

EL TRABAJO EN EL SECTOR PUBLICO DE SALUD: CONDICIONES, CARRERA FUNCIONARIA Y FORMAS DE COMPENSACION

Cuad. Méd. Soc. XL, 2, 1999/ 67-76

*Dr. Carlos Montoya Aguilar**

SUMMARY

There is a need to plan for the development of health personnel in the public system. In this connection, the concepts of staff career and required lay out of personnel, and of staff responsibilities and motivations are defined and illustrated. National examples of personnel satisfaction vis a vis their working conditions are quoted. Criteria for the determination of remuneration levels and for the evaluation of payment mechanisms are proposed. It is necessary to carry out a scientific research programme on various issues concerning health sector staff, in Chile.

Key words: Health personnel; conditions of work; staffing pattern; staff career; payment schemes.

RESUMEN

Se plantea la necesidad de planificar el personal del Sistema Público de Salud. En relación con ello, se definen y se ilustran los conceptos de: dotación funcional, carrera funcionaria, responsabilidades del personal, y motivaciones. Se citan ejemplos nacionales de medición de la satisfacción del personal con sus condiciones de trabajo. Se proponen criterios para determinar niveles de remuneración y para evaluar los modos de pago a las personas.

Se indican necesidades de investigación acerca del personal del sector, en Chile.

Palabras claves: Personal de salud; condiciones de trabajo; dotación; carrera funcionaria; modos de pago.

1. INTRODUCCION

Hay insatisfacción en el público y en el equipo de salud con el cuidado y la prevención de las enfermedades. Esto no ocurre solamente en Chile. En todo el mundo se tiene la sensación de que las

reformas ensayadas hasta ahora no dan los resultados esperados. La atención de la salud se ha visto envuelta de manera contraproducente en los procesos económicos, políticos e ideológicos de las dos o tres últimas décadas y su naturaleza propia no ha sido suficientemente comprendida y pro-

* Profesor de Salud Pública, Universidad de Chile
Presentación a una reunión de la Sociedad Chilena de Salubridad. 26 de octubre de 1999
Entregado para publicación. 9 de diciembre de 1999

tegida, con perjuicio de los pacientes. Simultáneamente, la ciencia y la tecnología han llevado a grandes éxitos, aunque también a nuevos riesgos; la población tiene más educación, lo que debería facilitar la promoción de la salud, junto con producir una mayor valoración de la misma y mayores expectativas; y los gobernantes subscriben los grandes principios de la política de salud, como la equidad, la efectividad, la eficiencia y la participación.

¿Cómo lograr un perfeccionamiento real de los sistemas nacionales de salud? Es legítimo pensar que ello pase por una mejor planificación, formación y condiciones y características del trabajo de quienes ejecutan directamente las acciones de promoción, prevención, reparación y rehabilitación de la salud. En este sector es decisivo el contacto directo con los usuarios y éste debería tener en sí un resultado terapéutico: de las condiciones que se creen depende que el trabajo sea una experiencia positiva, que se refleje en la excelencia del servicio.

2. PLANIFICACION DEL PERSONAL

Un parlamentario dijo en 1977, en el Senado de Chile: Hay una "tremenda falta de planificación (del Gobierno) en lo referente a administración del personal" (2).

Se puede estar de acuerdo con esta afirmación, al menos en lo que respecta al sector de la salud; más aún, ha existido una cierta idea de que; no debería haberla porque no es papel del Estado sino del mercado. Las empresas privadas sí planifican su personal profesional en forma rigurosa, pues se trata de un recurso decisivo, al cual deben pagar bien (2).

En salud pública sabemos que la única manera de abordar racionalmente el tema de la formación de personal es a través del respectivo método de planificación; el no usarlo tiene consecuencias muy negativas para la población (9), por ejemplo, en la distribución inequitativa de recursos que demuestra M. Ipinza en otro artículo de este número de Cuadernos (6) También tiene consecuencias desfavorables para las condiciones de trabajo del personal: equipos mal constituidos, personal insuficiente con sobrecarga de demanda, etc.

Expresado sucintamente, el método de planificación procura equilibrar la demanda con la oferta de personal, tanto en cantidad como en calidad. Esta relación pasa por la optimización de la utilización de las personas, lo cual se logra a través de

una organización y manejo capaces de crear condiciones de trabajo adecuadas (9)

La demanda, que se procura satisfacer mediante una oferta congruente, proviene del sistema de salud, el cual define los recursos requeridos para ejecutar un plan que satisfaga de la mejor manera posible las necesidades de la población en su entorno. La oferta proviene inicialmente del sistema educacional, formador del futuro personal de salud (4,16)

3. LA CARRERA FUNCIONARIA Y LA DOTACION FUNCIONAL DE PERSONAL

Un concepto eje en la determinación y evaluación de las condiciones de trabajo en un sistema público de servicios es el de **carrera funcionaria**. Este puede definirse como: el desarrollo de la persona a través de la ocupación sucesiva de puestos o cargos en los que desempeña funciones útiles a la sociedad, de acuerdo con sus capacidades, reconocidas éstas por un mecanismo objetivo como el de los concursos de antecedentes, y recompensados por remuneraciones y otros incentivos congruentes con dichas capacidades y responsabilidades, y promovidas por oportunidades de educación permanente.

El término "carrera funcionaria" se utiliza actualmente de tal manera que se puede concluir que no hay una idea clara acerca del concepto. Esto es grave e indica **que es tarea perentoria el discutirlo y difundirlo**.

La carrera funcionaria de un trabajador de la salud es un viaje de larga duración que debe transcurrir sobre los rieles que representa la dotación funcional de cargos del sistema de atención.

Los trabajadores deben tener la posibilidad de desarrollar su carrera, al interior de su estamento, en todo el ámbito del sistema, ocupando los cargos a los cuales acceden por concurso. Es evidente que un sistema integrado y de gran tamaño, como debe ser el Sistema Nacional de Salud de Chile, ofrece las mayores posibilidades de desarrollo de sus funcionarios. Es incluso conveniente crear compuertas que permitan, con la necesaria acreditación, pasar de un estamento a otro.

La dotación funcional, como lo indica su nombre, está formada por los cargos o puestos requeridos para efectuar las funciones de una unidad o establecimiento. Cada cargo debe ser descrito, enumerándose requisitos, actividades a desarrollar, tiempo aproximado de permanencia deseable y mecanismos de evaluación del desempeño.

A cada cargo debe corresponder una remuneración definida, ya que el puesto significa a la vez: experiencia, responsabilidad, mérito, formación, distancia del centro y condiciones de trabajo. Todo ello es acreditado por el concurso que constituye la puerta necesaria de entrada al puesto, y por las evaluaciones periódicas posteriores. Solamente la antigüedad queda al margen de la descripción de cargo, en la mayoría de los casos, y ella debe reconocerse mediante asignaciones trienales o bienales.

En 1995, el autor realizó una encuesta para conocer la dotación real de personal y otros recursos en una muestra seleccionada de cada una de las categorías de hospitales, consultorios y postas del país. Se incluyeron todas las categorías de personal y todas las especialidades de médicos. Se elaboraron índices que relacionan el personal con la población a atender y con las camas hospitalarias. El objetivo fue el de ensayar una metodología simple (10) que permitiera a cada servicio (áreas) de salud del país elaborar su propio diagnóstico, como línea base para evaluar su situación y proponer planes de mejoramiento de la dotación funcional hacia el futuro.

El Cuadro 1 presenta un resumen de la dotación promedio constatada en los cuatro hospitales generales de tipo I considerados en la muestra. Para fines de ilustración del concepto y por razones de espacio, sólo se presentan agrupaciones generales de médicos, sin detallar las especialidades, aunque el estudio mencionado incluyó todas las categorías de personal y todas las especialidades de médicos. Para facilitar las comparaciones, las horas contratadas han sido convertidas en "equivalentes a jornadas completas" (44 horas semanales).

Suponiendo que se tenga a la vista la dotación funcional proyectada para cada tipo de establecimiento y de unidad en el sistema, se puede diagramar a cada uno de ellos como un compartimiento o "box". En éste se podrá anotar:

- el nombre del grupo de unidades o establecimientos.
- la categoría de personal de que se trata: profesión, especialidad;
- el número de personas requeridas como dotación;
- el tiempo promedio que deberán permanecer las personas en el compartimiento.

Hecho esto con todos los "boxes" correspondientes al sistema analizado, el que puede ser nacional, regional, subregional o corresponder a un solo establecimiento, se les presentará en un diagra-

CUADRO 1

Dotación aproximada de un hospital general tipo I. Chile 1995. Médicos, equivalentes de jornada completa

Especialidades Clásicas y Derivadas, Adultos	26
Especialidades Clásicas y Derivadas, Niños	26
Especialidades Derivadas, Mujer	3
Otras Especialidades Clásicas y Derivadas	15
Total	70
Internistas o Médicos Generales de Adultos	15
Cirujanos Generales de Adultos	11
Ginecoobstetras	11
Pediatras o Médicos Generales de Niños	11
Anestesiistas	4
Residentes y Médicos de Urgencia	43
Total	95
Director, Subdirector Médico	2
Gran Total	167 (x 22 hospitales tipo I)
Camas, promedio	800

ma que permita mostrar los flujos de personas entre unos y otros. Estos flujos consisten en:

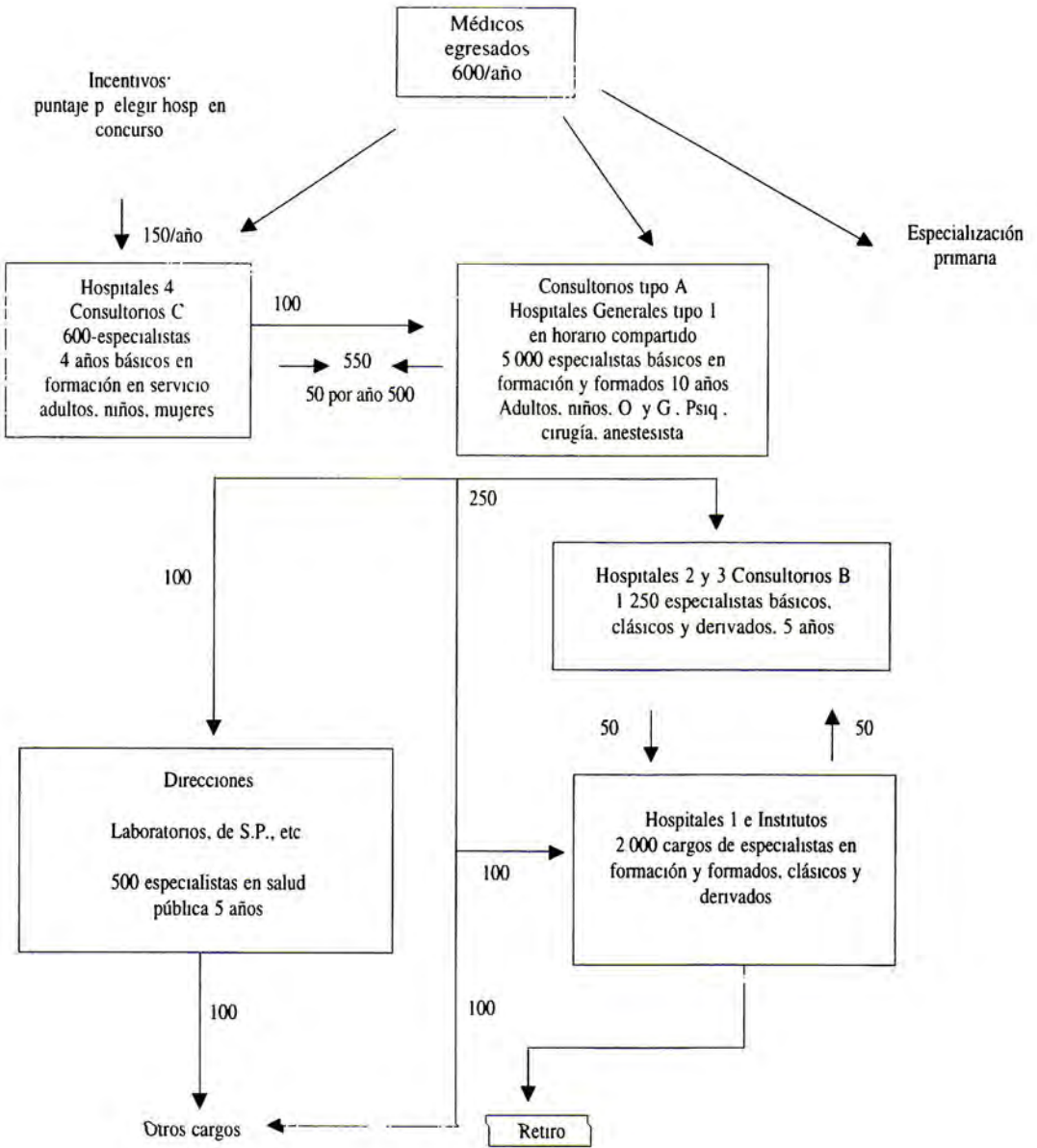
- el número promedio de personas que salen de un compartimiento y que ingresan a otro, en un año;
- el número que ingresa debe ser similar al número que sale;
- el producto de multiplicar la cantidad que ingresa por el promedio de años de permanencia en el "box" debe ser igual al número de personas que debe haber continuamente en el mismo para cumplir las funciones que ahí se realizan y que están consagradas en la descripción de los cargos respectivos

La Figura 1 muestra un diagrama muy simplificado en el cual se esboza, a modo de ejemplo, el aspecto que podría tener la carrera funcionaria de los médicos en un sistema público integrado y con dotación funcional definida.

Obsérvese que 120 hospitales de tipo 4, con un promedio de 5 médicos cada uno, requieren una dotación total de 600 de estos profesionales.

FIGURA 1

Imagen esquemática de la carrera funcionaria de médicos en el sector público en Chile



Si ellos permanecen en este "box" durante 4 años, en promedio, se necesita un ingreso de 150 personas al año ($600/4 = 150$). Este aporte provendría de la cohorte anual de 600 egresados de las Escuelas de Medicina del país.

Otros 400 egresados pueden ir al compartimiento de los consultorios generales A y de los Hospitales Generales de tipo 1, ubicados ambos en las ciudades grandes. La norma indica un requerimiento aproximado de 2 500 "equivalentes de jornada completa" para estos consultorios (6,11).

El diagnóstico de dotación de los hospitales de tipo 1 arroja una cifra similar de especialistas básicos (médicos de adultos, de niños, obstetraginecólogos, psiquiatras, cirujanos generales, anestesiastas) en formación o formados. En conjunto, el compartimiento requiere unos 5 mil médicos que dividan su jornada entre consultorio general y hospital. Se logrará mantener esta cifra con un ingreso anual de 500 profesionales y una permanencia media de diez años. Dicho ingreso provendrá de los 400 recién egresados ya mencionados y de cien que terminan su estancia en los hospitales de tipo 4.

Los 500 médicos que cada año quedarán disponibles y con formación al término de su período de 10 años como especialistas básicos de hospitales 1 y consultorios generales, urbanos, pueden distribuirse en los demás compartimientos esquemáticamente presentados en la figura 1. A ellos se agregarían otros 50 médicos que salen de los hospitales 4.

Hay que precisar que se ha procurado solamente ilustrar conceptos generales de dotación, de carrera funcionaria y de la relación entre ambas. No cabe duda de que hay diversas opiniones y detalles a estudiar, partiendo de la realidad actual y de las políticas y objetivos que gobiernen el sistema y que deberían discutirse a partir de las áreas de salud y establecimientos.

4. REQUISITOS Y RESPONSABILIDADES DEL PERSONAL

No solamente los médicos, sino todo el personal del sistema de salud, tienen obligaciones respecto a los usuarios y a la sociedad. Estas obligaciones son la contrapartida de sus derechos a tener condiciones de trabajo y remuneraciones adecuadas, así como a recibir la confianza de los pacientes y de las autoridades.

Entre las obligaciones de todos está la de conocer y aplicar —dentro del propio rol— el modelo

de atención integral. Este incluye, entre otros, los principios de integración biopsicosocial y preventivo-curativa; el trabajo en equipo; la responsabilidad por cada paciente y la continuidad de la atención.

En los aspectos técnicos, es requisito el cumplir con las normas o protocolos aprobados; participar en el desarrollo y adaptación de las mismas, hasta donde sea posible; y justificar las desviaciones en que se incurra respecto a ellas.

Como dice Chantier, 1999, hablando de los clínicos, ellos "tienen que elegir entre ser parte de la administración o ser administrados" (2). Todos deben ayudar al máximo aprovechamiento de los recursos, evitando lo que es ineficaz, ya que así se favorece la equidad, la efectividad y la eficiencia.

Los profesionales deben conocer, y discutir con el personal administrativo el presupuesto de sus servicios y establecimientos, utilizando el Sistema de Información Gerencial, que es simple, que nadie les explicará si no insisten en ello. También deben, los profesionales y técnicos, comprometerse en la conducción de los programas y actividades que les atañen, y asegurarse de que tengan una orientación desde y hacia la población.

La participación del que ejecuta, en la toma de decisiones, es la manera de evitar el reduccionismo y los enfoques fragmentados en que caen necesariamente aquellos que manejan el sistema desde su exterior, sin experiencia directa.

Es importante además que todos los miembros del sistema estén de acuerdo en la necesidad de acreditación y reevaluación periódica de cada uno, de acuerdo al perfil de su profesión u oficio y a la descripción del cargo que ocupa.

Los factores para que se progrese en el cumplimiento de las responsabilidades se encuentra en la formación del personal, en el sistema, en los mecanismos reguladores de la ética y la calidad del servicio, y en los Colegios de Profesionales y de Técnicos.

La formación de los profesionales, técnicos, administrativos y auxiliares de la institución de salud debe estar inspirada en el modelo de atención integral, debe incluir los principios de la ética y de la salud pública y debe ser realizada por docentes que sean un ejemplo de competencia e integridad.

El sistema, a su vez, creará condiciones de trabajo y de remuneraciones que eviten el multiempleo (¡el médico taxi!) y la sobrecarga de esfuerzo. Se entiende que sólo así cada paciente recibirá el tiempo y la dedicación que su condición exige; y que el profesional y el técnico ten-

drán la posibilidad de perfeccionarse y de estudiar los casos que lo requieran.

El cuadro de factores positivos debe completarse con un mecanismo regulador de ámbito nacional, tal como se muestra en Figura 2.

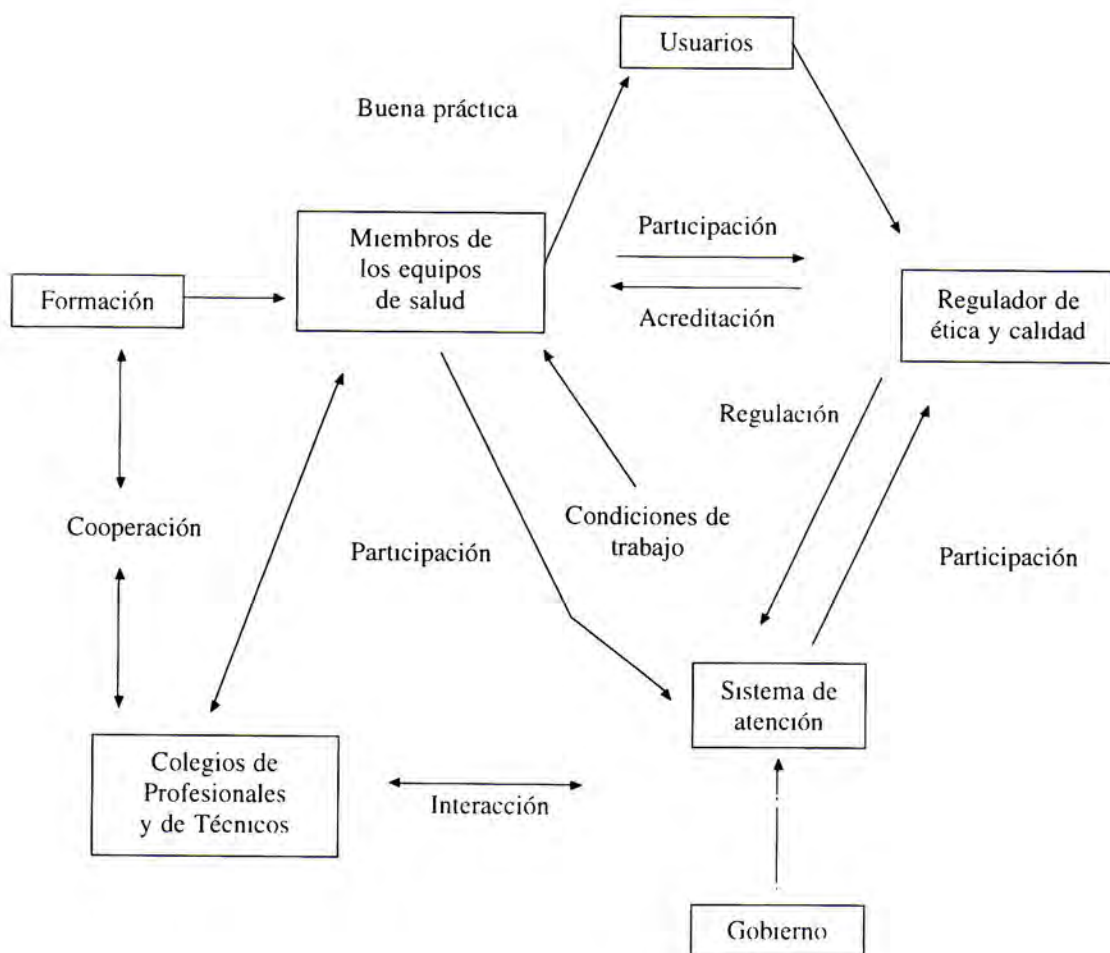
En el nivel local deben jugar un papel central los Comités de Ética de los Establecimientos. Con ellos deben participar los Consejos que representan a los usuarios, las organizaciones locales de

profesionales, de técnicos y de los otros estamentos, y las sociedades científicas locales. Las Comisiones de Medicina Preventiva a Invalidez (COMPIN) harán los aportes que correspondan a sus competencias.

El requerimiento o exigencia última es la autorregulación de cada persona: el verdadero profesionalismo en el contexto de un verdadero sistema de atención (7).

FIGURA 2

Determinación de los requisitos para una buena atención



5. LAS MOTIVACIONES DEL PERSONAL

Los mal llamados "recursos humanos" son seres humanos que entran a la carrera funcionaria y circulan en ella movidos por una combinación de motivaciones de distinta naturaleza. Se indican a continuación, brevemente, las motivaciones más importantes.

1. Vocación: realización; satisfacción intelectual, ética; hacer bien lo que (se quiere) (se sabe) hacer; formación continua.
2. Motivación social: pertenencia a un equipo de trabajo; servir; recibir confianza, reconocimiento, respeto.
3. Calidad de vida en el trabajo y fuera de él:
 - seguridad de empleo, estable con movilidad y progreso 1
 - previsión (enfermedad, jubilación, muerte)
 - riesgos de salud y legales bajo control 2
 - intensidad de trabajo, razonable 3
 - participación con la familia, con grupos, recreación, remuneración suficiente asignada en forma adecuada, como condición necesaria para una calidad de vida satisfactoria 4.
1. Contratos, honorarios, falta de imposiciones, pérdida de bienes, asignación por desempeño (discrecional)
2. Elevada morbilidad psíquica, musculoesquelética, digestiva, bucodental (COMUSAMS en personal SS, 1997). Licencias médicas en un año: 61% en mujeres, 46% en hombres (COMUSAMS)
3. Horas extraordinarias: 65% del personal de SS. Multiempleo: 43% (hombres), 16% (mujeres), de personal de SS (COMUSAMS)
4. Trabajo doméstico en tiempo libre: 13% (hombres) 25% (mujeres); mujeres: -44% jefes de hogar, 60% con cargas familiares.
4. Subsistema(s) en el (los) cual(es) se trabaja:
 - política clara, plan lógico y aceptado, liderazgo.
 - recursos suficientes para las actividades, dotación funcional.
 - normas claras, carrera funcionaria, unidad del régimen laboral para cada estamento.
 - Suficiente autonomía (confianza) en las decisiones relativas a la propia actividad; suficiente participación en las decisiones del establecimiento
 - Implicaciones del tipo de intermediación financiera:

Sistema Nacional de Salud; seguro comercial; mutual; empresa proveedora de servicios; empresa con integración vertical; HMO; profesión liberal.

- condiciones en cada tipo de Unidad: atención de primera línea; urgencia; UTI; Consultorio de especialidades; unidad de apoyo; sala de hospital; administración, epidemiología, estadística, medicina legal.
- condiciones de cada estamento y profesión
- consecuencias de la formación
- consecuencias de la organización profesional.

6. NIVELES DE SATISFACCION DEL PERSONAL

Hay relativamente pocas investigaciones formales acerca de las opiniones del personal respecto a condiciones de trabajo, es decir, respecto a la satisfacción de algunas de sus motivaciones.

Algunos resultados se consignan a continuación:

Falta de participación en las decisiones sobre el propio trabajo : 55%

Participación en reuniones técnicas e informativas : 37%

Pertenencia a alguna organización de participación social (no directivos) : 18%

(Sr. Lautaro Fernández, SSM Sur, 1999, n = 180)

Reconocimiento y recompensas: 30% satisfechos

Capacitación personal : 36% satisfechos

Entorno físico: 45% satisfechos

Relaciones humanas : 60% satisfechos

Eficiencia : 84% satisfechos

Desempeño : 91% satisfechos

(Dra. María Reveco, 1999, SS Concepción-Arauco, n = 600)

Conocen los planes de su servicio : 31%

Sin lugares de descanso : 59%

Sin lugares de alimentación : 45%

Perciben acoso sexual a otros : 19%

Perciben a usuarios como conflictivos : 24%

(Comusams, 1997, muestra de personal de los Servicios de Salud; n = 2.660)

Ingresos: "Insatisfacción", mayor en profesionales. (Estudios Ministerio de Hacienda, 1998, en ee. públicos).

Más allá de los rubros actuales, sería importante conocer los efectos de las condiciones de trabajo sobre la salud del personal, sobre su productividad y sobre la vida familiar. En cuanto al primer aspecto, se ha demostrado, en estudios del Servicio Civil inglés, que la falta de control sobre el propio trabajo se asocia a una incidencia aumentada de enfermedad coronaria (8); y en Holanda se ha comprobado una relación de dicha falta de control con una mayor prevalencia del hábito de fumar, con las consecuencias que éste provoca (14).

7. LAS REMUNERACIONES

Surge siempre la pregunta. ¿Cuánto debería ganar el ocupante de cada cargo?

Una combinación de criterios debería permitir una aproximación progresiva, desde la situación presente, a niveles y diferenciales justos y factibles. Algunos criterios propuestos se presentan a continuación.

- Comparación con remuneraciones de otros servicios públicos, tomando en cuenta
 - a) Educación
 - b) Responsabilidades
- Comparación con ingresos del subsector privado de salud, tomando en cuenta beneficios marginales de uno u otro subsector.
- Comparación con ingresos en otros servicios privados ("mercado").
- Niveles a los cuales se aspira, según encuestas, y que aparecen razonables
- Valor virtual de las actividades realizadas, según aranceles en subsector público, privado.
- Monto total de remuneraciones como porcentaje de:
 - a) Producto Interno Bruto
 - b) Presupuesto del Subsector
 - c) Presupuesto Nacional
- Valor real de remuneraciones en períodos previos.
- Indexación a salario mínimo

La aplicación del criterio que consiste en comparar las remuneraciones de unos sectores de la administración pública con otros y de los empleados públicos con los de empresas privadas requiere de investigaciones acuciosas. Se pueden hacer paralelos sugerentes, a partir de informaciones de la prensa, de las actas del Congreso, de estadísticas institucionales, o de estudios sociales.

Por ejemplo, en 1997-98 se reajustaron los sueldos de las fuerzas armadas: se informó que un suboficial mayor ganaría \$ 568.000.- líquidos al

mes. En 1999 algunos médicos con jornada completa ganan en el Sistema Nacional de Servicios de Salud \$ 452.000 (bruto) al mes; el sueldo promedio por esta jornada (bruto, exceptuando los cargos de Urgencia), es \$ 729.000. En anuncios de prensa se ofrece, en el mismo año, rentas de \$ 800.000 o "sobre un millón" de pesos mensuales a quienes deseen ser vendedores de ISAPRE o de Administradoras de Fondos de Pensiones. En 1997, El Mercurio de Santiago informaba que los bancos pagan entre diez y quince millones de pesos mensuales a un gerente general y 4.5 millones a un encargado de informática.

Dentro de la esfera del trabajo médico, la ponderación de los ingresos obtenidos del subsector privado quedaba reflejada en el hecho de la renta total del conjunto de médicos del país en 1995 era 3,65 veces la renta derivada de las remuneraciones estatales en el mismo año (3).

El sueldo promedio anotado más arriba representa pagar, en 1999, 3.800 pesos por hora médica, mil pesos o menos por consulta. La comparación con los aranceles cobrados por los mismos profesionales en el sector particular, de no menos de 20 mil pesos por consulta, lleva a concluir que aquella situación no cumple con el criterio de ser razonable.

Se puede tener una idea de las diferenciales de remuneraciones en el sector público de salud comparando los ingresos máximo y mínimo al interior de cada escalafón. Entre los médicos con jornada completa (diurna) el rango de sueldos (brutos), incluidas las asignaciones y trienios, va de \$ 452.000 a \$ 931.000 mensuales (1999); una razón de dos a uno. Entre los profesionales "No Ley 15076" el rango de sueldos (bruto) sin bienios va de 327 mil a 906 mil pesos: una razón de 2,8 a 1. En el caso de los técnicos, el diferencial es de 2,3.

En las recientes demandas salariales de los médicos "diurnos" de los hospitales públicos de nuestro país se propuso como criterio la indexación del pago al salario mínimo de cada año; el mismo índice ha sido aplicado en México (12).

8. LOS MODOS DE PAGO A LAS PERSONAS

Además del monto y de los diferenciales de las remuneraciones, son importantes los modos de su determinación: estos modos apelan a las distintas motivaciones de la gente y además tienen diferentes implicaciones económicas y éticas que la política de salud debe tomar en cuenta. En ambos

subsectores, público y privado, puede pagarse por tiempo (salario), por rendimiento (por acto), o por usuario inscrito (per cápita); tanto el salario como el monto per cápita pueden ser modificados mediante bonos en un sistema de "premios" y "castigos" según resultados de economía o de calidad (13).

Cada manera de pagar tiene ventajas y trae problemas. Por ejemplo, la remuneración por rendimiento (RPR) corresponde a una actividad individual y no al trabajo dentro de un sistema; es cierto que puede asociarse al rendimiento de grupos o equipos, pero en tal caso incentiva menos. Al depender de la cantidad de actos realizados, puede generar fatiga, tensión y accidentes por el esfuerzo gastado. Estimula la multiplicación de actos innecesarios por lo cual eleva los costos.

El pago per cápita, a su vez, estimula la derivación de pacientes; lleva a aceptar demandas no justificadas de los usuarios, pues hay que satisfacer al paciente para mantenerlo en la lista; puede conducir a un esfuerzo excesivo, como lo muestran las quejas de los médicos generales ingleses. Tendría la ventaja de favorecer una actitud preventiva del profesional. Para que opere bien debe haber una oferta suficiente y los usuarios deben estar en situación de elegir al proveedor.

El bono de desempeño es aplicado principalmente con el objetivo de limitar gastos, en el caso de los seguros médicos comerciales que ofrecen "atención administrada" (HMOs). En un sistema público se trata de un mecanismo destinado a estimular la puntualidad, productividad, cumplimiento de horario y aspectos mensurables de la calidad. El efecto depende de la relación cuantitativa entre el bono y la remuneración base. En el ejercicio privado de la profesión, el bono sobre el per cápita o el salario plantea un gravísimo problema ético, puesto que la calidad de la atención queda subordinadas al incentivo material del médico (5,15). Tanto en el sistema público como en el privado, el bono singulariza en exceso la motivación económica sobre las demás motivaciones, vocación, pertenencia, opinión de los pares y de los pacientes, condiciones de trabajo, etc. Castiga y, por ende, desmotiva a la mayoría del personal; y en todos genera inseguridad respecto al ingreso, lo cual conduce a tensión y fatiga. Se asocia a riesgos de arbitrariedad y conflicto, por la dificultad de normalizar, medir y calificar el desempeño y por el grado de discrecionalidad que queda en mano de los jefes o administradores. Eleva los costos por la complejidad del manejo.

El efecto del pago por salario depende de su monto, de la calidad de manejo del sistema y de la formación ética del personal. Si el salario es injustamente bajo, de acuerdo a los criterios socialmente aceptados, puede ser la peor manera de pagar: desmoraliza y rechaza fuera del sistema. Constituye una falta ética el que las instituciones sobrevivan a expensas del personal. Por el contrario, si el salario es justo, constituye el mecanismo más eficiente y el más funcional a la política y plan de una organización racional. Una condición importante es que el nivel de remuneración esté asociado a cada cargo y que el acceso al cargo se efectúe por concurso. Otra condición es que las actividades del personal y los resultados de las mismas sean evaluados regularmente por comparación con metas y normas establecidas previamente y de manera participativa. La evaluación debe influir en la acreditación de las personas y por lo tanto en su posibilidad de ganar concursos y de permanecer en el sistema. La evaluación puede, también, dar lugar a premios, por una vez, a los mejores establecimiento o equipos.

9. NECESIDAD DE INVESTIGACION CIENTIFICA ACERCA DEL PERSONAL DE SALUD

Al ponerse en práctica la planificación del personal, surge la necesidad de investigar:

- la existencia presente de personal: su cantidad, calidad y distribución;
- la demanda efectiva y potencial
- la formación y oferta de personal
- la utilización del personal existente
- los resultados de la actividad del personal en términos de la cobertura, calidad, efectividad y eficiencia de las atenciones de salud.

La organización y manejo del personal requiere investigaciones acerca de:

- diagnóstico de la dotación funcional de personas en las unidades, establecimientos y áreas de salud;
- evaluación de las formas de organización y métodos de gestión de personal.

El tema de la carrera funcionaria requiere realizar el seguimiento de la misma para las diferentes categorías de personal, a fin de compararla con el diseño establecido por el sistema y con las expectativas de las personas.

Las distintas motivaciones del personal son objeto de investigación en cuanto a:

- la ponderación de cada tipo de motivación en los distintos grupos;
- la participación del personal en planificación, en la toma de decisiones y en las negociaciones con las direcciones dentro del sistema;
- las formas de pago y los criterios para orientar el nivel de las remuneraciones;
- los problemas que afronta el personal; y
- el grado de satisfacción del personal.

En Chile se han publicado investigaciones dirigidas a la existencia y formación de Personal, por J.M. Ugarte (17), A. Berdichesky (1), A. Goic (4), E. Rosellot (16), M. Ipinza (5), entre otros.

Otras investigaciones se han orientado a conocer las condiciones de trabajo y de vida y la satisfacción del personal con las mismas: véase las ya citadas en la sección 6.

De estos estudios y de los vacíos que se perciben resulta la necesidad urgente de formular un plan de investigación en el área del personal de la Salud de Chile.

REFERENCIAS

- 1 Berdichesky, A. El ejercicio de la medicina en provincia: estudio de la promoción de médicos de 1959, *Cuad. Méd.-Soc.* 1968; 9 (2): 5-3
- 2 Chantier, C. The role and education of doctors in the delivery of care, *The Lancet* 1999; 353: 1178-81.
- 3 *El Mercurio*, Santiago, 1997.
- 4 Goic, A. Recursos humanos para la salud en Chile, Serie de Documentos Académicos N° 1, Universidad de Chile, Facultad de Medicina, División de Extensión, agosto 1999.
- 5 Nassirer, J.P., Managing care-should we adopt a new ethic? *The New England J. of Medicine* 1999; 40 (1):
- 6 Ipinza, M.; Vial, A. Los médicos en Chile hoy: su desigual distribución territorial y por subsistema de atención, *Cuad. Méd.-Soc.* 1999; 40 (1):
- 7 Irvine, D. The performance of doctors: the new professionalism, *The Lancet* 1999; 353: 1174-77.
- 8 Marmot, M.E.; Mustard, J.F. La enfermedad coronaria desde una perspectiva poblacional, en: Evans, R.G.; Barer, M.L.; Marmor, T.R. (eds.), ¿Por qué alguna gente está sana y otra no?, Edit. Díaz de Santos, Madrid, 1996.
- 9 Montoya Aguilar, C. A learning unit on health manpower planning, *Organización Mundial de la Salud*, División de Fortalecimiento de Servicios de Salud, Ginebra 1976.
- 10 Montoya Aguilar, C. Métodos para planificar la dotación de recursos humanos y físicos del sistema público de salud, Ministerio de Salud de Chile, Enfoque de Equidad en Salud, 1997.
- 11 Montoya Aguilar, C. El método de sectorización de las acciones de primera línea en salud, *Cuad Méd.-Soc.* 1997; 38(3): 13-19
- 12 Nigenda, G., Frenk, J.; Vásquez, L.A. Cambios en las condiciones de trabajo de los médicos mejicanos entre 1986 y 1993, en: Beazoglu, T. *et al.* (eds.), Human resources supply and cost containment in the health system, Ficosser y Escuela Nacional de Salud Pública, Atenas, 1998.
- 13 Organización Internacional del Trabajo. *La remuneración por rendimiento*, Ginebra 1985.
- 14 Otten, H., Bosma, H.; Swinkels, H. Job stress and smoking in the Dutch labor force, *Eur. J. of P. Health* 1999; 9: 58-61.
- 15 Pearson, S.D.; Sabin, J.E.; Emanuel, E.J. Ethical guidelines for physician compensation based on capitation, N. England, *J. of Medicine* 1998; 339 (10) : 689-93.
- 16 Rosellot, E. Cantidad, perfil y calidad en la formación de profesionales para salud en Chile, I. La aporía numérica. *Cuad. Méd.-Soc.* 1999; 40 (1):
- 17 Ugarte, J.M. Dinámica de la población médica chilena 1967-1985, *Cuad. Méd.-Soc.* 1985; 26 (4) : 166-72.