

IDENTIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES PARA ALCANZAR LA INTEGRALIDAD EN LA IMPLEMENTACIÓN Y MONITOREO DE UNA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS EN RISS –CHILE. 2014

Serie de estudios
nacionales N° 2



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas



IDENTIFICACIÓN DE LAS CONDICIONES PARA ALCANZAR LA INTEGRALIDAD EN LA IMPLEMENTACIÓN Y MONITOREO DE UNA POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS EN RISS – CHILE. 2014

Elaborado por: Doctor Mario Parada Lezcano

MINISTERIO DE SALUD DE CHILE

ORAS CONHU

Santiago de Chile, Noviembre 2014

Catalogación Biblioteca Ministerio de Salud de Chile

Parada L., Mario [Consultor]

Informe final consultoría: Identificación de las condiciones para alcanzar la integralidad en la implementación y monitoreo de una política de recursos humanos en RISS Chile 2014.

Santiago de Chile: Ministerio de Salud, Diciembre 2014.

1. Recursos Humanos en Salud
2. Política de Recursos Humanos en Salud
3. Chile

NLM Classification: W76

Esta publicación ha sido realizada por el Ministerio de Salud de Chile y el ORAS-CONHU.

Esta publicación ha sido financiada por ORAS-CONHU, en el marco de la ejecución del proyecto PLAN SANITARIO DE INTEGRACIÓN ANDINA – PlanSIA del Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue, el mismo que cuenta con financiamiento del Fondo General de Cooperación Italiana (FGCI) y el Banco de Desarrollo de América Latina (CAF) y es administrado por el Centro de Educación Sanitaria y Tecnología Apropriada en Salud (CESTAS).

Esta publicación se enmarca dentro de la cooperación técnica conjunta entre la Organización Panamericana de la Salud OPS/OMS y el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue.

El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido o traducido, total o parcialmente sin autorización previa, con la condición de citar específicamente la fuente y no ser usado con fines comerciales.

Derechos reservados conforme a Ley.

ÍNDICE

• INTRODUCCIÓN	5
• BREVE MARCO TEÓRICO	6 - 10
a. Redes Integradas de Servicios de Salud	6
b. Gobernanza en Salud	6 - 8
• ASPECTOS METODOLÓGICOS	10 - 12
• RESULTADOS	13 – 28
a. Diagnóstico base de las causas de la fragmentación de la gobernanza entre niveles de atención primaria de salud y el nivel de mayor complejidad de la red en Chile 2014	13 – 26
b. Sugerencias para alcanzar la integralidad en la implementación y monitoreo de una política de recursos humanos en RISS en Chile	26 – 28
• CONCLUSIONES	29
• REFERENCIAS	30

INTRODUCCIÓN

La Gestión de los Recursos Humanos en Salud (GRHS) es un área estratégica para el éxito de toda política sanitaria, sobre todo para alcanzar Sistemas Universales de Salud.

Además, existe un amplio consenso respecto que se requiere fortalecer los sistemas de salud basados en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) y que a su vez estén centradas en APS, lo que se ha visto reflejado en la preocupación de los organismos internacionales, en las políticas de salud de los países de la región, así como en otras instancias de trabajo conjunto de actores involucrados en la problemática, como la academia.

Es así como los países de la subregión andina Bolivia, Chile, Colombia, Ecuador, Perú y Venezuela, integrados en el Organismo Andino de Salud – Convenio Hipólito Unanue (ORASCONHU) elaboraron y aprobaron mediante Resolución de noviembre de 2012, la Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos en Salud y la implementación de su Plan de Acción 2013-2017. Dicha política andina tiene 5 líneas estratégicas que abordan las áreas de preocupación común (ORAS, 2013):

1. Fortalecimiento del rol rector de la autoridad sanitaria en los países andinos
2. Desarrollo de capacidades para sistemas de salud basados en la atención primaria, atención integral, salud familiar e interculturalidad
3. Fortalecimiento de la capacidad de planificación para disminuir la brecha de recursos humanos, incluyendo la gestión de la migración.
4. Desarrollo del trabajo decente y competencias para la gestión del trabajo en salud.
5. Desarrollo de la inteligencia colectiva en recursos humanos.

En este marco, el Grupo Técnico Andino de Recursos Humanos en Salud integrado por los delegados de las direcciones nacionales de recursos humanos, decidió solicitar un estudio con el objetivo de *“Analizar la gestión del componente de Recursos Humanos (RHS) en los modelos de salud familiar, comunitaria e intercultural en los países andinos”*, buscando *“identificar qué modelos y estrategias de gestión de RHS están aplicando los países de la subregión y su efecto para disminuir las condiciones de inequidad, desigualdad y exclusión en el acceso a la salud que aún prevalecen en los países de la región, especialmente en las zonas más carenciadas económica, social y culturalmente”*. (ORAS, 2014)

Dentro de las conclusiones de dicho estudio están: fortalecer los mecanismos y estrategias de gobernanza del sistema de RHS, incorporando alianzas con la sociedad civil, así como ampliando la participación de más categorías de profesionales y técnicos de la salud; uso de sistemas de incentivos, siendo necesario ampliar la visión incorporando estrategias de incentivos no económicos; avanzar hacia un estado en que la gestión y el desarrollo de los RHS represente una solución posible para mejorar la efectividad del sistema de salud en su conjunto.

Coherentemente con los resultados de dicha consultoría y con la Política de Recursos Humanos de Chile, se decide realizar el presente estudio con el objeto de profundizar el diagnóstico a nivel nacional y generar propuestas de acción que permitan alcanzar la integralidad en la implementación y monitoreo de una política de recursos humanos en Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS).

BREVE MARCO TEÓRICO

a. Redes Integradas de Servicios de Salud

Para la presente consultoría se han usado dos documentos fundamentalmente: el primero es el llamado Redes de Atención en Salud (Vilaça, 2013) y el segundo las Redes Integradas de Servicios de Salud (OPS, 2010).

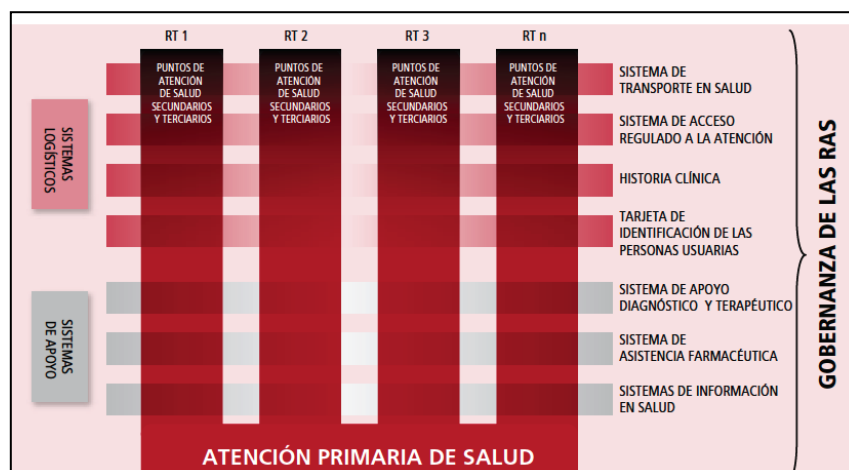
Por lo tanto la definición de Redes Asistenciales que utilizaremos es la que plantea que estas son *“organizaciones poliárquicas de conjuntos de servicios de salud, vinculados entre sí por una misión única, por objetivos comunes y por una acción cooperativa e interdependiente, que permiten ofertar una atención continua e integral a determinada población, coordinada por la atención primaria de salud - proporcionada en el momento oportuno, en el lugar apropiado, al costo adecuado, con la calidad necesaria, de forma humanizada y con equidad - y con responsabilidades sanitaria y económica y generando valor para la población”* (Vilaça, 2013). Cabe destacar que esta definición es muy similar a la utilizada por la OPS y en ambas se pone como eje central a la Atención Primaria de Salud (APS).

De dicha definición emergen los contenidos básicos de las Redes de Atención de Salud (RAS) según Vilaça:

- presentan misión y objetivos comunes;
- operan de forma cooperativa e interdependiente;
- intercambian constantemente sus recursos;
- son establecidas sin jerarquía entre los puntos de atención de salud,
- se organizan de forma poliárquica;
- implican un continuo de atención en los niveles primario, secundario y terciario;
- requieren una atención integral con intervenciones promocionales, preventivas, curativas, cuidadoras, rehabilitadoras y paliativas;
- funcionan bajo coordinación de la APS;
- proporcionan una atención oportuna, en el momento y lugar adecuados, de forma eficiente y ofertando servicios seguros y efectivos, en consonancia con las evidencias disponibles;
- se centran en el ciclo completo de atención de una condición de salud;
- tiene responsabilidades sanitarias y económicas incuestionables con su población;
- y generan valor para su población.

Este autor también plantea el siguiente esquema de trabajo operacional de las RAS, el cual permite visualizar lo señalado precedentemente y además permite relacionar estos componentes ideales con el concepto de gobernanza que discutiremos más adelante.

Esquema del trabajo operacional de las RAS según Vilaça (2013)



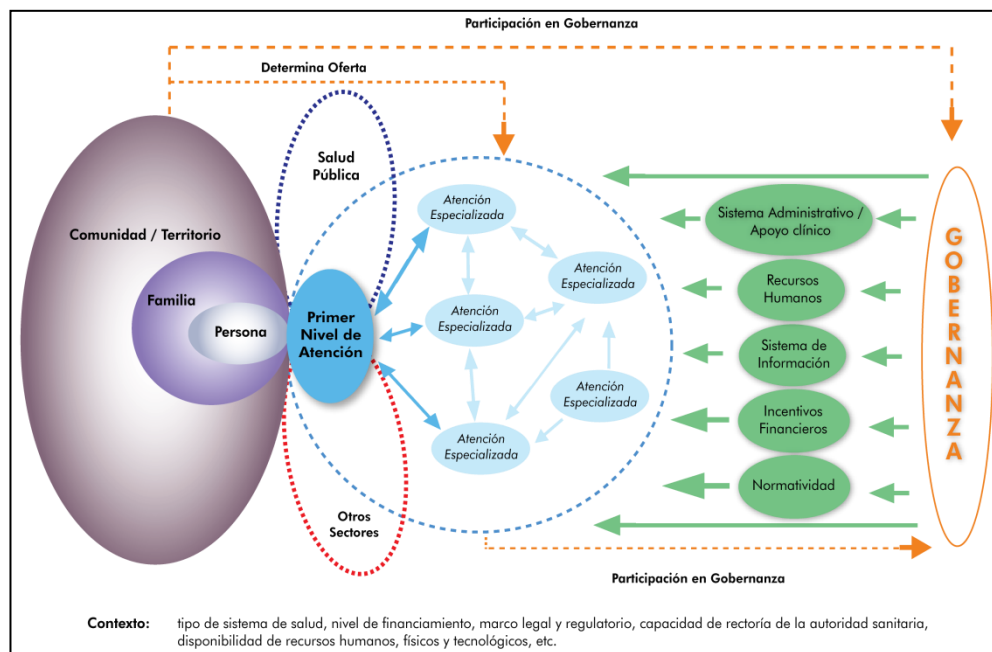
Por otra parte, la OPS hace mucho énfasis en los atributos de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), y entre estos se destacan aspectos diferentes al modelo anterior, que lo complementan y robustecen.

Atributos de las RISS (OPS, 2010)

1. Población/territorio a cargo;
2. Red de establecimientos de salud que comprende todos los niveles de atención con servicios de salud personales y de salud pública;
3. Primer nivel de atención de atención multidisciplinario y resolutivo, puerta de entrada e integrador del cuidado de la salud;
4. Servicios de especialidad preferentemente en ambientes extra-hospitalarios;
5. Coordinación asistencial;
6. Cuidado de la salud centrado en la persona, la familia y la comunidad/territorio;
7. Sistema de gobernanza único;
8. Participación social amplia;
9. Acción intersectorial y acción sobre determinantes de la salud y la equidad;
10. Gestión integrada de los sistemas de apoyo administrativo, clínico y logístico;
11. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red;
12. Sistema de información integrado;
13. Gestión basada en resultados;
14. Financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red;

De estos atributos llaman poderosamente la atención aquellos que se refieren a los aspectos asociados a la gobernanza, ya que junto con considerarla como un atributo en sí misma (Nº7: sistema único), se incluye explícitamente la participación social.

A continuación se muestra el esquema de las RISS según OPS (2010) y su relación explícita con la gobernanza.



Es destacado además, que en este modelo de RISS, los recursos humanos están incluidos de manera explícita en la gobernanza necesaria de la red.

b. Gobernanza en Salud

Son múltiples las definiciones de gobernanza en salud y múltiples sus enfoque de análisis (Labonté, 2010; Báscolo, 2010; Cunill et al., 2010; Hufty, 2010). Para la presente consultoría hemos decidido adoptar la definición y enfoque analítico de Hufty (2010) que plantea que *“no existe una definición consensual y estable de la gobernanza, es polisémica. No sólo se utiliza el término para diferentes objetos y con definiciones distintas, pero algunos lo utilizan con varios sentidos en diferentes obras, y a veces en un mismo texto. La solución se puede dar con una definición precisa y con un objeto claramente delimitado. Con referencia a su coherencia social, se trata de un concepto políticamente cargado o polémico, porque se utiliza como herramienta para imponer desde afuera un cambio social (en América Latina, se usa el término de “buena gobernabilidad”).”*

En su artículo, Hufty, nos muestra un sistema de análisis que denomina Marco Analítico de la Gobernanza (MAG), en donde la gobernanza se refiere a *“una clase de hechos sociales, los procesos colectivos formales e informales de toma de decisión y de elaboración de normas sociales con relación a asuntos públicos”*, aclarándonos que este enfoque implica delimitar muy claramente esta conceptualización de las que se hacen del sistema político, por un lado, y de las políticas públicas por el otro.

En este marco, la gobernanza es un producto que comprende un conjunto de elementos, o categorías de análisis, que se interrelacionan y alimentan mutuamente: el problema en sí mismo, los actores, los puntos nodales, las normas y los procesos. En el capítulo de resultados haremos una descripción de estas categorías para no repetir las conceptualizaciones innecesariamente.

Hemos optado por este enfoque porque está más basado en una perspectiva proveniente de las ciencias sociales, más hermenéutica que positivista, y por ende menos tecnocrática que las que se utilizan habitualmente. De hecho, Hufty plantea que su propuesta incluye el principio epistemológico de la reflexividad que se refiere al efecto “en espejo” generado por el observador

sobre la realidad. Señala Hufty que *“en un primer nivel, observar hechos les modifica, especialmente en ciencias sociales. En un segundo nivel, el observador realiza una selección de los hechos que observa, así como de la metodología y de las interpretaciones”*. Este marco analítico, por lo tanto, se sustenta en elementos más heurísticos que hacen más “confortable” el espacio de reflexión para el cientista social en el escudriñamiento de la realidad social.

Además, este MAG es más coherente con la conceptualización misma de gobernanza ya que admite la pluralidad en las visiones, lo que implicaría *“distanciarnos de nuestra perspectiva como observador o actor. Es un paso fundamental para un análisis realista y una solución posible. Por lo tanto, la primera etapa del MAG es la de deconstruir y reconstruir el problema”*.

Por último, también utilizaremos el planteamiento de Báscolo (2010) que señala que finalmente la construcción institucional de un sistema integrado de salud es interpretado como producto de un proceso social, en donde se combinan lo que él denomina *“diferentes modos de gobernanza”*, que se expresan en las diferentes formas de resolución de los aspectos normativos, de regulación de la prestación de los servicios, de la distribución de recursos y de los valores sociales que legitiman estos procesos.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Problema abordado por la Consultoría:

Fragmentación de la gobernanza entre niveles de atención primaria de salud y el nivel de mayor complejidad de la red en Chile 2014.

Objetivo General:

Profundizar en un diagnóstico de las variables que afectan la fragmentación de la gobernanza entre niveles de atención primaria de salud y el nivel de mayor complejidad de la red, en Chile 2014.

Objetivos Específicos:

- Identificar las causas que originan fragmentación de la gobernanza de RHUS entre niveles de atención primaria de salud y el nivel de mayor complejidad de la red en Chile.
- Sugerir condiciones para alcanzar la integralidad en la implementación y monitoreo de una política de recursos humanos en RISS en Chile.

METODOLOGÍA UTILIZADA

Se realizó en primer lugar una lectura de literatura seleccionada y recomendada, asociada a los objetivos (Documentación revisada, ver más abajo). De esta lectura surgieron los documentos que finalmente fueron utilizados en el breve marco teórico y en el análisis de los resultados de la consultoría, que están especificados en el acápite final, referencias bibliográficas.

Se realizaron entrevistas a informantes claves y/o expertos/as, para recabar información directamente relacionada al cumplimiento de los objetivos, así como también para corroborar los elementos que estaban contenidos en la literatura revisada. La técnica utilizada fue la de entrevistas semiestructuradas, las cuales fueron grabadas cuando fue posible. Más abajo se muestran las entrevistas realizadas.

A continuación, se muestra el guion general utilizado en las entrevistas.

Guión de entrevista general

- ¿cómo caracterizaría la gobernanza actual en la gestión de los RHS en Chile?
- ¿cómo contribuye la GRHS en la articulación de la red asistencial en los SS?
- ¿cuáles son los factores o elementos facilitadores y obstaculizadores de la integración o fragmentación de la gobernanza de la GRH?
- ¿qué rol específico le atribuye a la participación de I@s actores de la salud en la gobernanza?

Tal como ya se adelantó, para el análisis de los resultados se utilizó el Método de Análisis de Gobernanza de Hufty (MAG).

ACTIVIDADES PRINCIPALES REALIZADAS

1. Revisión y Análisis de Documentos
2. Entrevistas a expertos e informantes claves
3. Análisis de entrevistas
4. Preparación del informe final
5. Entrega del informe

DOCUMENTACIÓN REVISADA

- Academia de Medicina del Instituto de Chile. 2008. Informe sobre la situación actual de la Educación Médica en Chile.
- Ernesto Báscolo. 2010. Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de Salud. Rev. salud pública. 12 sup (1): 8-27, 2010
- Camilo Bass. Municipalización de la APS en Chile. PDF. 2013.
- Centro de Políticas Públicas PUC. 2014. Fortalecimiento de la atención primaria de salud: propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno. Temas de la Agenda Pública. Año 9 / No 67 / abril 2014.
- Colegio Médico de Chile. 2014. Recurso Humano Médico. Propuesta para Potenciar la Salud Pública. (Mesa de Trabajo MINSAL). Asamblea Anual Santa Cruz 2014.
- Nuria Cunill Grau, Margarita Fernández, Marcos Vergara y Eduardo Araya. 2010. LA GOBERNANZA SISTÉMICA EN EL SECTOR SALUD. PROYECTO FONDECYT N° 1090433.
- Ronald Labonté. 2010. Health Systems Governance for Health Equity: Critical Reflections. Rev. Salud Pública. 12 (1): 62-76, 2010
- Ministerio de Salud. 2008. ESTRATEGIAS DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD: ALGUNAS REFLEXIONES. Michèle Guillou. Jornada Nacional de los Coordinadores locales de la Educación Permanente en Salud. Santiago, 4 de Diciembre de 2008.
- Ministerio de Salud. 2010. Estudio de brechas de oferta y demanda de médicos especialistas en Chile. Colaboración Técnica Banco Mundial – Gobierno de Chile. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Departamento de Estudios de Recursos Humanos. SERIE CUADERNOS DE REDES N°31.
- Ministerio de Salud. 2010. GRUPO DE TRABAJO FORTALECIMIENTO DEL SISTEMA PÚBLICO DE SALUD. Julio de 2010.
- Ministerio de Salud. 2011. “Taller de Planificación de RHS”. 12 al 14 de Julio de 2011.
- Ministerio de Salud. 2011. ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD. Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década. 2011-2020.
- Ministerio de Salud, 2012. RESOLUCIÓN EXENTA N° 1118. Aprueba “Política de Recursos Humanos”.
- Ministerio de Salud. 2012. POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS.
- Molina, Carlos. 2010. Institucionalidad sanitaria chilena 1889-1989. LOM ediciones.
- OMS-OPS. 2014. 154.a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO. ESTRATEGIA PARA EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD Y LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD. Washington, D.C., EUA, del 16 al 20 de junio del 2014.
- OMS-OPS. 2014. 66.a SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS. ESTRATEGIA PARA EL ACCESO UNIVERSAL A LA SALUD Y LA COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD. Washington, D.C., EUA, del 29 de Septiembre al 3 de octubre del 2014.
- OPS. 2010. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. N°2. La formación en medicina orientada hacia la Atención Primaria de Salud.
- OPS. 2010. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. N°3. La acreditación de programas de formación en medicina y la orientación hacia la APS.
- OPS. 2010. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. N°4. Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas.
- OPS. 2011. Redes Integradas de Servicios de Salud: El desafío de los Hospitales. Santiago de Chile.
- OPS. 2011. Insumos para una Política de Recursos Humanos en Chile. Aportes de la Misión de la OPS a Santiago de Chile, 13-15 de julio de 2011. Versión Final. Dr. Charles Godue.
- OPS. 2012. Educación médica: ¿Hacia dónde ir? Rosa María Borrel.

- OPS. 2012. Ideas principales de la conferencia Beyond Flexner: Misión social de la Educación Médica. Charles Godue. Tulsa, Oklahoma. Mayo 2012.
- OPS. 2013. LAS REDES DE ATENCIÓN DE SALUD. Eugênio Vilaça Mendes. Edición en español. Brasília-DF.
- ORAS - CONHU. 2013. POLÍTICA ANDINA DE PLANIFICACIÓN Y GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD.
- ORAS – PlanSIA. 2014. CONSULTORÍA PARA EL ANÁLISIS DE LA GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN LOS MODELOS DE SALUD FAMILIAR, COMUNITARIA E INTERCULTURAL EN LOS PAÍSES ANDINOS.
- Parada, Mario. 2004. “Evolución del Sistema de Protección de la salud en Chile: un análisis sociológico”. Tesis Doctoral. Departamento de Sociología Universidad Autónoma de Madrid. Diciembre de 2004.
- Tetelboin, Carolina. 2003. La transformación neoliberal del sistema de salud. Chile: 1973-1990. Reformas de primera generación. UAM-Xochimilco y Academia.

EXPERTOS/AS E INFORMANTES CLAVES ENTREVISTADOS/AS

NOMBRE	CARGO	FECHA ENTREVISTA
ANITA QUIROGA	Jefa de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas del Ministerio de Salud	09.10
ANTONIO ORELLANA	Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Valparaíso. Miembro de ASOFAMECH (Asociación de Facultades de Medicina de Chile)	13.10
EDUARDO BARTOLOMÉ	Subdirector Médico del Servicio de Salud Metropolitano Central. Ex Director de Salud de las Municipalidades de San Miguel y La Florida.	14.10
JOSÉ CONCHA	Jefe del Departamento de Formación y Desarrollo de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas del Ministerio de Salud	27.10
PEDRO YAÑEZ	Jefe del División de Atención Primaria de Salud del Ministerio de Salud	27.10
ALEJANDRA CORTEZ	Directora del Área de Salud de la Corporación Municipal de Viña del Mar	30.10
ANTONIO EGUREN	Asesor del Departamento de Atención Primaria del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota.	30.10
LORETO VENT	Directora del Hospital Eduardo Pereira del SS Valparaíso San Antonio.	06.11
NURIA CUNILL	Ex Profesora de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.	NO ACCEDE
MARÍA INES ROMERO	Directora de la carrera de Medicina Sede Santiago de la Universidad San Sebastián.	CON Licencia Médica
OSVALDO SALGADO	Director de Servicio de Salud Metropolitano Sur	NO REALIZADA

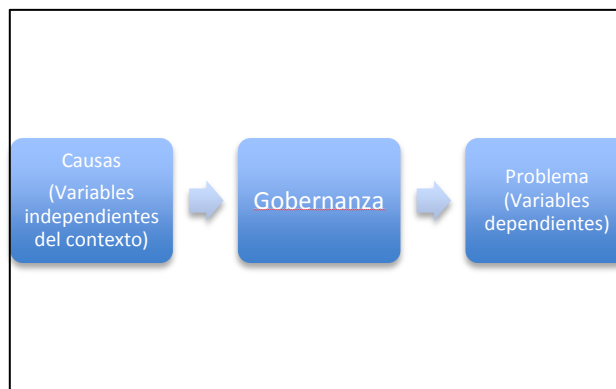
RESULTADOS

a. Diagnóstico base de las causas de la fragmentación de la gobernanza entre niveles de atención primaria de salud y el nivel de mayor complejidad de la red en Chile 2014.

El sistema de análisis diagnóstico utilizado se basa en la metodología propuesta por Hufty (2010), en donde se entiende a la gobernanza como una variable intermedia para la producción de un problema, vale decir no se constituye en causa ni consecuencia, sino en un medio explicativo de las interfases entre las variables independientes (causas) y las dependientes (problema/s).

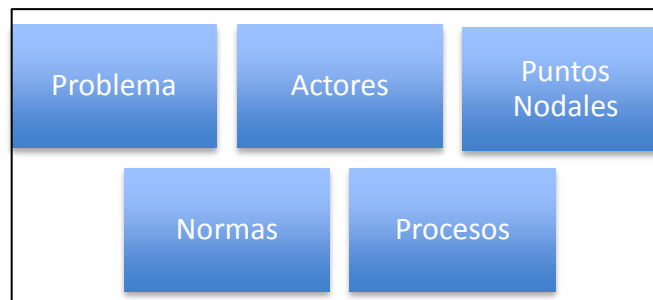
Sin embargo, paradójicamente en este modelo, la gobernanza que es una variable intermedia es además causa y causada, dentro del marco teórico constructivista en que se inscribe este método.

Esquema: Proceso de gobernanza asumido como variable intermedia (Adaptado de Hufty, 2010)



Dentro de esta metodología se describen las categorías de análisis de la gobernanza, las cuales serán utilizadas para este diagnóstico causal.

Categorías de análisis general utilizadas para el diagnóstico (basado en Hufty, 2010)



Problema

Al ser esta una consultoría, el problema viene dado, vale decir nos encontramos en un contexto cerrado, y este ha sido enunciado como sigue: *“Fragmentación de la gobernanza entre niveles de atención primaria de salud y el nivel de mayor complejidad de la red en Chile 2014”*.

Sin embargo, los objetivos de la consultoría hacen referencia a la gobernanza de la Gestión de los RHS:

- Identificar las causas que originan fragmentación de la gobernanza de RHUS entre niveles de atención primaria de salud y el nivel de mayor complejidad de la red en Chile.
- Identificar las condiciones para alcanzar la integralidad en la implementación y monitoreo de una política de recursos humanos en RISS en Chile.
- Establecer un diagnóstico base sobre el cual construir una estrategia de integración entre ambos niveles de atención de salud, señalando fases y actores involucrados.

Como se puede observar, aparece una cierta incongruencia entre el problema enunciado y los objetivos de la consultoría. Entonces, se nos planteó una primera disyuntiva a resolver, lo cual es muy coherente con la metodología elegida y que utilizaremos: realizar una adecuada y crítica definición del problema. ¿Es la GRHS la que se encuentra fragmentada o es la red asistencial pública la que se encuentra fragmentada?

Para resolver, esta primera cuestión, mostraremos un resumen del análisis documental, que observa los elementos relacionados al tema de la consultoría y que nos ayudarán a definir de manera más adecuada el problema abordado por esta.

Estrategia Nacional de Salud (Ministerio de Salud, 2011)

En este importante documento para la política pública nacional, existen las siguientes estrategias e indicadores relacionados con el problema a dilucidar, específicamente en el Objetivo Estratégico N° 7 “Fortalecer la Institucionalidad del Sector” en el cual se incluyen las áreas de Recursos Humanos, Gobernanza y Participación social, y Gestión Asistencial.

En el tema de Recursos Humanos no hay ningún indicador directamente asociado a la integración de la red asistencial.

En el tema de gobernanza y participación en donde existe explícitamente el resultado esperado “Integración del Sistema de Salud”, se formula solo un indicador relacionado al área del problema:

- "Porcentaje de comunas cuyos Planes de Salud Comunal son aprobados por el Consejo Integrador de la Red Asistencial (CIRA), por Servicio de Salud."

En el tema Gestión Asistencial, se señala como resultado esperado “el diseño, implementación y evaluación de la Red” y se explicitan los siguientes indicadores relacionados con el funcionamiento de la red asistencial:

- Orientaciones Técnicas relacionadas a la elaboración de protocolos de referencia y contrarreferencia elaboradas/actualizadas
- Proporción de SS que cuentan con evaluación del cumplimiento de la programación anual de la Red Asistencial
- Proporción de SS cuyo CIRA cuentan con Plan de Trabajo implementado y evaluado
- Proporción de SS que cuentan con elaboración y/o actualización de protocolos de referencia y contrarreferencia validados en el CIRA
- Proporción de Redes Asistenciales Macrorregionales con evaluación de cumplimiento del Plan de Trabajo anual.

Política de Recursos Humanos (Ministerio de Salud, 2012)

En este importante documento, la política hace suyos los planteamientos de las RISS de la OPS (2010). Señala explícitamente que la política debe *“contribuir a optimizar el trabajo en red, a partir de la definición de directrices cohesionadoras y del reconocimiento de las atribuciones, roles y responsabilidades de cada una de las instituciones que forman parte del sector salud”*, para lo cual se deben *“ejercer las acciones de planificación, asignación de recursos, asistencia técnica y articulación de la red de recursos humanos de salud, realizando el control necesario para asegurar el cumplimiento de estos lineamientos”*. Termina explicitándose que *“en esta perspectiva de integración de diferentes niveles, el desarrollo de un sistema de planificación contribuye sustantivamente a la gestión en red de los recursos humanos de salud...”*.

En tal sentido se señalan en la política las siguientes declaraciones relacionadas a las RISS y su gobernanza:

- *“El Ministerio de Salud impulsará la conformación de los equipos de personal requeridos para el funcionamiento de sus organismos dependientes y redes asistenciales integradas con énfasis en el fortalecimiento de la estrategia de atención primaria, en base al desarrollo de un sistema de planificación de recursos humanos”*.
- *“El Ministerio de Salud reconoce que el equipo de salud interdisciplinario con enfoque de salud familiar y comunitaria es la base del desarrollo de un sistema de redes integradas basado en atención primaria y se compromete a promover su formación e incorporación al sistema de salud”*.
- *“Las políticas fomentan el trabajo en red, la autonomía y descentralización, en base a la instalación de competencias y empoderamiento de los equipos locales de gestión”*.
- *“Las políticas contribuyen a alinear los intereses de los distintos integrantes del sistema de salud, ya sea a nivel de elaboración de las mismas, como de aquellos niveles encargados de la implementación y ejecución de dichas políticas, estimulando el mejoramiento continuo y la incorporación de cambios positivos y necesarios en la cultura organizacional, a objeto de vincular el aporte de las personas al logro de las estrategias institucionales”*.
- *“Las instituciones del sector (público), deberán impulsar una administración eficaz del ciclo de vida laboral de su personal, aplicando de manera rigurosa y diligente la legislación vigente en materia de carrera funcionaria, para lo cual deberán efectuar anualmente los procesos correspondientes, aplicando estrategias de orientación a los funcionarios sobre sus derechos, así como de difusión de resultados y mecanismos que aseguren la oportunidad, transparencia y adecuación de los procesos”*.
- *“Uno de los principales desafíos para el fortalecimiento de la Red de Recursos Humanos en las Instituciones del Sector Público de Salud es incorporar una dimensión estratégica en la Gestión de las Personas y procurar su alineamiento con los procesos de la organización, la administración de la transformación y cambio organizacional”*.

Resultados de la consultoría para el análisis de la gestión de recursos humanos en los modelos de salud familiar, comunitaria e intercultural en los países andinos (ORAS, 2014):

En este estudio, los principales hallazgos referidos a la GRHS y pertinentes a la problemática en Chile, útiles para la presente consultoría se resumen como sigue:

Gobernanza

Atributo	Calificación de la Consultora
Políticas de RHS	Desarrollo Avanzado El país cuenta con políticas de RHS que, teniendo visión de red integrada, no han logrado su plena institucionalización
Capacidad de Rectoría de RHS	Desarrollo Avanzado El nivel de gobernanza posee capacidad de rectoría sobre las instituciones que integran la red asistencial, evidenciando limitada capacidad rectora sobre instituciones formadoras
Mecanismos de Monitoreo y Control	Desarrollo Intermedio El nivel de gobernanza cuenta y aplica mecanismos parciales de monitoreo y control de las políticas y normas que regulan el campo de RHS

Se observó que la política de RHS no ha logrado su plena institucionalización a pesar de contar con una visión de red integrada; que existe capacidad rectora sobre las instituciones de la red; y finalmente, que se cuenta con mecanismos parciales de monitoreo y control en el campo de los RHS.

Gestión del Empleo

Atributo	Calificación de la Consultora
Mecanismos de retención RHS	Desarrollo Intermedio El país cuenta con mecanismos de retención aislados que no consideran las posibilidades de la red asistencial en su conjunto

En esta dimensión se concluyó que en relación a la retención de los RHS existen mecanismos aislados que no consideran la red asistencial en su conjunto.

Gestión del Desempeño

Atributo	Calificación de la Consultora
Sistemas de incentivos	Desarrollo Avanzado El país cuenta con un sistema de incentivos que considera los diferentes componentes de la red asistencial con énfasis en el nivel primario de salud
Sistema de Carrera Sanitaria o trabajo decente	Desarrollo Avanzado El país cuenta con un modelo integrado de carrera sanitaria que considera los diferentes componentes de la red asistencial según sus propias particularidades

En este acápite se declara que Chile cuenta con un sistema de incentivo que considera los diferentes componentes de la red asistencial y además con un modelo integrado de carrera sanitaria que considera las particularidades de los niveles.

Desarrollo Institucional y Organizacional

Atributo	Calificación de la Consultora
Estructura de Gestión de RHS	Desarrollo Intermedio El país cuenta con una dirección de nivel nacional con limitada capacidad de articulación, supervisión y control de las unidades de gestión de RHS adscritas a cada establecimiento o centro de salud

Termina señalando que la estructura de Gestión de RHS a nivel nacional tiene una limitada capacidad de supervisión y control de las unidades de gestión de los niveles locales.

Otros Estudios de Interés

La gobernanza sistémica en el sector salud (Cunill et al., 2010)

Esta investigación realizada en 2010, da cuenta de una serie de elementos relacionados con el problema que se define. Los autores señalan en sus conclusiones que se evidencia que *“para el funcionamiento como “red” de la red asistencial, hay sólo una instancia que pretende ser integradora, el CIRA; pero que adolece de una serie de falencias, entre ellas su carácter consultivo y la no obligatoriedad de participación de los otros actores, particularmente del nivel primario de atención”*. Además se plantea que los sistemas de gestión no están integrados adecuadamente, haciendo especial mención a la derivación y contradervación. Así, señalan los investigadores, que *“la gobernanza en red, componente sustantivo de la gobernanza sistémica, se zanjó en forma incompleta en la reforma, en la medida en que la institucionalidad necesaria para su despliegue, si bien fue contemplada en el espíritu de la ley (Ley de Autoridad Sanitaria), no cuenta con las condiciones suficientes (particularmente, en términos de recursos) para el ejercicio de sus funciones a lo largo del país...”*. Además son enfáticos en señalar que la reforma consolidó *“las fracturas de la red sistémica en la medida en que no profundizó en los roles, funciones y atribuciones de las instituciones e instancias que podrían jugar un rol en esa perspectiva (en especial, CIRA; y articulaciones territoriales entre Autoridad Sanitaria y Servicios de Salud)”*.

En este estudio no se hizo una aproximación a la GRHS y por ende no se visualizaron relaciones entre ella y la desintegración de la red asistencial.

Fortalecimiento de la atención primaria de salud: propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno. (Centro de Políticas Públicas, Pontificia Universidad Católica de Chile, 2014)

Aunque se trata de un estudio centrado en la APS se señala que no es posible considerar el nivel primario separado de los otros niveles, por lo que todo esfuerzo de integración y coordinación es clave para mejorar la APS; al analizar el tema de la gestión de los RHS no hacen referencia a la fragmentación de ésta y solo señalan lo siguiente: *“una evidente falta de médicos para la APS; los médicos existentes tienen insuficientes competencias para resolver en forma efectiva los problemas que enfrentan y muchas veces no están preparados para el trabajo con equipos multidisciplinarios; bajo reconocimiento del trabajo en el nivel primario, lo que se expresa a nivel de políticas públicas en los bajos sueldos; y la insuficiente importancia asignada a la APS en la formación profesional y de especialidad”*. Las propuestas que hacen los autores solo abordan estos aspectos de los RHS. Por otra parte, hacen referencia a la mejoría de la funcionalidad de la red entendida como mayor coordinación de los niveles de atención en los aspectos de gestión para lo cual se propone crear una *“Dirección de Continuidad Asistencial, donde un médico de familia forme parte de un equipo directivo de la red... busca mejorar la resolutivez del sistema de salud con una lógica de funcionamiento en red, a través de un cargo directivo dedicado a ello”*. Se concluye que *“una política pública eficiente y efectiva en salud en Chile debiera considerar la modificación del modelo actual de APS, situándola como eje articulador de la red de salud”*,

reiterando lo señalado por el gobierno al momento de realizar la reforma y sin señalar nada respecto de los aspectos estructurales de la fragmentación de la red.

Otros documentos de interés

El Colegio Médico (2014) explicita que *“la Red de Salud se encuentra completamente disgregada, con una APS totalmente separada de la atención secundaria y terciaria. Esta es además poco resolutive, porque no hay médicos generales ni especialistas suficientes, ni una carrera funcionaria que lo fomente”*. *“La red se fortalecería con un solo cuerpo legal unificado para todos que es la Ley 19.664¹ incluyendo a los hospitales de la red pública, la APS y los hospitales experimentales... Así se establecería una carrera funcionaria en un marco legal único para todos los médicos de desempeño diurno*. Los médicos insisten en que este aspecto es clave y debe ser considerado como una reforma medular del sistema de salud. Sus propuestas señalan una serie de nuevos incentivos económicos y profesionales que permitirían según el gremio, *“ligar estas mejoras económicas a compromisos de gestión y/o producción de interés para la red asistencial... Con ello se alcanza un salario adecuado y se tiene una carrera funcionaria con estímulos logrables y con la posibilidad de movilidad funcionaria dentro de la red”*. Finalmente, son enfáticos en señalar que se requiere un sistema que tenga una APS plenamente integrada a la atención secundaria y terciaria, con movilidad permanente de los especialistas hacia ese sector.

Entonces, ¿cuál es el problema? ¿GRHS fragmentada o es una red asistencial pública fragmentada?

Como se ha podido observar, en la mayoría de los documentos analizados el énfasis está puesto en la gestión de recursos humanos en sí misma y se le relaciona más bien indirectamente con la red asistencial o con redes integradas. Sin embargo, se observa también que las referencias a la red se hacen en el ámbito de su funcionalidad y no en el ámbito de los resultados de su acción. No hay explicitaciones respecto al diagnóstico de su fragmentación estructural. De hecho, el único documento que relaciona, aunque de manera indirecta, la fragmentación de la red con la GRHS es el del Colegio Médico.

Dado todo lo anterior, definiremos el problema como sigue: **“fragmentación de la GRHS en la red asistencial pública de Chile”**

Seguiremos entonces, avanzando con las categorías de análisis del MAG.

Normas

Considerando la definición que hace Hufty de las normas, como *“las expectativas colectivas haciendo referencia a lo que es considerado un comportamiento apropiado en una sociedad”*, las normas están en la raíz del problema identificado ya que se constata una **institucionalización de la fragmentación de la red asistencial pública**, vale decir por un lado existe la red de “propiedad” de los Servicios de Salud y por otra la red de Atención Primaria municipalizada. Este proceso de institucionalización es de una profundidad tal que casi se constituye en una naturalización del hecho a nivel formal, sin embargo varios de los actores entrevistados lo visualizan y lo critican.

¹ La ley 19.664 es uno de los principales cuerpos legales que rigen la contratación y carrera de los Profesionales Médicos y Odontólogos diurnos, Químico Farmacéuticos y Bioquímicos, en los niveles secundarios y terciarios de la Red Asistencial.

“La Municipalización ha tenido más de agraz que de dulce” (Directivo Ministerio de Salud)

“Desmunicipalización, el actor municipal muchas veces es solo político. (Académico)

“El tema clave es la municipalización, nunca se ha considerado en serio cómo afectó el funcionamiento del sistema de salud”. (Directivo Servicio de Salud)

“A partir de la experiencia lo mejor es desmunicipalizar, se ha probado, salvo excepciones, que no se hacen cargo de la salud”. (Directivo Servicio de Salud)

Esta institucionalización se ha legitimado y mantenido a través de la legislación que le dio origen, que no ha sido reformada sino más bien reforzada posteriormente a través de la creación de la carrera funcionaria propia para los trabajadores de la atención municipalizada, el Estatuto de Atención Primaria, que implicó la existencia de **dos carreras funcionarias en el sector público de salud², administradas por dos actores, los Servicios de Salud y los Municipios³.**

“Constituir Red más allá del empleador” (Directivo Minsal)

“Aquí la carrera para los funcionarios es mucho mejor”. (Directivo Municipal)

Más recientemente la Ley que consagró la división-separación de funciones a través de la creación de dos subsecretarías de salud (redes asistenciales por una parte y salud pública por la otra) ha actuado a favor de la institucionalización de la fragmentación⁴.

“Objetivo es bueno de la separación de funciones. Pero hay confusión que tiende a duplicar en el área de prevención y promoción”. (Directivo MInsal)

“El discurso de salud ya no existe, es más enfermedad, individual “elige vivir sano””. (Directivo Servicio de Salud)

Como se apreció en la Política de Recursos Humanos, no se hace mención alguna de la división existente en la carrera funcionaria y se apela por la constitución de la RISS asumiendo un discurso normativo que apela al mejor funcionamiento a través de una adecuada GRHS.

“Todos hablan en reorientar a APS y no estamos haciéndolo. Se debe hacer reingeniería. Modificar el perfil de egreso... un cambio cultural en la academia y afuera” (Académico).

Esta institucionalización está legitimada además, por el hecho de que la gestión del recurso humano, a su vez, está **escindida dentro de la organización interna del Ministerio de Salud**. Por una parte está la gestión de los recursos humanos de la red propiedad de los Servicios de Salud instalada en la División de Gestión y Desarrollo de las Personas y por otra, la gestión de los mismos recursos pero de la atención municipalizada en la División de Atención Primaria (afortunadamente ambas dentro de la Subsecretaría de Redes Asistenciales).

“Gestión dividida desde la municipalización, se intentó unificación en 2006 y no dio resultado por ser leyes diferentes, se han ido distanciando... fracasó por necesidad del modelo”. (Directivo Minsal)

² La carrera funcionaria vigente hasta la promulgación del Estatuto de APS estaba dada por el Estatuto Administrativo y la Ley médica, para el sistema en su conjunto.

³ En realidad, se trataría de múltiples carreras funcionarias ya que cada municipio tiene la autonomía para “robustecer” los incentivos, especialmente económicos, en sus plantas contratadas, por lo que la situación laboral difiere, de facto, entre un municipio y otro.

⁴ Si bien este cuerpo legal no hace referencia directa a la GRHS, al separar las funciones de esta manera y dejando a la autoridad sanitaria encargada de las tareas de promoción de la salud y prevención primaria de la enfermedad, dos funciones básicas de la APS, se genera según los actores entrevistados un refuerzo de que la red debe estar separada también.

Además, los **incentivos normativos y regulatorios** están puestos en el **funcionamiento parcelar** de la red, vale decir por niveles, no están puestos en la búsqueda de que el resultado final sea el buen funcionamiento de la red asistencial en su conjunto. Esta situación queda muy explícita en los indicadores incluidos en la Estrategia Nacional de Salud.

*“Dar incentivos reales a la articulación de la red ya que no se va a tocar la municipalización”.
(Directivo Minsal)*

“Poner al centro a la persona permitiría ver más claramente que se requiere una red, que el éxito es cuando la red ha funcionado para solucionar el problema de la persona. El éxito no es conseguir mis propias metas, mis indicadores”. (Directivo Servicio de Salud)

*“En los compromisos de gestión, la Integración de Red, no hay más de 4 indicadores de 50”.
(Directivo Minsal)*

“Además los incentivos están puestos en las metas del hospital autogestionado”. (Directivo Hospital)

Otra evidencia importante de este proceso de institucionalización de la fragmentación de la red, de la existencia de dos sistemas públicos con dos lógicas, con dos empleadores, con dos carreras funcionarias, es el cambio de discurso político de la Confederación Nacional de Funcionarios de Salud Municipal (CONFUSAM) desde una defensa de la posición de desmunicipalización de la APS a una posición de defensa de la mantención del status quo.

“Hay propuesta de una sola Ley, pero los médicos de APS estarían en contra”. (Directivo Minsal)

“A nivel nacional obviamente la CONFUSAM a favor de la no desmunicipalización” (Directivo Municipal)

Así la norma vigente que hemos detectado es que la fragmentación de la gestión del Recurso Humano en el sector público es consustancial a la fragmentación de la red, que es estructural, y no solo funcional y que se encuentra prácticamente naturalizada⁵.

De acuerdo a lo señalado, no se da en esta realidad un pluralismo normativo, vale decir la norma establecida y legitimada es la fragmentación de la red asistencial pública, sin que existan marcos normativos alternativos que entren a competir con la norma vigente. Tampoco han existido discursos discordantes en la agenda pública de los diferentes gobiernos desde el advenimiento de la democracia post dictadura militar, ni construcción de discurso social al respecto.

Resumiendo y utilizando la clasificación de las normas sugeridas por Hufty:

- Se detecta una especie de **“meta norma”** (valores y criterios estructurales) que está sustentando la diagnosticada fragmentación de la GRHS, la cual es la **fragmentación de la red asistencial**.
- Por otra parte están las **normas constitutivas**, expresadas en los cuerpos legales vigentes que cristalizan **dos carreras funcionarias** diferentes.
- Finalmente, las **normas regulativas**, expresadas en el **sistema de gestión del RHS escindido a nivel del Ministerio de Salud y en los incentivos al funcionamiento fragmentado de la red**.

⁵ En este punto, cabe destacar que la autoridad en su rol de rectoría ha impulsado una serie de cambios formales (incluso legales) para mejorar el funcionamiento de la red asistencial, pero siempre manteniendo la estructura institucionalizada, casi naturalizada, señalada. Los resultados de tales estrategias de acuerdo a los actores entrevistados son diversos y variables, sin embargo su discusión excede de los objetivos de la presente consultoría.

Actores

Para el análisis de los actores y su interacción con las posibles causas del problema seguiremos a Hufty quien plantea que “el tipo de recursos controlados, la combinación de los mismos por un actor y su habilidad para movilizarlos en función de sus propios intereses potencian su poder para determinar o cambiar las reglas de juego. La metodología propone entonces un análisis situacional del poder relativo de los actores. Es una función de cuatro variables: los recursos controlados, la voluntad y capacidad de movilizar sus recursos, la movilización efectiva en el proceso de gobernanza analizado y la interacción estratégica con los demás actores”.

Esquema de actores identificados



Los actores estratégicos son aquellos con recursos de poder suficientes para impedir o perturbar el funcionamiento de las reglas; los actores relevantes son aquellos involucrados en la trama institucional que poseen los recursos necesarios para considerarse como estratégicos, pero que se movilizan o que se ven dominados en el proceso. Los actores secundarios no tienen el poder suficiente para determinar el cambio de las reglas de juego.

- **Ministerio de Salud (MINSAL):**

El MINSAL es el ente rector de la política pública de salud, por lo que lo hace el actor con más poder de todos los involucrados en el problema. Al ser parte del ejecutivo, tiene la potestad – responsabilidad de proponer los cambios estructurales que requieren cambios legales y por ende es el que podría atacar las causas señaladas en el acápite anterior.

Sin embargo, no hay indicios de que el MINSAL pretenda cambiar la política actual en cuanto a la red asistencial, vale decir se espera se mantenga el status quo estructural y se fortalezcan las estrategias que apuntan a un mejor funcionamiento de la red. Así mismo, no hay reflexión explícita respecto de la gestión separada que se hace, a nivel central, de los RHS, vale decir en dos divisiones distintas.

- **Municipios (Alcaldes):**

Este actor es estratégico en tanto cuanto tiene el poder para presionar y tensionar al MINSAL. Es necesario señalar que se le asigna un rol central al Alcalde, como el decisor final de la implementación de la política de salud a nivel local.

El origen de la entrega de las competencias de salud a los municipios está discursivamente y formalmente instalado en la descentralización, sin embargo, informalmente el discurso se refiere a que el origen está en el uso político de la atención de salud para el logro de objetivos más bien de carácter político estratégico que sanitarios.

Para la mayoría de los actores entrevistados es evidente el bajo interés real que tiene para la administración municipal, simbolizada en sus Alcaldes, la Atención Primaria; se señala que existe la vivencia de la salud como fuente de desfinanciamiento municipal y de

conflicto social (básicamente por la falta de atención médica); no obstante, también se reconocen las ganancias políticas reales y/o potenciales de su utilización en la sustentación política de los gobiernos locales.

En este sentido, no se reconoce a la Asociación de Municipios como un actor en este problema, ya que corporativamente ha asumido un rol pasivo en la problemática de acuerdo a la opinión de los entrevistados.

- **CONFUSAM:**

Este sindicato en la actualidad mantiene una actitud explícita de defensa de la municipalización, argumentando las ganancias que ha significado para los trabajadores una carrera funcionaria diferenciada, que en la actualidad está siendo mejor evaluada que la carrera de los funcionarios del resto del sector público regido por el estatuto administrativo o las leyes médicas. Como veremos más adelante esto no es válido para el gremio médico.

- **Colegio Médico:**

El cuerpo médico representado por el Colegio Profesional mantiene una reivindicación explícita de unificación de las carreras de los profesionales médicos que trabajan en ambos niveles de la red asistencial. Sostienen que este es uno de los caminos necesarios de tomar para encontrar la integración de la red. De hecho es el único gremio que expresa un discurso directamente relacionado con el problema de la fragmentación de la GRHS.

“El Colegio Médico de Chile espera que la autoridad de Salud le dé una nueva mirada a este tema y considere como eje la política de Recurso Humano Médico para el fortalecimiento del sistema público de salud. Este debe incluir a la atención primaria de salud, la que debe estar fuertemente integrada a la red, lo que implica, unidad del marco contractual que favorezca la integración, mejores remuneraciones, movilidad y carrera funcionaria de todos los médicos de la APS... En materia de Carrera Funcionaria (un) marco regulatorio común para médicos de los Servicios de Salud y de APS”. (Colegio Médico, 2014)

Por otra parte, la asociación de médicos de APS del Colegio señala que *“se encuentra pendiente una rigurosa evaluación del proceso de municipalización de la APS en Chile, y teniendo el foco en las necesidades de salud de la población, pareciera que lo más pertinente hoy es realizar una evaluación de las comunas que administran consultorios, con una mejor fiscalización de los recursos y centralizar la administración en los lugares de gestión deficitaria”.* (Bass, 2013)

- **Servicios de Salud:**

Son actores totalmente dependientes de las directrices del MINSAL, a pesar de contar con una autonomía jurídica, son los implementadores directos de la política y no han sido relevantes en la arena decisoria.

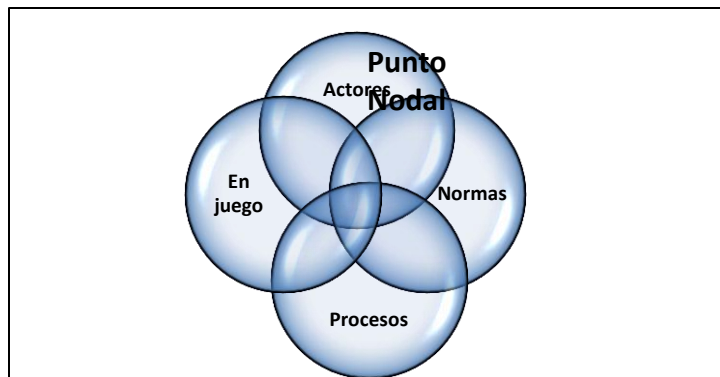
- **Otros Gremios:**

Los otros gremios y sindicatos existentes, que tendrían mucho que decir al respecto, no han articulado plataformas reivindicativas referentes a la desintegración, quedándose en sus roles tradicionales de defensa de intereses propios de la categoría profesional o el grupo laboral que representan.

Puntos Nodales

Se entienden por puntos nodales los espacios físicos o virtuales en donde convergen, en un proceso de gobernanza dado, problemas, actores, procesos (tiempo y espacio), en donde se toman decisiones, se concluyen acuerdos y se elaboran normas sociales.

Esquema de Punto Nodal (tomado de Hufty, 2010)



En el escenario actual y de acuerdo a la configuración de las normas y los actores precedente, existe un punto nodal en el problema de desintegración de la GRHS, este es el **Gobierno en sí mismo**, ya que dada la estructura política vigente en nuestro país, es el ejecutivo la arena donde se producen las discusiones fundamentales que dan impulso y validación a otros espacios o puntos nodales, como pueden ser el Parlamento, Mesas de Negociación u otros.

En la presente consultoría no se detectaron otros puntos nodales, a pesar de que en el discurso de los actores entrevistados aparece con frecuencia la necesidad de constituir espacios de diálogo para abordar esta problemática.

El Gobierno, dado que **no incluye en su agenda actual** el problema en estudio, se constituye en un factor determinante y desfavorable para el cambio, vale decir para la solución de la desintegración de la GRHS.

En este punto del análisis incluiremos un aspecto que está presente en la mayoría de los modelos explicativos de la gobernanza: la **participación social**.

Tal como ya se señaló, en la actualidad no hay un espacio instalado para la discusión, ni menos aún para la participación, en esta problemática. No solo se trata de falta de espacio sino de una falta de participación generalizada de los trabajadores, los cuales son vistos (vividos) prioritariamente como fuente de reivindicaciones específicas y de conflictos asociados a ello.

Por otra parte la ciudadanía, la sociedad civil, los usuarios, o como se le denomine a los ciudadanos/as, no están participando activamente en la generación de políticas públicas, y además el rol de la participación social en este caso, es explícitamente consultivo.

Procesos

Los procesos se entienden como las sucesiones de estados por que pasa un sistema, un sistema problema o un sistema solución según sea el caso.

Implica la evolución histórica de la situación problemática, pero no en sentido historiográfico, sino en una conceptualización más hermenéutica como es la historicidad. El análisis de los procesos bajo este prisma permite la identificación de factores históricos que han determinado el desencadenamiento de acontecimientos que explican la existencia y mantención del problema.

Este aspecto del análisis es el que más elementos explicativos ha entregado en el caso de interés de la presente consultoría, ya que han sido procesos de carácter histórico-políticos-sociológicos los que aparecen como telón de fondo en los discursos recogidos y en los relatos documentados.

La fragmentación de la red asistencial pública tiene su origen en otro evento, traumático para la historia socio-política del país: la dictadura militar. Las transformaciones modernizadoras neoliberales impulsadas por los militares incluyeron al sector salud y se expresaron fundamentalmente en el desmantelamiento del Servicio Nacional de Salud a través de su

transformación en el Sistema Nacional de Servicios de Salud que fragmentó la lógica de funcionamiento y planificación centralizada existente hasta ese momento (1979). Por otra parte, se separa la red intra servicios a través del proceso de municipalización (1981) que dio inicio a la fragmentación definitiva de los niveles de atención. Todo este proceso, aunque traumático para la sociedad y especialmente para el personal de salud, fue implementado sin grandes resistencias y dentro de un contexto de despojo y pauperización mayor del sector público de salud en su conjunto (Molina, 2010; Parada, 2004; Tetelboin, 2003).

En dictadura se produjo además la privatización de una parte de la seguridad social con la creación de las ISAPRE (1981), lo que marca el surgimiento de un nuevo actor en el desarrollo de los acontecimientos: “el sector privado”. Este actor no solo incluye a las aseguradoras, sino también a los prestadores privados que a partir de ese momento tienen un auge inusitado y sostenido en el tiempo. Para el problema que trata esta consultoría, el sector privado no ha sido considerado un actor porque los objetivos de esta, están expresamente referidos al sector público.

No obstante, este actor ha tenido, desde nuestro punto de vista una importancia fundamental, ya que se ha constituido no solo en un telón de fondo de los procesos relatados para el sector público, sino que también en una fuerza transformadora de los relatos y de las premisas de relacionamiento dentro del sector salud en su conjunto.

El desarrollo del sector privado, causa y consecuencia, de un Estado liberal subsidiario, genera y mantiene una serie de vectores movilizados de decisiones políticas, sociales, económicas y en definitiva culturales, que tienen su expresión en las conductas individuales y colectivas de las personas.

En el problema que se analiza, ha resultado más o menos evidente que las voluntades se han expresado por “no innovar” respecto al cuadro de fragmentación de la red introducido en dictadura. Pero, ¿a qué se debe esto?

No es objetivo de esta consultoría que nos pronunciemos profundamente respecto a la interrogante planteada, sin embargo podemos plantear la hipótesis de que se ha producido una especie de “acomodamiento” de los actores a las circunstancias existentes. Esto implicaría por una parte, que se produjo una falta de cuestionamiento de fondo de las causas y consecuencias del proceso de fragmentación quizás por falta de escenarios políticos adecuados o propicios. Por otro lado, implica una situación en donde los actores se van acomodando a las circunstancias más que resistirlas.

Entonces, de facto la fragmentación se mantiene y sus consecuencias van quedando en evidencia, la principal, la APS se va quedando sola, se va transformando en “el patio trasero” del sistema público, incluso en los municipios más ricos. Frente a ello se van tomando medidas funcionales, sin abordar lo estructural. El sistema se va acomodando, por ejemplo, al éxodo de médicos y a la alta rotación de estos en el nivel primario, que se constata a través de la gran incorporación de médicos extranjeros en este nivel; se mantiene explícitamente un discurso de “centralidad” de la atención primaria como si su sola mención bastara para generar fuerzas transformadoras de la realidad. Lo que va ocurriendo es que los procesos de profundización de la fragmentación se van potenciando y poco a poco se van operacionalizando en dos problemas tratados por separado y dos problemas priorizados en sí mismos: la falta de resolutividad de la APS y la falta de médicos especialistas.

Estos dos problemas, más fáciles de abordar por separado y sin entrar en la necesidad de discutir la fragmentación de la red estuvieron muy presentes en los discursos de los entrevistados:

“Se requiere dinero para médicos especialistas que hagan consultorías (en APS)”. (Directivo Ministerio de Salud)

“El empleador debe enaltecer la profesión generalista de la APS”. (Académico)

“Hablan de especialistas, desperdiciando la capacidad ambulatoria”. (Directivo Ministerio de Salud)

“Los especialistas Ipinza⁶ son buena alternativa”. (Directivo Municipal)

“Hay descalificaciones mutuas, y todo pasa por la especialización”. (Directivo Servicio de Salud)

“La APS es el pariente pobre”. (Directivo Hospital)

Tal como señalábamos anteriormente, no podemos olvidar que detrás de todo esto tenemos el telón del actor privado siempre presente. De hecho, por ejemplo, el Colegio Médico señala que *“existe el diagnóstico de que las condiciones del trabajo médico en el servicio público son bastante negativas, marcadas por la falta de especialistas y la ineficiente distribución de estos. Los salarios se encuentran muy por debajo de la oferta en el sector privado, haciendo las remuneraciones muy poco competitivas, a lo que se suma la falta de infraestructura e inversiones en nueva tecnología y a la carencia de incentivos y oportunidades para seguir creciendo profesionalmente. Esto ha generado un éxodo masivo de médicos desde el sector público, donde resulta casi imposible atraer especialistas jóvenes que mantengan y renueven el sistema o que se integren en los servicios de Regiones”* (Colegio Médico, 2014).

La privatización de las relaciones socio-sanitarias ejerce una influencia mayor que motiva discursos que dan cuenta de las necesarias adaptaciones de los diferentes actores, como el siguiente: *“El Colegio Médico de Chile acordó apoyar una disminución progresiva de la compra de servicios a empresas de especialistas, fomentando la realización de tales actividades por profesionales funcionarios que se desempeñen con un mínimo de 22 horas semanales”*. (Colegio Médico, 2014)

Además, este escenario incluye un debilitamiento del rol rector del Estado, del ejercicio de sus potestades regulatorias, atribuido esto a la influencia de las relaciones privatizadas que existen:

“Regulación del Estado, es poco lo que se puede, sin herir susceptibilidades económicas. Debe hacer uso de sus obligaciones (el Estado), por ejemplo de sus universidades estatales”.
(Académico)

“...es muy difícil alcanzar acuerdos por la heterogeneidad de los componentes... no tienen autonomía dependen de los dueños de las Universidades”. (Académico).

“Hay una pelea mercantil extrema... Salud tiene temor de regular, hay instrumentos (normas) y falta competencias”. (Directivo Ministerio de Salud)

“Los Servicios de Salud se pueden hacer cargo, pero está “el menor esfuerzo” están convertidos como transferidores de dinero. Con énfasis en la fiscalización”. (Directivo Ministerio de Salud)

“El sistema es cómodo, porque me limito a cumplir lo propio, aseguro mi financiamiento”. (Directivo Servicio de Salud)

“No se ve el resultado de la Red, el mejor ejemplo es el embarazo y parto, puerperio”. (Directivo Hospital)

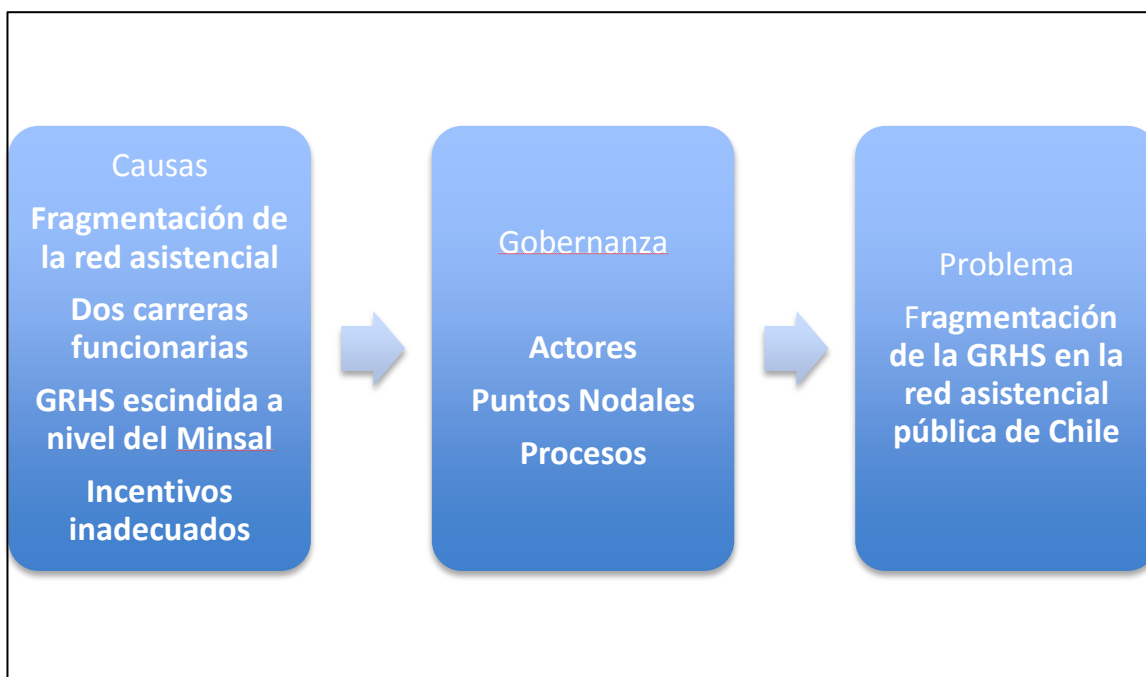
“Retención de médicos, se da por el libre mercado, consumismo, se pone como prioritario lo monetario, lo material. Los nuevos médicos tienen ese norte”. (Directivo Municipal)

Un último elemento a señalar en los procesos asociados al problema, es que si bien es cierto la política y la agenda no incluyen la desmunicipalización (ni siquiera su estudio), el nuevo escenario que se generará con la reforma educacional, actualmente en discusión parlamentaria, incluirá la desmunicipalización de la educación. Ciertamente que ese hecho deberá motivar la problematización – reflexión del mismo fenómeno en el sector salud.

⁶ Se trata de los médicos que se forman en especialidades básicas, con becas del Ministerio de Salud, en modalidad compartida entre atención primaria y atención hospitalaria.

El proceso fundamental que se evidencia es la **mantención del statu quo**, la **desintegración de la red asistencial**, y el desarrollo de estrategias de cambio que apuntan a la mayor y mejor funcionalidad de las redes, traducido en elementos de coordinación, comunicación y flujos de pacientes.

Entonces, la situación diagnóstica se puede esquematizar de manera resumida como sigue:



En el próximo acápite se desarrollan las propuestas de solución sugeridas a partir de este diagnóstico.

b. Sugerencias para alcanzar la integralidad en la implementación y monitoreo de una política de recursos humanos en RISS en Chile.

Para el planteamiento de sugerencias que lleven al cambio de la situación diagnosticada, utilizaremos el marco referencial entregado por Báscolo (2010), ya que él señala justamente que la fragmentación de las redes sanitarias está asociada a problemas de gobernanza, dando gran énfasis a la participación sobre la formulación o implementación de las normas y al grado de libertad o restricción sobre las conductas de los actores.

De hecho plantea que para conseguir que ciertas estrategias logren una integración de servicios en donde las decisiones de los profesionales del primer nivel de atención adquieran mayor poder, éstos actores deben asumir mayor poder o influencia en las definiciones que tienen impacto económico⁷.

⁷ Este es el caso de las reformas del National Health System inglés, en donde los equipos de primer nivel adquieren funciones de compra de servicios del segundo y tercer nivel de atención.

“Las estrategias de incentivos internos a la organización están asociadas con estructuras verticalmente integradas de la función de financiamiento y provisión de servicios. Estas estructuras deben ponderar la reputación y retribuciones de los profesionales del primer nivel y de conductas colaborativas entre niveles de atención para favorecer sistemas integrados de atención basados en APS”. (Báscolo, 2010)

Báscolo, plantea que existe un “Modo incentivo de gobernanza”, que pareciera ser el más apropiado para la realidad chilena, debido al contexto socio-político-económico que hemos relatado en la categoría de análisis “procesos” del acápite anterior. Lo anterior debido a que según el autor, la efectividad de los mecanismos de regulación del modo de incentivos de gobernanza depende de la “vulnerabilidad” de las conductas de los actores a los incentivos económicos, situación que en el caso chileno sería alta. Nos recuerda que “la vulnerabilidad de la conducta de los actores a los incentivos económicos depende tanto de sus valores como de la legitimidad social sobre utilizar incentivos económicos como mecanismo de regulación”, y tal como hemos relatado este es el escenario actual.

Hemos decidido presentar nuestras sugerencias separándolas en dos tipos de acuerdo a las causas normativas diagnosticadas: aquellas que apuntan a los aspectos metanormativos (fragmentación de la red asistencial) y a las normas constitutivas (existencia de dos carreras funcionarias), las denominaremos **ESTRUCTURALES**; y aquellas que están en el ámbito de las normas regulativas (sistema de gestión del RHS escindido a nivel del Ministerio de Salud y los incentivos al funcionamiento fragmentado de la red), las denominaremos **FUNCIONALES**.

Cambios Estructurales

Esta línea de sugerencias apunta a solucionar las causas de fondo que han sido identificadas en esta consultoría e implican un proceso de discusión y participación amplia que culmine con la formulación de proyectos de cambios legales que modifiquen el escenario actual: **unificar la red asistencial pública bajo un mismo ente rector y constituir una carrera funcionaria única para los trabajadores de dicha red.**

Una transformación estructural, que podríamos denominar intermedia, ya que no implica necesariamente la desmunicipalización y/o la creación de una carrera funcionaria única, es abordar específicamente el tema de la Gestión del Recurso Médico, por ser considerado estratégico por todos los actores. La propuesta es la señalada por el propio Colegio Médico, vale decir la **unificación de la carrera funcionaria médica**, o dicho de otro modo fusionar los cuerpos legales vigentes en una sola ley que incluya a todos los profesionales sean trabajadores de la red municipal o de los Servicios de Salud.

“Mirar al largo plazo, dejar de hacerlo es el riesgo de estar en el sillón (Gobierno); mirar el pasado para ver qué no funcionó. Pensar en todos los cortes de cinta que no va a hacer este gobierno” (Directivo Ministerio de Salud)

Siendo coherentes con el MAG utilizado, para que estos cambios tengan alguna probabilidad de implementación futura, se debe iniciar un cambio en el punto nodal (Gobierno) y la generación de otros puntos nodales, de manera de configurar una cadena nodal. El cambio al cual nos referimos es que efectivamente el Gobierno se constituya en un **espacio de discusión participativa** acerca de la conveniencia de la mantención de la fragmentación estructural de la red asistencial pública.

Al señalar que se constituyan otros puntos nodales, estamos planteando la constitución de mesas de diálogo y análisis crítico al respecto conformadas por la sociedad civil y los sindicatos, de manera de generar las propuestas necesarias para los cambios, con **participación social efectiva**.

“Gran reforma de los Recursos Humanos de la Salud!!... Hacer un nuevo trato!!” (Directivo Minsal)

“Participación ciudadana es clave” (Directivo Servicio de Salud)

“Entregar poder a los consejos consultivos” (Directivo Minsal)

“¿Quién tiene la sabiduría? Hacer diálogos ciudadanos” (Directivo Minsal)

Ciertamente que estos cambios deben estar sustentados en una amplia batería de evidencias, por lo que será necesario el **financiamiento y ejecución de múltiples estudios**, que tengan énfasis en la profundización en los procesos aquí diagnosticados. Por ende, las ciencias sociales y políticas deben cumplir un rol fundamental en llevar adelante dichas investigaciones.

Cambios Funcionales

Estas soluciones atacan las causas relacionadas a la organización y a los incentivos dentro del sector sin cambiar la estructura.

Fusionar la GRHS en una sola entidad al interior del Ministerio, de tal manera que la Política de Recursos Humanos recientemente formulada tenga un solo ejecutor a nivel central, consiguiendo una coordinación inicial en el impulso de los lineamientos y las estrategias para el logro de los objetivos. Con esto se espera que la prioridad discursiva que tiene la APS se pueda expresar en acciones más concretas desde la gestión del RHS. Además, permite potenciar los componentes de análisis financiero y planificación, que actualmente se encuentran desigualmente distribuidos en las dos divisiones involucradas en la GRHS. Se sugiere algo similar a lo denominado como *“Unidad Nacional de RHS”* en el estudio realizado por ORAS (2014).

Adicionalmente se requiere aumentar y mejorar los mecanismos de coordinación efectiva y de trabajo conjunto con las unidades de Gestión Asistencial ministeriales, de manera tal de obtener un diálogo permanente en pro de los objetivos comunes, los objetivos sanitarios y los indicadores de la Estrategia Nacional de Salud.

Potenciar los incentivos al funcionamiento en red y a la prioridad de la APS, de manera tal que:

- Se incorporen a la Estrategia Nacional de Salud más indicadores que apunten a la real integración de la red, cambiando la actual proporción de ellos, vale decir que sean la mayoría.
- Los indicadores de evaluación sean fundamentalmente referidos a resultados que involucren el adecuado funcionamiento de toda la red y no solo de sus componentes por separado.
- Incorporar la obligatoriedad de que el ciclo de vida laboral se inicie para la mayoría del personal en la APS, con especial interés en el caso de los profesionales médicos.
- Terminar definitivamente con las especializaciones médicas sin ejercicio previo en APS (“becas primarias”).
- Aumentar los períodos obligatorios mínimos de trabajo en APS necesarios para acceder a programas de especialización médica.
- Aumentar la cantidad y los incentivos económicos al desempeño de los especialistas en Medicina Familiar.
- Contener el éxodo de médicos especialistas hacia el sector privado, aumentando los incentivos económicos dentro del sector público.

CONCLUSIONES

El país no cuenta con un sistema de gobernanza de GRHS único, ya que no hay una red asistencial pública integrada. Por ende, los mecanismos de diseño, negociación e implementación de las políticas, normas y procesos son diferenciales entre la red de los Servicios de Salud y la red de la APS municipal.

La gobernanza de la GRHS ha demostrado tener capacidad de influir en las opiniones y decisiones de los actores del campo en el sentido de mantener el statu quo estructural y solo permitiendo adecuaciones funcionales en pro del objetivo de integración, que en realidad está traducido concretamente como coordinación de redes o interniveles de atención.

Una de las falencias detectadas es que la gobernanza de GRHS no está orientada a la generación de vínculos permanentes y formales con la sociedad civil, por lo que no hay buenas probabilidades, en el escenario actual, de apoyarse en su fuerza movilizadora para promover los cambios requeridos por el sistema de salud, como ha sucedido en el sector educación.

La gobernanza está centrada en el análisis y solución de dos problemas con prioridad: la falta de resolutivez de la APS y la carencia de especialistas médicos en todos los niveles de atención.

Las propuestas de cambio sugeridas tanto estructurales como funcionales implican cambios sobre la propia gobernanza a la vez de ser cambios sobre las causas primarias los problemas detectados.

Referencias

- Ernesto Báscolo. 2010. Gobernanza de las organizaciones de salud basados en Atención Primaria de Salud. Rev. salud pública. 12 sup (1): 8-27, 2010
- Camilo Bass. 2013. Municipalización de la APS en Chile. PDF.
- Centro de Políticas Públicas UC. Fortalecimiento de la atención primaria de salud: propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno. 2014. Temas de la Agenda Pública. Año 9 / No 67 / abril 2014.
- Colegio Médico de Chile. 2014. Recurso Humano Médico. Propuesta para Potenciar la Salud Pública. (Mesa de Trabajo MINSAL). Asamblea Anual Santa Cruz 2014
- Nuria Cunill, Margarita Fernández, Marcos Vergara y Eduardo Araya. 2010. La gobernanza sistémica en el sector salud. Proyecto FONDECYT N° 1090433. Escuela de Salud Pública, Universidad de Chile. Programa Ciudadanía y Gestión Pública, Universidad de Los Lagos.
- Hufty, Marc. 2010. Gobernanza en salud pública: hacia un marco analítico. REVISTA DE SALUD PÚBLICA · Volumen 12 sup (1), Abril 2010.
- Ronald Labonté. 2010. Health Systems Governance for Health Equity: Critical Reflections. Rev. salud pública. 12 (1): 62-76, 2010
- Ministerio de Salud. 2011. Estrategia Nacional de Salud. Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década. 2011-2020.
- Ministerio de Salud. 2012. Política de Recursos Humanos.
- Molina, Carlos. 2010. Institucionalidad sanitaria chilena 1889-1989. LOM ediciones.
- OPS. 2010. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. N°4. Redes Integradas de Servicios de Salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas.
- ORAS - CONHU. 2013. Política Andina de Planificación y Gestión de Recursos Humanos en Salud.
- ORAS – PlanSIA. 2014. Consultoría para el análisis de la gestión de recursos humanos en los modelos de salud familiar, comunitaria e intercultural en los países andinos. 2014.
- Parada, Mario. 2004. “Evolución del Sistema de Protección de la salud en Chile: un análisis sociológico”. Tesis Doctoral. Departamento de Sociología Universidad Autónoma de Madrid. Diciembre de 2004.
- Tetelboin, Carolina. 2003. La transformación neoliberal del sistema de salud. Chile: 1973-1990. Reformas de primera generación. UAM-Xochimilco y Academia.
- Eugênio Vilaça Mendes. 2013. Las redes de atención de salud. Edición en español. Organización Panamericana de la Salud – Representación Brasil. 2013.



**Organización
Panamericana
de la Salud**



**Organización
Mundial de la Salud**

OFICINA REGIONAL PARA LAS **Américas**