

TEMAS DE ACTUALIDAD

## La renta médica en el sector público de la salud

MARCOS VERGARA<sup>(1)</sup>

### 1. LOS MÉDICOS COMO VÍNCULO EN UN SISTEMA DE SALUD SEGMENTADO

A partir de 1973 la economía chilena experimentó profundos cambios, coherentes con el reemplazo de la estrategia de sustitución de importaciones. En ese contexto se procedió a la desregulación de los mercados internos, a la apertura comercial, a la liberalización y desarrollo del mercado financiero y, finalmente, a las reformas laborales y de la seguridad social.

En cuanto a la reforma del Estado, ésta se basó en el principio de subsidiariedad y, a consecuencia de ello, disminuyó su tamaño, se privatizaron empresas y se realizaron cambios en su organización institucional. En materia de seguridad social se creó un sistema de pensiones de capitalización individual y una parte de la reforma previsional tuvo que ver con modificaciones en el sistema de cotizaciones obligatorias para salud.

En el sector de la salud, tradicionalmente administrado por el Estado, las transformaciones consideraron la incorporación del sector privado sobre la base de dos ejes: i) la descentralización, que incluyó la creación de servicios de salud territoriales descentralizados y la transferencia del nivel primario de atención a la administración municipal, y ii) la desmonopolización del sistema administrador de las cotizaciones para salud, por la vía de incorporar aseguradoras privadas a su administración.

Durante la década de los '90, el proceso de privatización se detuvo a través de una gran inversión en el subsistema público de salud, al tiempo que se realizó un aumento de dotación de personal y un mejoramiento de las remuneraciones del mismo<sup>1</sup>. El gasto del gobierno central en salud pasó de representar el 2,0% del PIB y el 9,3% del gasto total del gobierno central en 1990, al 2,8% del PIB y el 11,6% del gasto total del gobierno central en 1999<sup>2</sup>.

Como resultado de todo lo anterior, en la actualidad el sistema de salud en Chile está estructurado sobre un arreglo básico de tipo estadocéntrico que implica una gran red de provisión de servicios de propiedad y gestión estatal -oferta única para los grupos de población más pobres-, así como de un componente de seguros previsionales privados y de servicios privados de provisión directa, basado en un modelo de mercado. En consecuencia, **el sistema de salud chileno es expresión de dos modelos de sociedad diferentes.**

El sistema asegurador previsional privado de salud es un sistema de seguros individuales que las personas pueden financiar usando sus cotizaciones obligatorias y que tarifica en función de los riesgos. Por su parte, el sistema previsional público de salud es un colectivo que se financia con cotizaciones en función de los ingresos, más subsidios estatales. Al decir de Sapelli<sup>3</sup>, existen dos subsistemas que operan con "sistemas de precios" distintos: uno tarifica por riesgos y otro en función

<sup>(1)</sup> Escuela de Salud Pública. Universidad de Chile.

<sup>1</sup> MINSAL, "1990-1999: 10 Años Mejorando la Salud de los Chilenos", 1999.

<sup>2</sup> Dirección de Presupuestos, Ministerio de Hacienda, "Estadísticas de las Finanzas Públicas 1990-1999", Marzo 2000.

<sup>3</sup> Sapelli, Claudio. Economista de la Universidad Católica de Chile.

de los ingresos. La consecuencia de ello es que en el primero están los más ricos y con menor siniestralidad, mientras que en el segundo se concentran los más pobres y los mayores riesgos.

Mientras en el subsistema privado se tarifica y selecciona por riesgos, en el subsistema público de salud no se imponen barreras al ingreso y se recibe a las personas de alta siniestralidad. Esto ha llevado a algunos autores a denominarlo como el “seguro de último término” o el “reasegurador implícito” de toda la población. Sin embargo, por el lado de la provisión este subsistema tiene un pacto cerrado con la red asistencial pública, la que presenta un perfil de problemas propio de las soluciones monopólicas: colas y listas de espera, baja capacidad de respuesta<sup>4</sup>, reiteradas crisis de gran impacto público, huelgas frecuentes, captura, centralismo, etc.

Con todo lo anterior, el desarrollo del sistema privado asegurador implicó a su vez un gran desarrollo del sector privado prestador, diversificándose la oferta de servicios médicos para la población. A la fecha, alrededor de dos millones y medio de beneficiarios del sistema privado se atienden en estos servicios y también una proporción no despreciable de los 12 millones de beneficiarios del sistema público, a través de la modalidad de libre elección del FONASA.

La generación y desarrollo a través del tiempo de dos subsistemas que en la práctica operan como “estancos”, no obstante nuevas tendencias que es posible apreciar en su etapa inicial por estos días<sup>5</sup>, terminó siendo fuertemente determinante del significado de cada uno de estos espacios para el ejercicio de la profesión médica: en el caso del subsistema privado, éste corresponde al lugar donde los médicos obtienen las retribuciones pecuniarias más importantes; en el caso del subsistema público, éste corresponde al lugar donde los médicos se forman. Esta separación en el pasado no fue tan nítida, dado que la infraestructura privada era proporcionalmente mucho menor y la práctica privada se vinculaba fuertemente al uso de los

pensionados de los hospitales públicos.

A partir de esta realidad actual, los propios médicos son el vínculo más claro que existe entre estos dos mundos, el subsistema público de salud y el subsistema privado. Aquí, la modalidad de libre elección del FONASA articula también esta interfase, financiando con recursos colectivos prestaciones otorgadas por prestadores privados. Desde el punto de vista de la “carrera” médica, lo que se aprecia al inicio es una dedicación muy intensiva al subsistema público, la que se va revirtiendo con el paso de los años.

Sin embargo, lo descrito no parece ser el resultado de políticas públicas que busquen expresamente la satisfacción de objetivos consistentes con el mismo. Por el contrario, éstos parecen más bien ser resultado de la evolución espontánea de un sector -el subsistema público- que no ha experimentado cambios significativos desde su creación, salvo por la tensión que sobre él ha estado ejerciendo el desarrollo del subsistema privado, después de la desmonopolización.

Lo expresado antes ocurre con el grueso de los médicos, pero también existen dos pequeños subgrupos que tienen dedicación exclusiva en uno u otro sector, independientemente de los años de ejercicio profesional: en el caso de quienes tienen dedicación exclusiva a los hospitales públicos, éstos son médicos que aprecian su salario y que desearían fortalecer el modelo de atención de privados en los pensionados, en una especie de “full-time territorial”. En el caso de médicos de dedicación privada exclusiva, éstos estarían reclamando de las instituciones privadas más garantías, beneficios y estabilidad futura.

Examinaremos con más detalle el tema de la “carrera médica” dentro del sector público de salud en Chile pero con foco en el grupo que comparte actividades en ambos sectores y que disminuye las horas dedicadas al sector público con el paso de los años, pero que no lo abandona. Es posible que de ello se extraigan también enseñanzas para los otros dos grupos antes descritos.

<sup>4</sup> Recurrimos aquí al concepto más amplio de respuesta -“Responsiveness”- desarrollado en el Informe Sobre la Salud Mundial de la OMS, año 2000.

<sup>5</sup> Nos referimos a la experiencia de formación en Universidades asociadas a clínicas privadas, que se inicia, tanto como al planteamiento de autonomía o mayor competitividad hospitalaria en hospitales públicos en los espacios en que existan “mercados disputables”.

### 1.1 La carrera médica en el subsector público de salud en Chile

El análisis que se realiza pone el foco de atención en los médicos que se desempeñan dentro de los hospitales. Es dentro de los hospitales donde suele producirse la mayoría de las rentas que describiremos más adelante. Sin embargo, vale la pena tener en consideración la carencia de motivadores y satisfactores adecuados a la naturaleza e intereses propios de la formación médica en los niveles de desempeño no hospitalarios, como son los consultorios y postas del nivel primario de atención.

El trabajo en el nivel primario de atención ha sido estimulado en forma sistemática a través de mecanismos externos, como el "Ciclo de Destinación", que implica una promesa de especialización en el futuro. También es posible reconocer un discurso en las políticas sanitarias que apela a un compromiso con la salud pública, con foco en la estrategia de atención primaria, pero que es insuficiente para competir con los grandes intereses de la industria<sup>6</sup> y con la mayor rentabilidad del trabajo hospitalario y de la especialización.

Para poner en evidencia la situación de la "carrera médica" dentro del subsistema público en Chile, dos elementos centrales se han considerado en este análisis. El primero es interno y se refiere a la presencia o no de satisfactores que influyan permanentemente sobre el comportamiento de las personas, como por ejemplo las propias remuneraciones -monto y forma- o las posibilidades de desarrollo profesional dentro de las instituciones públicas. Es decir, el "estatuto"<sup>7</sup>. El segundo es externo y corresponde al costo de oportunidad de los profesionales, representado en este caso por la renta asociada a las alternativas de trabajo que les son ofrecidas en el sector privado para las mismas horas que son ocupadas en el sector público.

La mantención en el tiempo y la intensidad de estos incentivos, unida a la evolución del costo de oportunidad, determinarían en gran medida el interés de los médicos por desempeñarse en las insti-

tuciones públicas en Chile y permanecer en éstas. Paradojalmente, al parecer, las posibilidades de desarrollo profesional que se ofrecen en el sector público y que al comienzo retienen a los profesionales, son las mismas que elevarían después su costo de oportunidad hasta un punto en que, con los recursos disponibles, no sería posible retenerlos. En la práctica, lo anterior se manifiesta en la progresiva y sistemática reducción horaria en los contratos de los médicos. A menos que fuese un objetivo de política la regulación del mercado del trabajo a través de generar incrementos de la oferta médica en el subsistema privado, para lo cual el Estado usara los hospitales de su propiedad, éste sería un efecto indeseable.

En efecto, si se observa la población de médicos que ejercen dentro del sector público, es posible ver cómo se va produciendo un adelgazamiento de la pirámide a lo largo del tiempo. Es decir, los médicos emigran en la medida que progresan en antigüedad en el sistema. Esta emigración se refiere a horas que se traspasan desde el sistema público al privado, más que a personas, producto de una reducción progresiva de las jornadas que los médicos van realizando. Alrededor de un 50% del total de horas está contratado dentro de los primeros 9 años de antigüedad; un 25% se concentra entre los 10 y 18 años de antigüedad; un 13%, entre los 19 y 27 años y un 12%, sobre los 27 años<sup>8</sup>.

### 1.2 Componentes de la renta médica en el sector público de la salud

Entenderemos por renta al conjunto de beneficios que son valorables por quien los recibe. Esto es, las remuneraciones -salarios- y todo aquello que no siéndolo, es valorado y podría sustituir remuneraciones en esa misma medida. Es decir, beneficios que operan, al menos, como satisfactores del médico en su trabajo.

El término remuneración o salario lo hemos reservado para el componente que implica un pago en dinero o componente pecuniario. Otros compo-

<sup>6</sup> Nos referimos a los intereses de la industria de servicios médicos, de seguros de salud y de factores de producción como tecnología, insumos médicos y medicamentos.

<sup>7</sup> Entenderemos un "estatuto" -y su sistema de contratos y de remuneraciones asociado- como una expresión final de las políticas de recursos humanos de la institución, pero lo entenderemos también como un medio para materializar el conjunto de las políticas del sector a través de la red de prestadores públicos, como es el caso chileno.

<sup>8</sup> Fuente: Ministerio de Salud, Departamento de Desarrollo de Recursos Humanos, 1994.

entes de la renta pueden ser también valorizados en pesos, como el costo de la capacitación; no obstante, los consideraremos como parte del componente no pecuniario.

En esta reflexión no identificaremos la composición de la renta médica en el sector privado y supondremos, por ahora, que se compone exclusivamente de remuneraciones, pero esto puede no ser del todo exacto porque entendemos que en los últimos años algunas formas de renta propias del sector público se han ido incorporando también en el sector privado. En todo caso, el costo de oportunidad para los médicos que laboran en el sector público corresponderá a la renta privada a la que se renuncia por destinar el tiempo a trabajar en el sector público, en horarios semejantes.

Postulamos la existencia de un conjunto de componentes de la renta médica, de distinto rango e importancia, dentro del sector público. Algunos de estos componentes serán motivadores que están presentes en el trabajo médico y que intentaremos identificar a través de esta investigación. Este conjunto, en una primera aproximación, es el siguiente:

- i) Remuneraciones.
- ii) Estabilidad en los ingresos.
- iii) Jornada laboral flexible.
- iv) Trabajo en equipo estable.
- v) Facilidades de capacitación y perfeccionamiento.
- vi) Facilidades para la especialización.
- vii) Formación y desarrollo de destrezas.
- viii) Prestigio.
- ix) Realización por servicio público.
- x) Exclusividad para atención de pacientes privados
- xi) Otros factores higiénicos

En lo que dice relación con **remuneraciones**, nos estamos refiriendo a la retribución económica que reciben los médicos por el desempeño de sus funciones. Por lo general, en el sector público estas remuneraciones han consistido en el pago de un salario que se modifica principalmente por la antigüedad y por la cantidad de horas contratadas, habida cuenta de modificaciones recientemente introducidas en una reforma al estatuto ley 15.076.

El concepto de **estabilidad en los ingresos** o bajo riesgo de los ingresos está vinculado a la idea de que los individuos son adversos al riesgo. En la administración pública existe un ingreso cierto asociado a una remuneración cuya determinación y ocurrencia está predefinida y que no dice relación con el volumen de actividad o de prestación de servicios personales, a diferencia de lo que ocurre en la práctica privada de la medicina. Esta remuneración, libre de riesgo o de menor riesgo, protegida por un contrato de trabajo de gran estabilidad, configura una base o un piso para el total de las remuneraciones médicas, dado que los médicos comparten su tiempo con el ejercicio privado.

En consecuencia, las remuneraciones médicas que se obtienen en el ejercicio privado deberían ser "deflactadas" por un factor que represente adecuadamente su mayor riesgo, para poder hacerlas comparables a la renta de bajo riesgo o libre de riesgo del sector público.

La **jornada laboral flexible** presenta dos dimensiones que invitan a la reflexión; una primera, que dice relación con flexibilidad para determinar y reducir el horario de trabajo que en cada caso será establecido. Y una segunda dimensión que dice relación con una eventual flexibilidad para el cumplimiento de horarios que han sido predeterminados en funciones no críticas<sup>9</sup>, flexibilidad a la cual no estamos haciendo referencia en este punto, sino a la primera.

En cuanto a la flexibilidad para determinar y reducir el horario de trabajo, se observan dos fenómenos importantes: i) las jornadas se concentran en las mañanas, fenómeno compatible con el ejercicio privado de la profesión que se concentra preferentemente en las tardes y, ii) las jornadas se reducen a lo largo del tiempo, en la medida que se adquiere experiencia y se eleva progresivamente el costo de oportunidad. Si bien estas flexibilidades aseguran una disponibilidad global de horas profesionales, estas horas no necesariamente están disponibles en armonía y proporción al resto de los recursos, los que escasean en algunos horarios y son subutilizados en otros, con enormes costos para la institución.

<sup>9</sup> Este fenómeno se ha hecho más evidente frente al desarrollo de sistemas automatizados de atención de público, con agendas médicas administradas para dar horas diferidas, caso en el cual los médicos experimentan una pérdida de flexibilidad en el manejo de su propio tiempo.

Los hospitales del sector público representan un espacio para el **trabajo en equipo** que los médicos valoran especialmente. En rigor, el compromiso de trabajo con los pares suele ser uno de los motivadores más claros de la conducta médica dentro de estas instituciones. En el caso de las instituciones públicas, los equipos de trabajo que se conforman suelen ser, además, bastante estables en el tiempo y se tienden lazos que también pueden proyectarse a la actividad privada. Sin embargo, es dable encontrar en la actualidad la idea del trabajo en equipo más desarrollada que en el pasado en el propio subsistema privado. Lo que está detrás del trabajo en equipo es probablemente el tema del "mentoring", que dice relación con formar parte del equipo de determinado médico de prestigio, experiencia clínica y conocimiento.

En los siguientes párrafos se describe una serie de facilidades que las instituciones públicas otorgan tradicionalmente a sus médicos, facilidades que sirven simultáneamente a los objetivos de los profesionales y de la institución<sup>10</sup>, aún cuando no siempre ocurre en la práctica esta convergencia. Siguiendo un ordenamiento basado en el reconocimiento de los pares y en su ascendencia sobre el resto del equipo de salud, los médicos influirían fuertemente en las decisiones de producción -y, en consecuencia, en las decisiones de capacitación y perfeccionamiento-, decisiones que no necesariamente coinciden siempre con las necesidades prioritarias de la administración formal de la institución.

Las facilidades de **capacitación** se refieren a los permisos con cargo a las jornadas remuneradas de trabajo -y, ocasionalmente, el financiamiento-, para la asistencia a cursos, diplomados, talleres, seminarios o congresos con el propósito de actualizar conocimientos. Un ejemplo son los congresos de especialidades.

Las facilidades de **perfeccionamiento** se refieren a esa parte de la jornada contratada que se destina a reuniones clínicas y a presentaciones y

discusiones de casos e investigación, sobre la base de un voluminoso número de casos que el sector público de la salud ofrece. En el caso del sector público, estas facilidades ocurren con cargo a la remuneración. Hasta donde se conoce en Chile, en el caso del sector privado no existe un desarrollo institucional con una marcada orientación de este tipo y, por lo general, predomina la idea del perfeccionamiento con cargo al propio interesado. Hay desarrollos incipientes en los denominados "hospitales" privados, como es el caso de las Clínicas las Condes, Alemana, etc.

Las facilidades para la **especialización** consisten en sistemas de becas que pueden ser primarias o de retorno, becas que se encuentran disponibles en el sector público como una manera de estimular la especialización en ciertas áreas de interés nacional, así como el trabajo en lugares apartados del país<sup>11</sup>. El sistema denominado "Ciclo de Destinación" considera el pago de un salario mientras se realiza la especialización, la estadía de zona o la práctica controlada. En la actualidad, el sistema de becas de especialización se encuentra fuertemente controlado por las universidades tradicionales, las que son determinantes al momento de definir el número de cupos y la especialidad.

Las facilidades para la **formación y el desarrollo de destrezas** son una característica que está presente tradicionalmente en las instituciones públicas, sobre la base de su condición de tales. En efecto, las instituciones públicas de salud prestan servicios como campo clínico a las universidades para la formación de pregrado y postgrado; no obstante, continúan en la práctica ofreciendo un espacio de desarrollo de destrezas a lo largo del tiempo para todos los profesionales. Esta posibilidad formativa ocurre sobre la base de una clientela cautiva beneficiaria del sistema público que ha aceptado tradicionalmente esta condición presente en su sistema de salud, condición que en algún momento podría estar en oposición a objetivos de mejoría en

<sup>10</sup> En el caso chileno los objetivos institucionales son variados, mezclándose objetivos de regulación sectorial -garantía de calidad y seguridad en la provisión de servicios públicos y privados-, con objetivos de gestión directa de la misma provisión en las instituciones públicas. Aceptaremos que es posible separar la institucionalidad reguladora de aquella que es propietaria y gestora de la red de provisión de servicios y nos concentraremos en los objetivos de esta última.

<sup>11</sup> Estos son los objetivos de política pública originales del "Ciclo de Destinación". Las becas primarias implicarían una práctica controlada en el sector público, para especialidades relativamente escasas. Las becas de retorno se otorgarían a los Médicos Generales de Zona una vez que han cumplido con un tiempo de ejercicio en una destinación determinada, generalmente en lugares apartados.

la calidad de los servicios o que podrían explicar en parte el descontento ciudadano con el sistema; no obstante, esto no se expresa en los estudios de percepción que se realizan.

El **prestigio** se refiere a la positiva valoración social de un profesional por el hecho de estar adscrito o trabajando en un determinado centro de salud o con un determinado equipo de profesionales, tanto como de su propio desempeño a lo largo del tiempo. Interesa para el análisis principalmente el prestigio que puede ser aportado al profesional por el equipo de trabajo o la institución. Este valor se ha ido perdiendo a lo largo del tiempo en algunas instituciones públicas, en la medida que se han ido haciendo relativamente más prestigiosos determinados centros de salud privados.

La **realización y/o el reconocimiento** por estar dedicado al servicio público será especialmente valorada por aquéllos que tienen una gran vocación de servicio, pero en general es el reconocimiento el que interesa de manera principal a los médicos, provenga éste de la comunidad, de la institución o de los pares. Este es un elemento que muchas veces explicará la permanencia en el sistema de algunos profesionales médicos más allá de lo que los equilibrios económicos podrían explicar.

Los **factores higiénicos** se refieren a las condiciones generales del entorno de trabajo -medios, instalaciones y tecnología-, las que distinguimos en dos tipos: i) primero, aquellas condiciones de trabajo vinculadas a la actividad de prestación de servicios que da origen el contrato de trabajo, incluyendo la disponibilidad de equipos y medios para el diagnóstico y tratamiento y, ii) las condiciones específicas que existen para la realización de actividades de discusión clínica e investigación, consideradas antes, en lo relativo al trabajo en equipo y a las facilidades para el perfeccionamiento y la capacitación y que podrían entenderse como parte de las mismas y resumirse en la garantía para el contacto con los pares en el ejercicio profesional.

La **exclusividad en la atención de pacientes privados** es una condición existente en los hospitales públicos que beneficia a los médicos de cada establecimiento. Son sólo esos médicos los que pueden hacer uso de las camas de pensionado para realizar actividad privada dentro del hospital. Esto ha ido perdiendo fuerza en la medida que el sector privado ha ido desarrollando su propia oferta de servicios y se han ido profundizando los "estancos".

Detrás de esto está la idea del "full-time territorial" a la que podrían estar aspirando los médicos pertenecientes al grupo que hemos denominado de "ejercicio público exclusivo".

### 1.3 La renta como instrumento de políticas

La brecha de rentas entre el sector público y privado se entenderá como la diferencia existente entre el conjunto de beneficios valorables que el profesional obtiene en uno u otro sector. De existir una brecha que se desee saldar con remuneraciones, el monto máximo a pagar sería equivalente al total de la renta médica privada, ajustada por riesgo, menos los componentes de la renta médica pública que se describieron antes, convenientemente valorados. De esta manera, se estaría cubriendo adecuadamente la brecha con remuneraciones.

Evidentemente, la brecha a cubrir con remuneraciones sería menor si acaso fuera posible aumentar el valor del resto de los componentes de la renta médica pública. Con todo, la correcta valoración de las rentas no pecuniarias supone un ejercicio complejo desde el punto de vista de su cuantificación, lo que no siempre es factible. Pero tal vez el problema mayor dice relación con la ponderación que cada individuo otorga a cada uno de estos beneficios, especialmente a lo largo de su carrera profesional, particularmente en lo que dice relación con el valor que se asigna a los beneficios presentes versus los futuros.

Resulta lógico observar la brecha como un fenómeno a través del tiempo, dinámico. La primera pregunta podría ser hasta qué momento cerrar la brecha -cuánto tiempo generar beneficios netos a favor de permanecer-, antes que la pregunta de cuánta brecha cerrar. Al revés, si los hospitales públicos fueran altamente especializados o complejos -por ejemplo, en el caso de ausencia de mercados disputables- ¿a partir de qué momento empezar a cerrar la brecha y a generar beneficios netos, para lograr la mantención o tal vez el ingreso de profesionales altamente calificados al sistema?

Si fuese una política lograr una mayor permanencia de los médicos en el sistema para, por ejemplo, aprovechar mejor la experiencia que han adquirido dentro del servicio público, preciso sería incrementar el valor de los beneficios actuales, en procura de postergar el momento en que la brecha se torna negativa. Por otra parte, si la política fuese

contar con la permanencia de los mejores, preciso sería introducir, además, mecanismos de promoción que aseguren ese resultado. Por el contrario y como se dijo al comienzo, si fuese una política que los hospitales públicos operen con médicos en formación que rápidamente incrementen la oferta de horas en el mercado, para regularlo, cabría acortar los períodos de permanencia y estimular el pronto egreso.

En los siguientes puntos se examinan, a modo de ejemplo, las posibilidades que brindaría cada uno de los satisfactores o rentas descritos antes vistos no sólo como mecanismos para generar beneficios personales y colectivos, sino también como medios para la consecución de los objetivos institucionales.

Las **remuneraciones** pueden ser aumentadas o disminuidas, de manera universal para todos o de manera diferenciada en función de determinadas características asociadas a la función, condiciones y lugares de trabajo, experiencia calificada, especialización, etc.

Las remuneraciones universales restringen las posibilidades de acción del sector público, por ejemplo, tras el objetivo de generar disponibilidad de recursos especializados o una adecuada distribución de los mismos, dados los mecanismos más diversos y adaptativos del sector privado a las condiciones del mercado laboral<sup>12</sup>.

El **riesgo** probablemente ya no pueda ser disminuido más dentro del sector público. O sea, los ingresos son muy estables. Por el contrario, en beneficio de garantizar más y mejores servicios, probablemente sería conveniente aumentar más que disminuir estos riesgos, a cambio de mejorar las remuneraciones. Esto podría ser resultado, por ejemplo, de introducir algunos componentes variables a las remuneraciones asociados al desempeño, así como eliminar la fuerte inamovilidad del empleo, con el propósito de estimular la calidad y la productividad del sistema.

En cuanto a **la flexibilidad de la jornada**, la concentración de horas en las mañanas ocasiona redundancia de un factor productivo por sobre el resto, como las propias horas médicas en las mañanas y la capacidad instalada en infraestructura y equipos, por ejemplo, en las tardes. En consecuen-

cia, estas facilidades no necesariamente son deseables como forma de renta para la institución empleadora, aunque se observan en la práctica como compensaciones evidentes de la ausencia de otras formas de rentas.

El desafío tal vez consista en administrar las flexibilidades horarias o de la jornada, de modo tal que continúen siendo un elemento valioso para los profesionales, pero en la medida que sean reglas justas y transparentes para el sistema y para el resto de los trabajadores, que no perjudiquen el clima laboral, que no perjudiquen la atención de los pacientes y que no impliquen pérdidas de recursos y de productividad global para la institución. P. ej., concentrando aumentos de remuneraciones en horarios deficitarios, como considera el nuevo estatuto que rige el trabajo médico en los hospitales públicos.

Las facilidades para el **perfeccionamiento, la capacitación y la especialización** podrían aumentarse o disminuirse, en función de los requerimientos de renta. De hecho, dentro de la administración pública, regida por una vasta e inflexible normativa, estos elementos suelen ser medios muy recurridos y ciertamente eficaces para el cierre de brechas<sup>13</sup>.

Obviamente, no son precisamente éstas las consideraciones que deberían ser más determinantes de la política e intensidad de la capacitación, la que debería estar de alguna manera condicionada a las necesidades de buen servicio presente y futuro de la institución. Esto debe tenerse en cuenta en el diseño de la política de capacitación -y de remuneraciones-, por cuanto los beneficios de estas dimensiones serán finalmente compartidos entre los médicos -su carrera- y la institución -sus objetivos de prestación de servicios a la comunidad-. En la actualidad, como se dijo al comienzo, mientras más experiencia y formación adquiere cada médico, más cerca está el momento de su alejamiento de la institución pública donde se formó, que no cuenta con medios para retenerlo. Tal vez se podría condicionar más fuertemente estos temas a la permanencia posterior o a la formación de los equipos de reemplazo.

Como en el caso del riesgo, en las condiciones actuales no resulta razonable plantearse la posibili-

<sup>12</sup> Claramente, a igualdad de rentas, determinados especialistas preferirán quedarse en la región metropolitana.

<sup>13</sup> Lo que explica que muchas veces se pierdan de vista los objetivos institucionales en la formación.

dad de aumentar márgenes o facilidades para la **formación y el desarrollo de destrezas**. Quizás también en este caso sea necesario aumentar los niveles de control de calidad y de seguridad dentro de los cuales estas tareas se realizan, lo que conduciría en principio a disminuir las facilidades -por ejemplo aumentar el control por parte de los jefes de Servicios Clínicos, auditar sistemáticamente las fichas clínicas, poner más atención al parecer de los pacientes, etc.- más que a aumentarlas. El desafío es compatibilizar un buen ambiente formativo con las regulaciones y controles que garanticen bioseguridad. Este es también un “trade-off” entre presente y futuro, porque las destrezas adquiridas hoy serán garantía de bioseguridad el día de mañana.

El **prestigio** del establecimiento que pueda ser transferido a los profesionales que laboran en él representa un área de trabajo muy interesante, por cuanto fortalecer esta dimensión podría formar parte de una estrategia de desarrollo institucional, orientada al mejoramiento de la calidad de los servicios, por ejemplo.

Por último, **la realización y/o el reconocimiento por el servicio público** representa una enorme fortaleza institucional cuando está presente, no tan sólo por su impacto en la permanencia de profesionales de buen nivel en la institución, sino por su significado para la relación médico-paciente.

Sin embargo, en la actualidad es muy poco probable encontrar este componente ampliamente presente y significativamente valorado por los profesionales, simultáneamente y de manera permanente en el tiempo. Ello lo transforma en un instrumento débil para el diseño y la práctica de políticas estables en el mediano y largo plazo, en el mundo real. En efecto, si bien puede ser un factor coadyuvante circunstancialmente importante y poderoso, otros elementos de los aquí discutidos serán pilares más estables y fundamentales.

También sería posible trabajar con el privilegio de los médicos del hospital para la atención de pacientes privados. Cabría explorar alternativas que ampliaran o mejoraran estas facilidades, en la medida que un objetivo institucional fuese la genera-

ción de ingresos por esa vía, que en este caso se haría consistente con los objetivos de mantener el atractivo institucional sobre los profesionales. Sin embargo, el desarrollo del sector privado de la salud en Chile ha ido haciendo que una estrategia de este tipo pierda importancia. Este tema ha sido muy poco explotado por los gestores públicos.

## 2. LA RENTA MÉDICA COMO SATISFACTOR Y COMO INSTRUMENTO PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE LA POBLACIÓN: UN OBJETIVO DE POLÍTICA PÚBLICA

En el caso de la provisión de servicios de salud, un desafío de la mayor importancia para el sector público consiste en compatibilizar dos dimensiones de la renta médica: la satisfacción de las expectativas del personal con el logro de mejoras crecientes en la calidad de la atención a los usuarios del sistema. Esta suele ser la preocupación de las autoridades del sector, válida en el marco de la modernización y mejoramiento de los servicios públicos y en un contexto en que el Estado juega un rol tan importante en la prestación directa de servicios de salud, como es en el caso chileno.

Es posible afirmar que en el caso del sector privado, el mayor riesgo asociado a los ingresos acarrea como lógica consecuencia que los prestadores de servicios se orienten de manera importante a la mantención de su clientela, lo que se logra, en teoría, con incrementos en la calidad de la atención, especialmente de la calidad percibida. Por cierto esta sola dimensión no es suficiente para asegurar mínimo riesgo biomédico en la atención, pero es constitutiva de la relación médico paciente<sup>14</sup>.

En el caso del sector público, el efecto de la remuneración universal implica, por lo general, menos motivaciones personales para orientarse hacia el usuario, por cuanto no existe la lógica de “mantener la clientela”. En efecto, el nivel de la remuneración no está determinado por la calidad de la aten-

<sup>14</sup> Parte de la resolución del problema tiene que ver con la buena percepción de la atención o idea de haber sido acogido y escuchado (subjetiva). La insatisfacción sistemática de las expectativas redundará, al cabo de un tiempo, en la pérdida de confianza de las personas en el sistema, lo que se torna crítico cuando éste representa la única alternativa de atención.

ción y mucho menos por el grado de satisfacción de los usuarios. Por el contrario, en este contexto, la calidad de la atención está fundada casi exclusivamente en la ética del prestador o en su vocación de servicio.

Tal como se discutió antes, no obstante la for-

taleza moral de ciertos elementos, ellos suelen no ser suficientemente intensos para producir motivación permanente y permitir la obtención de un resultado institucional favorable en la práctica, especialmente si el sector privado se comporta como un competidor del sector público.