



Revista de Saude Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo

Brasil

Méndez, Claudio A; Torres A, M Cristina  
Autonomía en la gestión hospitalaria en Chile: los desafíos para el recurso humano en  
salud  
Revista de Saude Pública, vol. 44, núm. 2, abril, 2010, pp. 366-371  
Universidade de São Paulo  
São Paulo, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240184019>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

Claudio A Méndez

M Cristina Torres A

# Autonomía en la gestión hospitalaria en Chile: los desafíos para el recurso humano en salud

## Hospital management autonomy in Chile: the challenges for human resources in health

---

### RESUMEN

En América Latina destacan experiencias de reforma sanitaria en donde se ha dado paso a la implementación de hospitales autónomos. En Chile, el sistema de salud implementa una reforma que introduce los Establecimientos de Autogestión en Red. Estos serán centros de alta complejidad que involucrarán una mayor diversidad técnica, centros de costos y mecanismos de evaluación de la satisfacción de los usuarios. Para el recurso humano en salud, la implementación de estos centros plantea desafíos en la planificación para la provisión de servicios, así como en la transición de la gestión clásica de los equipos a una basada en redes. Estos desafíos involucran la estimación de brechas de especialidades médicas, así como de otras profesiones del sector. Para el éxito de la autogestión en Chile, se deben establecer políticas globales y locales que aborden temas de formación y de organización de la provisión de servicios de salud en estas instituciones.

**DESCRIPTORES:** Administración Hospitalaria. Reforma de la Atención de Salud. Administración de Personal en Hospitales. Gestión en Salud. Chile.

Instituto de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile. Valdivia, Región de Los Ríos, Chile

**Correspondência | Correspondence:**

Claudio A. Méndez

Instituto de Salud Pública

Facultad de Medicina

Universidad Austral de Chile

Av. Carlos Acharán Arce s/n

Campus Isla Teja, Casilla Postal

567, Valdivia, Chile

E-mail: claudiomendez@uach.cl

Recibido: 10/3/2009

Revisado: 6/8/2009

Aprobado: 20/8/2009

---

## ABSTRACT

In Latin America, some health sector reforms have included steps to the implementation of autonomous hospitals. In Chile, the health system is implementing a reform that introduces a network of self-managed institutions. These organizations will be high complexity centers that involve greater technical diversity, cost centers and mechanisms to evaluate users' satisfaction. For human resources in health, the implementation of these centers creates challenges in the planning of service provision and a change from the traditional management style of the teams to one based on networks. These challenges include the estimation of gaps in medical specialists and in other professions in the health sector. In order to be successful with self-management, Chile needs to establish universal and local policies that address training and the organization of health service provisioning in these institutions.

**DESCRIPTORS:** Hospital Administration. Health Care Reform. Personnel Administration, Hospital. Health Management. Chile.

---

## INTRODUCCIÓN

Los procesos de reformas sanitarias implementados en las recientes décadas en América Latina incluyeron cambios orientados a la separación de funciones entre financieros y proveedores, al otorgamiento de derechos a los cuidados, el aseguramiento, al aumento de la cobertura, a cambios en la política de recursos humanos y a la implementación de nuevos modelos de gestión.<sup>16</sup> Además, se fortaleció la función rectora<sup>20</sup> y la descentralización de los servicios.<sup>29</sup> La implementación de los cambios en la gestión se realizó a nivel de la mesogestión y la microgestión de los sistemas.<sup>12</sup> Dichas modificaciones se tradujeron en procesos de reestructuración y reingeniería y no en el fortalecimiento de la autonomía en la gestión de los servicios y de las instituciones hospitalarias.<sup>12</sup>

En los recursos humanos en salud, las reformas del continente introdujeron cambios que favorecieron una mayor productividad, evaluación del desempeño, implementación de sistemas de incentivos y nuevas formas de contratación.<sup>6</sup> No obstante, la inequidad en su distribución, la concentración de especialidades, el aumento en la migración profesional y la flexibilidad de los contratos de trabajo, continúan constituyendo áreas necesarias de mayor regulación.<sup>25</sup>

En Chile, la gestión del sector sanitario en la década de 1990 evidenciaba una débil integración institucional, ausencia de coordinación entre niveles de atención y recursos humanos desaprovechados.<sup>a</sup> En tal sentido, la modernización de la gestión pública en la misma década reconoció el desempeño y capacitación como elementos importantes de la carrera funcional del

recurso humano en salud.<sup>8</sup> Sin embargo, aspectos de formación y planificación del recurso humano en salud continuaron pendientes.

Actualmente, en Chile se implementa una reforma sanitaria dirigida a optimizar la organización del sistema, la priorización de intervenciones en salud y la implementación de hospitales con régimen de autogestión. Así, la implementación de los Establecimientos de Autogestión en Red implica una política de recursos humanos que involucre nuevas herramientas para la gestión y la calidad en la provisión de salud.

El presente artículo tuvo por objetivo introducir algunos desafíos de la política de recursos humanos en salud en el escenario de los Establecimientos de Autogestión en Red. Inicialmente, se abordan aspectos conceptuales y experiencias de autonomía hospitalaria en América Latina, para posteriormente referirse a los desafíos de la gestión de los recursos humanos en salud en la implementación de dichos establecimientos.

## LAS REFORMAS Y LA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS

Los recursos humanos en salud constituyen el componente central y de mayor asignación de recursos en los sistemas de salud<sup>3</sup> y un apoyo crucial para una implementación exitosa de las reformas sanitarias.<sup>15</sup> Sin embargo, su gestión ha sido un tema desestimado al relacionarla al éxito o fracaso de las reformas.<sup>7</sup> Otro aspecto característico de esta relación, ha sido la incapacidad de los ministerios de salud de establecer

<sup>a</sup> Sojo A. Reformas de gestión en la salud pública en Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe: Santiago;1996. (Series Políticas Sociales, 13).

procesos de planificación que satisfagan los requerimientos de los gestores, de la población y del sistema de salud como un todo.<sup>24</sup>

En general, los resultados de las reformas sanitarias sobre los recursos humanos en salud se han traducido en cambios en las formas de contratación y condiciones laborales, dualidad en la relación de empleo público/privado, nuevos mecanismos de reclutamiento y retención, cambios en las habilidades necesarias para los procesos, entre otros.<sup>26</sup> Por estos resultados, algunos autores<sup>21</sup> reconocen la necesidad de discutir aspectos como el incremento de la eficiencia, el mejoramiento del desempeño, una mayor equidad en la distribución del recurso humano en los servicios, el desarrollo de una política y capacidad de planificación y el desarrollar una nueva perspectiva sobre el recurso humano a través de la identificación de sus prioridades en los procesos de reforma sanitaria.

La alineación entre el recurso humano en salud y las reformas sanitarias demanda políticas de recursos humanos dirigidas a otorgar herramientas que, faciliten los procesos de planificación, entreguen soporte para la toma de decisiones, y provean pautas para la evaluación del desempeño.<sup>10</sup> Al mismo tiempo, se debe considerar un uso eficiente de los recursos humanos con las capacidades institucionales como parte esencial del proceso de reforma; esto por la reorientación de la educación, el entrenamiento y práctica de profesionales y el hallazgo de vías para retener y fortalecer las capacidades del recurso humano en salud.<sup>1</sup>

## LA AUTONOMÍA HOSPITALARIA

La autonomía hospitalaria involucra a hospitales públicos que transitan entre ser parte del sector público de salud y el ser instituciones que cuenten con mayor espacio en su gobernanza y gestión.<sup>9</sup> Como objetivos, la autonomía busca mejorar la eficiencia, el reconocimiento de las responsabilidades no médicas, la rendición de cuentas y la elección de prestaciones por los usuarios.<sup>22</sup> Así mismo, busca mejorar la calidad de los cuidados, reducir los costos y aumentar los excedentes institucionales.<sup>28</sup>

En África, muchas experiencias de autonomía hospitalaria se implementaron mediante procesos de descentralización.<sup>5,13</sup> En América Latina, si bien existen otras experiencias, la implementación de las Entidades Autónomas del Estado en Colombia y de los Hospitales Autogestionados en Argentina son ejemplos de autonomía que establecen desafíos para la política de recursos humanos en salud.

En Colombia, con la entrada en vigencia de la Ley 100 los hospitales públicos se transformaron en Entidades Autónomas del Estado, pudiendo establecer contratos con las Empresas Promotoras de Salud (EPS).<sup>14</sup> Las EPS cumplirían funciones de aseguradoras y proveedoras de servicios a los pacientes asegurados<sup>14</sup> y entregarían prestaciones a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS). Las IPS serían aquellas instituciones sanitarias públicas o privadas encargadas de entregar las prestaciones.<sup>11</sup> Así, los hospitales públicos podrían adquirir autonomía para establecer contratos con las EPS y entregar prestaciones de salud.

La entrada en vigencia de las EPS y las IPS instaló un escenario de incertidumbre para el recurso humano en salud en donde temores a la privatización de los hospitales, la inestabilidad laboral, la carencia de información y orientación para enfrentar los cambios fueron los principales aspectos descritos en su implementación.<sup>23</sup> Además, la contratación de terceros por parte de las IPS generó una mayor flexibilidad laboral y reducción en los salarios.<sup>8</sup>

La reforma argentina de la década de 1990 descentralizó el sistema de salud, tanto en el aseguramiento como en la provisión de servicios. En la provisión, destacó el otorgamiento de autogestión a los hospitales públicos.<sup>18</sup> Estos establecimientos podían convenir contratos con aseguradores y prestadores privados, vender servicios, cobrar copagos y destinar parte de sus ingresos a estructuras de incentivos para los recursos humanos.<sup>4</sup> Sin embargo, estos cambios provocaron diferencias en el presupuesto destinado para gestión de recursos humanos<sup>18</sup> y la existencia de un clima de temor y desconfianza en los equipos de salud.<sup>19</sup>

## LA REFORMA SANITARIA Y LA AUTONOMÍA DE LA GESTIÓN HOSPITALARIA EN CHILE

Los cambios al sistema de salud durante la dictadura militar en las décadas de 1970 y 1980 provocaron un severo desfinanciamiento en los servicios hospitalarios que impactó en la calidad del servicio y en la financiación de los recursos humanos.<sup>17</sup> Así, restablecida la democracia el sector sanitario buscó recuperar la inversión en salud, la infraestructura y la accesibilidad a los servicios.<sup>2</sup>

Desde el año 2002, el país implementa una reforma sanitaria orientada a definir garantías explícitas en salud y exigibles para los ciudadanos y mejorar los modelos de atención y gestión del sistema.<sup>27</sup> Así, la reforma se inició con la promulgación y aprobación de la Ley 19.988 que Establece Financiamiento Necesario Para Asegurar Los Objetivos Sociales Prioritarios del Gobierno,<sup>a</sup> con la que se aseguró su financiación. Posteriormente, se

<sup>a</sup> Ministerio de Hacienda. Ley N° 19.988, de 14 de julio de 2003. Establece financiamiento necesario para asegurar los objetivos sociales prioritarios del gobierno. *Diario Oficial*. 13 ago 2003[citado 02 feb 09].Disponible en: <http://www.bcn.cl/leyes/pdf/actualizado/213493.pdf>

**Tabla.** Principales aportes de los cuerpos de ley aprobados por la reforma sanitaria en Chile.

Cuerpo de ley	Aportes
Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión	Define la nueva estructura del Ministerio de Salud. Crea la Subsecretaría de Redes Asistenciales, la cual coordina toda la red asistencial del país. Crea la Subsecretaría de Salud Pública, encargada de las normas sanitarias y la vigilancia epidemiológica. Crea los Establecimientos de Autogestión en Red. Crea la Superintendencia de Salud, cuyo propósito es la supervigilancia del Fondo Nacional de Salud y de las Instituciones de Salud Previsional.
Ley 19.966 que establece el Régimen de Garantías en Salud	Establece garantías explícitas en salud referentes a acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con que deben ser otorgadas las prestaciones asociadas a un conjunto prioritario de programas, enfermedades y condiciones de salud. Establece el contar con estudios para determinar un listado de prioridades en salud y de intervenciones que consideren la situación de salud de la población y cuando sea posible la relación de costo-efectividad de ellas. Contempla la realización de estudios epidemiológicos, de carga de enfermedad, evaluaciones económicas y demanda potencial.
Ley 20.015 que modifica la Ley de Instituciones de Salud Previsional	Establece cambios en relación al funcionamiento de las Instituciones de Salud Previsional y el papel de la Superintendencia en su fiscalización.

promulgaron las Leyes 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión,<sup>a</sup> la 19.966 del Régimen General de Garantías en Salud (GES)<sup>b</sup> y la modificación de la ley de ISAPRES N° 18.433 en la Ley N° 20.015.<sup>c</sup> La última ley concerniente a los Deberes y Derechos de los Usuarios continúa en trámite legislativo en el Congreso Nacional.

Las aportaciones más importantes de los cuerpos legales aprobados se describen en la Tabla.

### Los establecimientos de autogestión en red

La Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria define a los Establecimientos de Autogestión en Red, como aquellos hospitales dependientes de los servicios de salud que tengan mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones. Organizacionalmente, deberán cumplir con procedimientos de medición de costos, de calidad de la atención, de la satisfacción de los usuarios y deberán fijar la dotación máxima de personal en su presupuesto.

Los directores de los Establecimientos podrán dirigir la ejecución de programas, diseñar planes de desarrollo y organizar internamente el establecimiento. Así mismo, contarán con un Consejo Consultivo de Usuarios integrado por cinco representantes de la comunidad vecinal y dos representantes de los trabajadores del establecimiento que tendrá naturaleza consultiva en la fijación de políticas y la evaluación de los planes institucionales.

Inicialmente, se contempló el año 2009 para la implementación de los Establecimientos en todo el país, sin embargo, esta fecha fue postergada en razón de optimizar aspectos de su implementación.

### LOS DESAFÍOS DE LA AUTOGESTIÓN

En un principio, la reforma propuso el desarrollo y fortalecimiento del recurso humano en salud a través de la redefinición de las profesiones médicas, la formación continua, la acreditación y el estudio de mecanismos de carrera e incentivos.<sup>27</sup> Sin embargo, al implementar los cambios estructurales y organizacionales al sistema, dichas propuestas no fueron incluidas. Así, los desafíos para la política de recursos humanos de los Establecimientos de Autogestión en Red se basan en funcionar en un modelo de red y en la prestación de las patologías GES.

Para funcionar en red, el modelo de empresa centrada en el proceso productivo comienza a no funcionar. El estilo fondista, “cada uno aprieta su tuerca” sin involucramiento en el resultado final, debe cambiarse por un enfoque estratégico centrado en la resolución de las demandas de salud que plantean los usuarios mediante una oferta de prestaciones de las instituciones ajustada a la demanda actual y a la proyectada. Además, se necesita mudar de las decisiones basadas en el historial, a las decisiones basadas en prospectiva, cambiando la masividad en la cobertura de la atención por la focalización

<sup>a</sup> Ministerio de Salud de Chile. Ley N° 19.937, de 30 de enero de 2004. Modifica el D.L. n° 2.763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. *Diario Oficial*. 24 feb 2004[citado 06ene09]. Disponible en: <http://www.bcn.cl/leyes/pdf/actualizado/221629.pdf>

<sup>b</sup> Ministerio de Salud de Chile. Ley N° 19.966, de 25 de agosto de 2004. Establece un régimen de garantías en salud. *Diario Oficial*. 03 sep 2004[citado 06ene09]. Disponible en: <http://www.bcn.cl/leyes/pdf/actualizado/229834.pdf>

<sup>c</sup> Ministerio de Salud de Chile. Ley N° 20.015, de 03 de mayo de 2005. Modifica la ley 18.433, sobre instituciones de salud previsional. *Diario Oficial*. 17 mayo 2005[citado 06ene09]. Disponible en: <http://www.bcn.cl/leyes/pdf/actualizado/238102.pdf>

en diversos grupos prioritarios. Así mismo, el enfoque estratégico requiere una lectura de escenarios para garantizar sinergias intra e interinstitucionales.

Así, la satisfacción de la demanda de las GES en los Establecimientos de Autogestión en Red podrán orientarse a los requerimientos y la planificación del recurso humano; con mayor claridad en la identificación de brechas de especialidades médicas y otras profesiones de la salud que constituyan un cuello de botella para la resolución y gestión de la demanda. A su vez, la planificación deberá determinar las competencias genéricas que se espera tengan los recursos humanos bajo la autogestión.

Finalmente, la percepción de los equipos de salud respecto a los cambios y espacios de decisión que

la autonomía les otorga debe ser considerada para disminuir la incertidumbre frente a temas como la flexibilidad laboral y privatización de servicios, como se describió en otros procesos de autonomía hospitalaria del continente.

## COMENTARIOS FINALES

La implementación de los Establecimientos Autogestionados en Red constituye una experiencia no exenta de las dificultades de otros procesos implementados en el continente. Por esto, su éxito dependerá de las tareas realizadas por los propios establecimientos de salud y de los marcos regulatorios e incentivos de las políticas públicas de salud en Chile.

## REFERENCIAS

1. Alwan A, Hornby P. The implications of health sector reform for human resources development. *Bull World Health Organ.* 2002;80(1):56-60. DOI:10.1590/S0042-96862002000100010
2. Artaza O, Montt J, Vásquez C. Estructura y recursos humanos en un hospital público chileno: una experiencia de cambio. *Rev Panam Salud Pública.* 1997;2(5):342-51. DOI:10.1590/S1020-49891997001100007
3. Beaglehole R, Dal Poz MR. Public health workforce: challenges and policy issues. *Hum Resour Health*[internet].2003[citado 2009 feb 23];4(1). Disponible en: <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/4>
4. Belmartino S. Una década de reforma de la atención médica en Argentina. *Salud Colect.* 2005;1(2):155-71.
5. Bossert T, Beauvais JC. Decentralization of health systems in Ghana, Zambia, Uganda and the Philippines: a comparative analysis of decision space. *Health Policy Plan.* 2002;17(1):14-31. DOI:10.1093/heropol/17.1.14
6. Brito P. Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral. *Rev Panam Salud Pública.* 2000;8(1/2):43-54. DOI:10.1590/S1020-49892000000700008
7. Buchan J. Health sector reform and human resources: lessons from the United Kingdom. *Health Policy Plan.* 2000;15(3):319-25. DOI:10.1093/heropol/15.3.319
8. Carrion CA, Hernández ML, Molina G. La autonomía de las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS): más un ideal que una vivencia institucional. *Rev Fac Nac Salud Pública.* 2007;25(2):75-84.
9. Collins D, Njeru G, Meme J, Newbrander W. Hospital autonomy: the experience of kenyatta national hospital. *Int J Health Plann Mgmt.* 1999;14(2):129-53. DOI:10.1002/(SICI)1099-1751(199904/06)14:2<129::AID-HPM541>3.0.CO;2-R
10. Dussault G, Dubois CA. Human resources for health policies: a critical component in health policies. *Hum Resour Health*[internet].2003[citado 2008 ago 21];1(1). Disponible en: <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/1> DOI:10.1186/1478-4491-1-1
11. Echeverri O. Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. *Rev Panam Salud Pública.* 2008;24(3):210-6. DOI:10.1590/S1020-49892008000900008
12. González García G. Las reformas sanitarias y los modelos de gestión. *Rev Panam Salud Pública.* 2001;9(6):406-12. DOI:10.1590/S1020-49892001000600013
13. Hanson K, Atuyambe L, Kamwanga J, McPake B, Mungule O, Ssengooba F. Towards improving hospital performance in Uganda and Zambia: reflections and opportunities for autonomy. *Health Policy.* 2002;61(1):73-94. DOI:10.1016/S0168-8510(01)00212-3
14. Hernández M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cad Saude Pública.* 2002;18(4):991-1001. DOI:10.1590/S0102-311X2002000400007
15. Hómedes N, Ugalde A. Human resources: the Cinderella of health sector reform in Latin America. *Hum Resour Health*[internet].2005[citado 2008 ago 21];3(1). Disponible en: <http://www.human-resources-health.com/content/3/1/1> DOI:10.1186/1478-4491-3-1
16. Infante A, de la Mata I, López-Acuña D. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. *Rev Panam Salud Pública.* 2000;8(1/2):13-20. DOI:10.1590/S1020-49892000000700005
17. Jimenez J, Bossert T. Chile's health sector reform: lessons from four reform periods. *Health Policy.* 1995;32(1-3):155-66. DOI:10.1016/0168-8510(95)00733-9
18. Lloyd-Sherlock P. Health sector reform in Argentina: a cautionary tale. *Soc Sci Med.* 2005;60(8):1893-903. DOI:10.1016/j.socscimed.2004.08.032
19. Machado AL, Giaccone M, Alvarez C, Carri P. Health reform and its impact on healthcare workers: a case study of the National Clinical Hospital of Cordoba, Argentina. *Soc Med.* 2007;2(4):156-64.
20. Marín JM. Fortalecimiento de la función rectora de las autoridades sanitarias en las reformas del sector de la

- salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2000;8(1/2):21-32. DOI:10.1590/S1020-49892000000700006
21. Martínez J, Martineau T. Rethinking human resources: an agenda for the millennium. *Health Policy Plan*. 1998;13(4):345-58. DOI:10.1093/heapol/13.4.345
  22. McPake BI. Public autonomous hospitals in sub-Saharan Africa: trends and issues. *Health Policy*. 1996;35(2):155-77. DOI:10.1016/0168-8510(95)00778-4
  23. McPake B, Yepes F, Lake S, Sanchez L. Is the Colombian health system reform improving the performance of public hospitals in Bogotá? *Health Policy Plan*. 2003;18(2):182-94. DOI:10.1093/heapol/czg023
  24. Narasimhan V, Brown H, Pablos-Mendez A, Adams O, Dussault G, Elzinga J, et al. Responding to the global human resources crisis. *Lancet*. 2004;363(9419):1469-72. DOI:10.1016/S0140-6736(04)16108-4
  25. Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y fortalecimiento de la gestión de los recursos humanos en el sector salud. Washington; 2001.
  26. Rigoli F, Dussault G. The interface between health sector reform and human resources in health. *Hum Resour Health*[Internet].2003 [citado 2009 feb 23];9(1). Disponible en: <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/9> DOI:10.1186/1478-4491-1-9
  27. Sandoval H. Mejor salud para los chilenos: fundamentos sanitarios, políticos y financieros de la necesidad y oportunidad de hacer una reforma al sistema de salud chileno. *Cuad Med Soc (Santiago de Chile)*. 2004;43(1):5-20.
  28. Sharma S, Hotchkiss D. Developing financial autonomy in public hospitals in India: Rajasthan's model. *Health Policy*. 2001;55(1):1-18. DOI:10.1016/S0168-8510(00)00106-8
  29. Ugalde A, Hómedes N. Descentralización del sector salud en América Latina. *Gac Sanit*. 2002;16(1):18-29. DOI:10.1590/S0213-91112002000100004

---

Los autores declaran que no hay conflicto de intereses.