionario...» regido por varias normas que se estipulan (% de asignación) sobre la base del sistema de trienios (antigüedad) y el sistema de calificaciones que existe en cada Servicio de Salud.

**Código Sanitario** (publicación oficial actualizada, aprobada en 1996: Ed.Jurídica) El código sanitario rige todas las cuestiones relacionadas con el fomento, protección y recuperación de la salud de los habitantes de la República de Chile. El libro quinto regula el ejercicio de la medicina y profesiones afines.

**Ley 19.536, diciembre de 1997:** Define la profesión de enfermería, redefine la de matrona, y concede una bonificación extraordinaria para enfermeras y matronas que se desempeñan en establecimientos de los SS, en sistema de turnos rotativos, nocturnos y en días sábados, domingos y festivos, en unidades de emergencia, unidades de cuidados intensivos, neonatología y maternidades de establecimientos asistenciales dependientes de los SS.

La bonificación extraordinaria trimestral de \$100.000, con tope de ocho trimestres, contados desde enero de 1997.

**Ley de Presupuesto** de cada año, Partida Ministerio de Salud: que establece la dotación máxima para cada servicio e institución dependiente del MINSAL, incluyendo al personal regido por la Ley 18.834 y al de la Ley 15.076. La ley de presupuesto para la partida Ministerio de Salud estipula en su glosa 01 que «no regirá la limitación establecida en el inciso segundo del artículo 9º de la Ley N° 18.834, respecto de los empleos a contrata incluidos en las dotaciones máximas de personal establecidas en cada uno de los capítulos y programas de esta partida». Esto dice relación con la limitación que tiene toda la administración pública en el referido artículo del Estatuto Administrativo, donde se autorizan los empleos a contrata que no superen un 20% del total de los cargos de la planta de personal. Sin embargo, la glosa 03 establece que el personal directivo a contrata no podrá superar el 10% del total de personal empleado a contrata.



# Anexo 2

## ACRONIMOS

AP	Atención Primaria
ASOFAMECH	Asociación Chilena de Facultades de Medicina
CONACEM	Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas
CONACEO	Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Odontológicas
CONFENATS	Confederación Nacional de Trabajadores de la Salud
CONFUSAM	Confederación Nacional de Funcionarios de la Salud Municipal
DFL	Decreto con Fuerza de Ley
DGZ	Dentista General de Zona
DL	Decreto de Ley
DO	Diario Oficial (fecha de publicación)
EA	Estatuto Administrativo
EAP	Estatuto de Atención Primaria
FENPRUSS	Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud
FENTESS	Federación de Técnicos de los Servicios de Salud
FONASA	Fondo Nacional de Salud
LOCE	Ley Orgánica Constitucional de Enseñanza
MGZ	Médico General de Zona
MINEDUC	Ministerio de Educación de Chile
MINSAL	Ministerio de Salud de Chile
OIT	Organización Internacional del Trabajo

OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
RRHH	Recursos Humanos
RRHS	Regulación de Recursos Humanos de Salud
SAPU	Servicio de Atención Primaria de Urgencia
SNSS	Sistema Nacional de Servicios de Salud
SS	Servicios de Salud





GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD