

RECURSOS HUMANOS PARA SALUD*

Cuad. Méd. Soc. XXXIX, 2, 1998/ 5-10

1. INTRODUCCION

La estrategia declarada del gobierno de Chile para lograr equidad, efectividad, eficiencia, participación social y dignidad en el campo de la salud es el fortalecimiento del subsector público del sistema. El capital más valioso de dicho subsector es su personal. Sin embargo, hace muchos años que no existen una preocupación ni una política suficiente, consistente y coherente respecto a dicho "recurso".

El personal de salud ha sido afectado duramente por las graves dificultades políticas y económicas de las décadas pasadas. A raíz del quiebre de la democracia en 1973, muchos de ellos sufrieron persecución en diversos grados, a causa de las ideas y valores que habían mantenido. Ante la crisis financiera de 1982-1983, el ajuste estructural aplicado ocasionó una fuerte reducción de funcionarios y una drástica compresión de los salarios de quienes permanecieron. A muchos se les hizo depender de los municipios.

Paralelamente se favoreció la creación de empresas privadas en el sector, las cuales pudieron atraer a una parte de los profesionales para servir los objetivos de lucro del nuevo subsector.

A pesar de estos problemas, la alta profesionalización, el compromiso y el eficiente desempeño del recurso humano en el subsistema público han permitido avances importantes en muchos indicadores de salud, así como la preservación de algunos elementos de la racionalidad organizacional del Servicio Nacional de Salud. Pero este esfuerzo, en un contexto de grandes indefiniciones

de la política global de salud, ha conducido a un serio desgaste, frustración y deterioro de la calidad de vida de los trabajadores del sector.

Por ello, resulta paradójico que en este período de retorno a la democracia, los principios más arriba enunciados no se traduzcan en la práctica en una clara política de recursos humanos para el sector, sino sólo de una manera muy parcial, o como respuesta a situaciones coyunturales. Se transita a través de los cambios sin que la voz oficial atienda y considere soluciones de fondo a su discurso.

Por ejemplo, el documento "Política de Recursos Humanos" del Ministerio de Salud (julio 1996), después de reconocer la tradición de excelencia del personal que labora en el sector público de salud y expresar otros conceptos generales positivos, sostiene que el Estado presenta deficiencias intrínsecas de gestión de los recursos humanos; que el Estado es un mal servidor de la gente, ineficaz e ineficiente; y que sus funcionarios faltan al respeto, no forman equipos, no estimulan el desarrollo, la creatividad y la entrega a los demás, y que son indolentes y carecen de compromiso (págs. 6, 11, 25).

El mismo documento propone que se modernice la gestión de los recursos humanos mediante la utilización de incentivos pecuniarios de otorgamiento discrecional a individuos, en función de su rendimiento. Esta "motivación" se refuerza con la incertidumbre acerca de la conservación del empleo, es decir, mediante el uso de la angustia. La flexibilidad gerencial consistiría en la selección de los mejores por sus jefes. El énfasis no se pone

* Este artículo corresponde al capítulo VI del documento "Política de Salud Integral para Chile, Nuestra Visión", Colegio Médico de Chile, Santiago, diciembre de 1998.

en las personas que trabajan por la salud sino en la gerencia de dichas personas. Gerencia ¿por quiénes? Tal enfoque "modernizador" se hace más claro aún en otros documentos, como el proyecto de Ley de Carrera Clínico-Asistencial que pretendía reformar el Estatuto de los Médicos, Dentistas y Farmacéuticos funcionarios (octubre 1995), retirado del Parlamento a petición de los colegios afectados.

Es preciso revisar profundamente esta concepción taylorista según la cual los recursos humanos son artículos en el mercado del trabajo. Son fabricados, elegidos, mantenidos si conviene y descartados por los gerentes. Los profesionales y técnicos carecerían de vocación, de interés por la salud de sus semejantes, de valoración de la estima de sus pares, de aprecio por la recompensa moral, intelectual y estética de su quehacer. Además, no serían sujetos, ni en el sistema de salud ni en la comunidad; no tendrían el derecho ni la capacidad de participar en la continua creación de las acciones de salud frente a cada paciente, grupo y comunidad. Se desconoce el concepto de persona y el de cultura profesional en el caso de los funcionarios de la salud.

Es preciso reflexionar sobre estas concepciones y corregirlas, al formular una política realmente moderna de recursos humanos para la salud.

2. DIAGNOSTICO DE LA SITUACION ACTUAL

a) Profesionales de la Ley 18.834

No ha habido recientemente un estudio de las necesidades cuantitativas. En algunas carreras de este grupo existe un déficit importante de estos profesionales. Por ejemplo, hay sólo 4 enfermeras universitarias por 10 mil habitantes y la cantidad de tecnólogos presenta un déficit de 30%. Entre 1984 y 1995 hubo un aumento de sólo veinte matronas en el Sistema Nacional de Servicios de Salud; el déficit de estas profesionales es particularmente agudo en las zonas rurales de las Regiones III, IV, VIII, X, XI y XII.

Estas faltas se suplen actualmente con turnos de llamada —que son ilegales— y con contratos a honorarios. Ellas se reflejan también en la dificultad para acceder a perfeccionamientos de postgrado, especialmente en las provincias más alejadas de Santiago.

Hay Servicios de Salud que aún no cuentan con sicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales y tecnólogos de las especialidades de

imagenología, oftalmología, y otorrinolaringología; y otros con escasa dotación de kinesiólogos.

Desde los años 80 se han triplicado los ingresos a las escuelas de tecnología médica en algunas universidades sin que medie una justificación clara de tal aumento. A manera de ejemplo, para el caso de estos últimos profesionales, de 300 formados en el campo de la oftalmología, sólo 32 se desempeñan en el sector público.

Las remuneraciones son bajas. En efecto, el 70% de los profesionales se ubica en los últimos grados del escalafón -14 a 18-. El grado tope es el 10, y en este se encuentra apenas un 4% de este personal.

b) Profesionales de la Ley 15.076

Según el Colegio Médico de Chile, en abril 1998 había 17.292 médicos en el país, es decir, 11,3 por 10 mil habitantes. De ellos, el 61% se encuentra en la Región Metropolitana.

De los 11,3 médicos por 10 mil habitantes, 4,5 son generalistas, 4,0 son especialistas básicos y 2,7 pertenecen a especialidades "clásicas", "derivadas" y "otras".

En el Sistema Nacional de Servicios de Salud habría 8.781 médicos (equivalentes de jornada completa).

Se observa una concentración de especialistas en la Región Metropolitana y fuera del SNSS.

Entre las especialidades en mayor falencia figuran: oftalmología, otorrinolaringología, imagenología, anestesiología y salud pública.

Los odontólogos son 6.200 en todo el país; 4,4 por 10 mil habitantes. Se concentran en Santiago, Valparaíso y Concepción. El número de cargos en el SNSS ha disminuido, llegando a ser de 1.049 en marzo de 1998 (322 equivalentes de jornada completa).

Existen alrededor de 3.000 químico-farmacéuticos en el país. De éstos, 2.000 trabajan en el área de farmacia pública y privada. El sistema estatal de salud ocupaba alrededor de 316 Q.F. en marzo de 1998. El sector privado (farmacias) con alrededor de 1.700 Q.F. cubre la totalidad de la red farmacéutica privada.

La política oficial respecto a estos profesionales quedó expresada en gran parte en el proyecto de reforma del Estatuto que les concierne (octubre 1995) a través de la llamada Ley de Carrera Clínico-Asistencial. Este proyecto fue retirado del Parlamento, lo cual abre la posibilidad de rediscutir esa política. El proyecto contemplaba un salario "garantizado" de bajo monto a los profesionales,

los que deberían ganar once concursos sucesivos, sin relación ninguna con una planta o dotación de cargos. El salario podía ser duplicado o triplicado a base de diversas asignaciones, cuya adjudicación dependería principalmente de la disponibilidad presupuestaria y de la decisión del Director del respectivo Servicio de Salud. Habría la facultad de eliminar profesionales al comienzo, durante y al final de la vida funcionaria; uno de los mecanismos para ello podría ser la supresión de cargos. La posibilidad de comprimir o alzar las remuneraciones de personas de una determinada antigüedad se prestaría a errores, injusticias, conflictos y a desplazamientos entre Servicios. Según el proyecto, los Directores de Servicios podrían "ordenar" trabajos extraordinarios y también podrían contratar mediante honorarios por acto a determinados profesionales, funcionarios u otros. Se proponía un ciclo inicial de nueve años, con concursos anuales, lo cual implicaría que los profesionales jóvenes sean una obra de mano barata y desechable: ellos se sentirían desvinculados del sistema, a pesar de que deberían constituir su columna vertebral, y serían empujados hacia la práctica privada—mano de obra ya formada puesta a disposición de las empresas privadas del sector. El proyecto permitía también exagerada intensidad en horas diarias de trabajo, que se sumaba al énfasis vigente en los rendimientos por hora. Hay que destacar que este proyecto excluía a los profesionales de las universidades, del ISP, del Instituto Médico Legal, de las Direcciones de SS y a quienes se desempeñan en Asistencia Pública, UCI, Maternidad, Neonatología y Residencia Médica Hospitalaria. Tampoco acogía la propuesta de reintegrar al Estatuto común a quienes trabajan en la Atención Primaria. Así, se complicaba de modo innecesario la gestión de los "recursos humanos", se disociaba a los profesionales en diferentes "clases" y se desconocía—dañándola— la unidad de propósito que debe tener el sistema.

Las discusiones entre el Colegio Médico y el Ministerio de Salud llevaron a corregir algunos de los problemas del Proyecto y al envió al Parlamento de un nuevo proyecto que modifica la Ley 15.076, al cual podrían introducirse ulteriores perfeccionamientos mediante indicaciones.

3. UNA POLÍTICA RACIONAL DE "RECURSOS HUMANOS" PARA LA SALUD (SECTOR PÚBLICO)

a) Una verdadera política de recursos humanos debe responder al concepto y modelo de sa-

lud que se han presentado en los capítulos anteriores.

Además, debe ser desarrollada simultáneamente con la reorganización del sistema, con la adecuación de las políticas financieras, de racionalización y de ciencia y tecnología.

Los cambios dirigidos a superar los problemas actuales deben en todo caso generar una situación laboral estable, con remuneraciones justas, y que aseguren la participación activa y los demás derechos de los funcionarios. Deberán, además, referirse al total de la dotación de personal: titulares, contratados, a honorarios y otros, y a todas las instituciones del sector público.

b) Una política moderna, que respete los derechos de los funcionarios, que optimice la eficacia y la eficiencia del sistema frente a la población, y que de este modo supere la conflictividad laboral actualmente prevalente, debe hacer uso de un proceso racional de planificación. Este proceso se podrá expresar con la mayor racionalidad si existen una política, un plan y una ley o estatuto único para todos los profesionales de la actual Ley 15.076.

La política y plan nacional de salud permiten—si se usa un método adecuado— definir las necesidades cuantitativas y cualitativas de cada tipo de profesionales, técnicos y auxiliares, en el corto, mediano y largo plazo. Estas necesidades configuran la dotación o planta de cargos del sistema. Los cargos se definen por las funciones a realizar. El plan de recursos humanos comienza por establecer el diagnóstico del personal existente y sigue por un proceso de las modificaciones a introducir en la situación existente a fin de alcanzar progresivamente una dotación cada vez más adecuada. Este proceso debe ser descentralizado y participativo, realizándose en los niveles de Servicio de Salud, establecimiento y equipo y consolidándose a nivel nacional a fin de asegurar la equidad geográfica. La planta debe ser diferenciada entre las profesiones, de manera que permita a cada una el desarrollo de su carrera funcionaria. Ello exige, a su vez, una definición de cada una de las profesiones de la salud así como de su mutua complementariedad para un trabajo en equipo. También es menester especificar la jornada diaria de trabajo, de acuerdo a las recomendaciones de la OIT para el sector y tomando en cuenta los riesgos y el desgaste inherentes a las funciones.

El plan permitirá al Ministerio participar en conjunto con las universidades y las organizaciones gremiales en la determinación del número y

calidad de profesionales y técnicos a formar, y la debida acreditación académica de los centros formadores, evitando que predomine el arbitrio de los objetivos económicos de ciertas casas de estudio.

El plan tomará en cuenta que los déficit actuales tienen un perfil diferente según las profesiones, las especialidades y las regiones, y establecerá prioridades, particularmente con respecto al nivel de primera línea, en las áreas periurbanas pobres de las grandes ciudades.

El plan definirá las necesidades de especialistas y distribución. Se evitará abusar del concepto de flexibilidad o polivalencia que lleve a una delegación riesgosa de las responsabilidades de cada profesión y especialidades en relación a los pacientes.

c) Los profesionales y técnicos de la salud deben ser formados teniendo como norte el servicio competente, con calidad de trato a las necesidades de la población. Los modelos docentes deben fortalecer la vocación y la ética por sobre las motivaciones mercantilistas; deben enseñar el uso inteligente de la clínica y el empleo selectivo y justificado de la tecnología; también deben encauzar la especialización en la forma que el perfil de la epidemiología y de las prestaciones lo requiera. También se debe incluir en los programas, los fundamentos de la salud pública. Es esencial establecer una fuerte coordinación docente-asistencial en el pre y postgrado. En esta materia le cabe al Ministerio de Salud una responsabilidad ineludible en cuanto a orientación programática, financiamiento y evaluación.

Dentro de cada profesión se debe uniformar los currícula de las diferentes escuelas al menos en la etapa básica de formación, con exigencias mínimas de cobertura y calidad.

Por otra parte debe definirse la duración máxima de la formación de pregrado en función de lo académicamente necesario.

En cuanto a los técnicos, el plan permitirá definir la cantidad y tipo realmente requeridos de técnicos de cada nivel de formación.

La formación de los especialistas debe realizarse según programas nacionales definidos por el Ministerio en conjunto con las universidades, colegios profesionales, sociedades científicas y de preferencia dentro del país.

d) Se requiere una reafirmación del concepto de carrera funcionaria; de acuerdo a él es necesario:

1° Definir los distintos cauces que los profesionales y técnicos pueden recorrer dentro de las múltiples posiciones de la planta de cargos. Estos cauces deben ser flexibles, permitiendo el paso de uno a otro cuando ello se justifique. Este paso puede facilitarse creando jornadas compartidas entre niveles, por ejemplo, entre centros de salud y hospital, lo que permite además elevar el status subjetivo del trabajo en centro de salud.

Ello puede cumplirse con la modificación ya propuesta de integrar a los profesionales en un mismo cuerpo legal.

2° Concurso público de carácter nacional para permitir el ingreso al sistema con criterios claramente definidos y que sean pertinentes al cargo, sin condiciones innecesariamente rígidas. Sin embargo, el reglamento de concursos para cargos de la Ley 15.076 requiere de mayor precisión en la definición de criterios para otorgar puntajes y decidir objetivamente las apelaciones.

El ingreso debe acompañarse de un período de orientación técnica y administrativa.

3° Las promociones deben hacerse siempre por postulación nacional a cargos de la planta que sea necesario llenar. Este requisito determina las necesidades de especialistas y de especialización de cada tipo de profesional y también lleva a una correcta distribución geográfica de ellos.

4° Las remuneraciones deben ser justas, y desde el ingreso suficientes para posibilitar un nivel de vida digno sin recurrir al multiempleo. También deben ser suficientes para dejar al profesional el tiempo para mantener al día sus conocimientos. Debe garantizarse la estabilidad y seguridad del ingreso económico y su progresión según la antigüedad, sin perjuicio de que haya la flexibilidad necesaria para que cada persona ocupe el cargo que más conviene a sus competencias. Debe haber, complementariamente, asignaciones temporales relacionadas con responsabilidad, riesgo o aislamiento geográfico. Estas asignaciones deben constituir un sistema simple y no sujeto a la discrecionalidad de superiores jerárquicos; su monto máximo no debe superar una determinada fracción del sueldo base del respectivo cargo, a fin de evitar distorsiones del sistema salarial en su conjunto. El nivel de las remuneraciones debe ser revisado para el conjunto del sistema público, usando como criterios de referencia: las remuneraciones de otros sectores públicos y

de empresas privadas, el producto nacional, el presupuesto fiscal y el valor virtual de las prestaciones entregadas.

Es altamente recomendable estudiar la posibilidad de dedicación exclusiva territorial y/o funcionaria.

5° El egreso del sistema debe estar vinculado a la garantía de un ingreso económico continuo y digno.

e) La carrera funcionaria debe estar ligada al desarrollo de las personas. El concepto de desarrollo se refiere, en primer lugar, a la posibilidad de educación y perfeccionamiento continuo, en relación con las necesidades de la población. En el postgrado, esta educación debe estar dirigida a quienes tienen ya un mínimo de experiencia en servicio y debe ser otorgada a través de cursos formales, modulares, realizados por instituciones acreditadas. Deben excluirse del concepto de "formación" en salud los cursillos, talleres y seminarios, cuyo alcance no va más allá de "informar", y cuya proliferación ha llegado a constituir un factor de desorden e incumplimiento de las funciones normales de los servicios, así como de anarquía en la constitución de los currícula. Debe existir un plan de becas, que sea público y transparente, con cupos para todas las regiones; esto es especialmente importante en relación con las becas al extranjero, lo que debe constituir una tarea de la Oficina de Asuntos Internacionales del Ministerio.

Muy importante en el desarrollo del personal es que tenga plena posibilidad de participar en la toma de decisiones atinentes a su trabajo, en todas las instancias pertinentes de carácter técnico, administrativo, comunitario y académico. La participación lleva a asumir responsabilidades formales con un real conocimiento de los problemas de los servicios.

Un tercer aspecto del desarrollo es el fomento del sentido de pertenencia y seguridad de los funcionarios, necesario para el óptimo desempeño de su trabajo y para su salud mental.

En cuarto lugar, es preciso respetar los valores morales ligados al trabajo en salud y que el sistema sea consecuente con ellos y los apoye. Es sabido que las acusaciones de "mala práctica" pueden ser formuladas en forma abusiva, por razones mercantiles y —por otra parte— se debe apoyar el rol de los colegios profesionales en la debida tuición ética de sus miembros.

Finalmente, el desarrollo del personal incluye el estímulo a la creación científica y a la genera-

ción y aplicación de innovaciones tecnológicas nacionales. En esto debe irse más allá de los actuales y limitados canales de las universidades y CONICYT: participando activamente el Ministerio de Salud, CORFO y los gobiernos regionales.

f) La política de recursos humanos debe ser gestada en conjunto por el Ministerio de Salud, los colegios profesionales, las facultades de la salud y las demás organizaciones de los funcionarios. Es urgente que se devuelva a los colegios las atribuciones que tenían antes de ser reducidos al papel de "asociaciones gremiales".

g) La gestión de los recursos humanos para la salud debe basarse en la participación real de los funcionarios así como en el principio básico de la confianza de las autoridades en su profesionalismo. Requiere asimismo que exista idoneidad profesional en los directivos, para lo cual estos cargos deben adjudicarse por concurso público de antecedentes, garantizando la igualdad de oportunidades para las distintas profesiones y profesionales de la salud. Un indicador fundamental de gestión eficiente es la reducción progresiva del número de cargos llamados "de confianza", ya que esta práctica favorece la influencia excesiva de los intereses partidarios y de grupo en la dirección del sistema y limita la aplicación de criterios objetivos de competencia en los nombramientos.

La gestión de los recursos humanos debe ser realizada y evaluada en el contexto de los demás aspectos de la política: el modelo de atención, la estructura del sistema, el financiamiento. Está particularmente vinculada al modo de asignación de los fondos a los Servicios y al modo de pago a los funcionarios. Si se desea lograr una gestión descentralizada, participativa y conducente a las funciones de promoción y prevención y a la efectividad, eficiencia y equidad, el financiamiento nacional de la salud debe ser distribuido a cada Servicio mediante un presupuesto global y no a través de pagos por acto o por patología tratada; y el pago a los funcionarios debe ser con salarios justos y no por acto ni con salarios insuficientes. El personal debe ser incentivado, especialmente mediante la creación de entornos favorables en los lugares de trabajo, e incluyendo incentivos pecuniarios y no pecuniarios que no introduzcan una distorsión del sistema básico de remuneraciones, ni en el trabajo de equipo ni en el clima laboral, a la vez que no generen rivalidades al interior del equipo de salud.

Por el lugar central que ocupan la política y la gestión del personal de la salud, ellas deben constituir una preocupación prioritaria y directa del ministro. En cuanto a la División de Recursos Humanos, como elemento técnico especializado en esta materia, deberían revisarse sus objetivos y evaluarse el cumplimiento de ellos, con la partici-

pación directa de los colegios profesionales y otras organizaciones interesadas.

La eficiencia no requiere que se pase por sobre los derechos y la cultura de los trabajadores de la salud. Se logrará mejor mediante la colaboración y la competencia profesional que a través de la competitividad individualista.