

*Magister en Gestión y Políticas Públicas*

**Estudio de Caso N° 31**

---

**LA LEY N° 19.490: IMPLICACIONES Y  
PROYECCIONES DEL MANEJO DE  
UNA CRISIS: EL CASO DEL PERSONAL  
NO MÉDICO DE SALUD**

***Claudia Augusta Muñoz Salazar***

*Esta serie de Estudios de Caso ha sido posible gracias al apoyo  
proporcionado por la Fundación Andrew W. Mellon de EE.UU.*

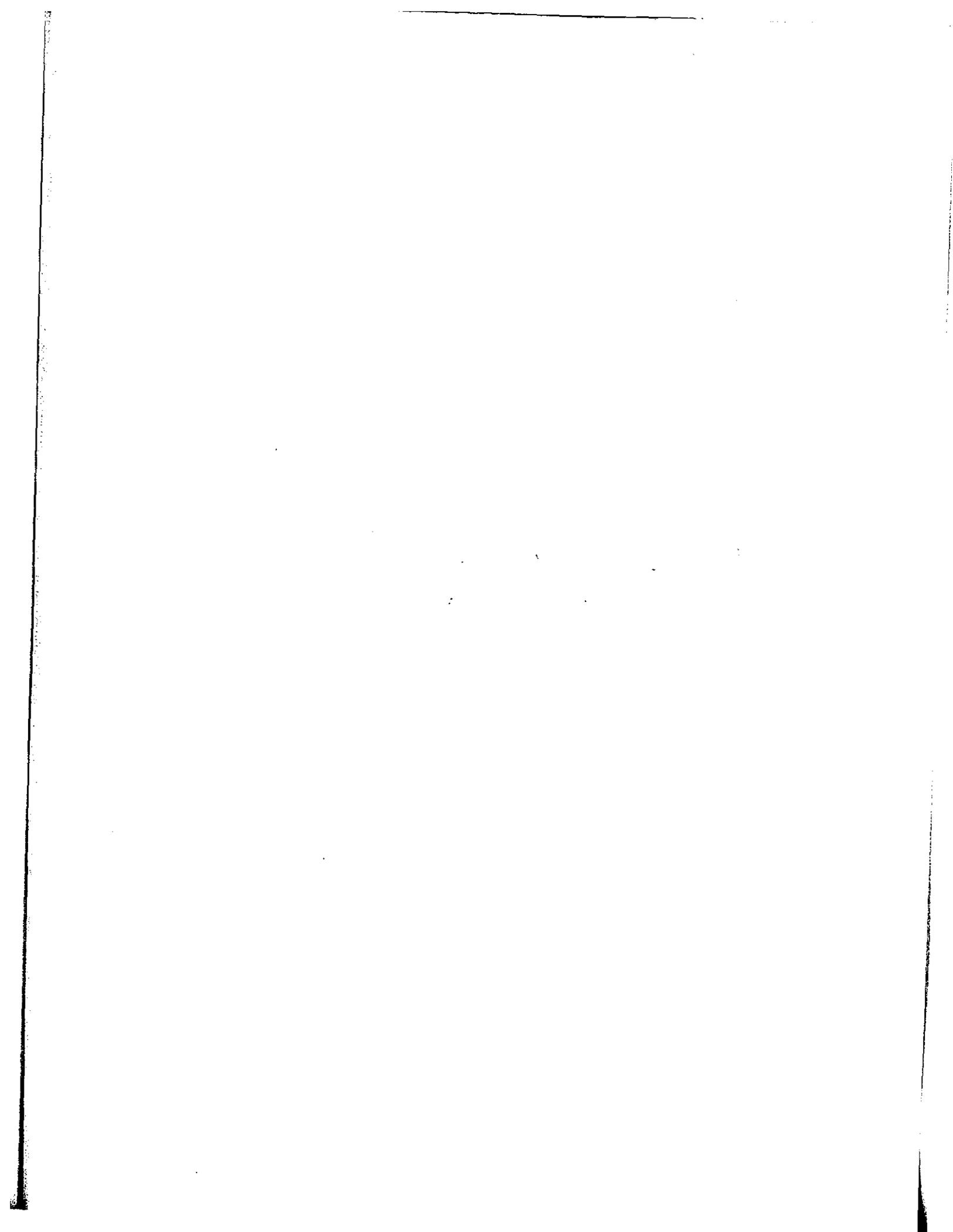
***Diciembre 1997***

---



**Universidad de Chile**  
Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas  
Departamento de Ingeniería Industrial

Av. República 701 • Fono: (562) 678 4067 • Fax: (562) 689 4987  
E-mail: [mgpp@dii.uchile.cl](mailto:mgpp@dii.uchile.cl)  
Sitio web: <http://www.dii.uchile.cl/mgpp/>  
Casilla 2777 Santiago - Chile



## RESUMEN EJECUTIVO

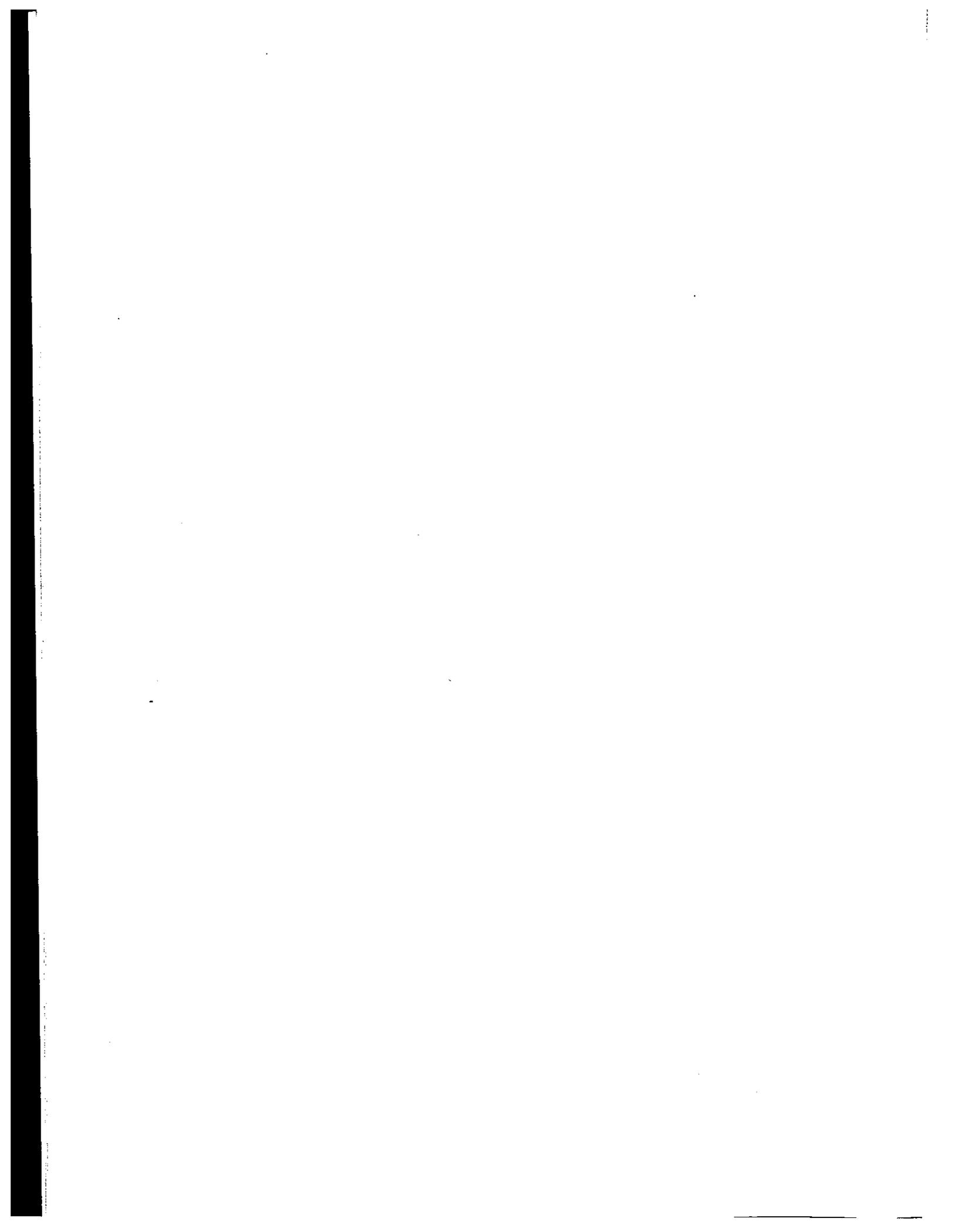
El objetivo general de este estudio es evaluar el desarrollo, manejo y control de la estrategia adoptada por el Gobierno en el conflicto con el sector salud, que se cristalizó en la Ley N° 19.490, aplicada a partir de enero de 1997.

Los objetivos específicos son caracterizar las demandas del sector, conocer los fundamentos de la estrategia gubernamental, analizar la evolución de las actitudes de los actores involucrados en el conflicto y conocer la operacionalización de la Ley e implicancias económicas para los funcionarios del sector.

La metodología utilizada corresponde al estudio de caso investigativo, en el que se utilizó un universo de estudio compuesto por todos los funcionarios de planta y a contrata del Servicio de Salud Metropolitano (SSM) oriente, regidos por la Ley N° 18.834. La muestra siguió un diseño aleatorio simple, que considera los diferentes estamentos (centros hospitalarios y planta funcionaria) en forma proporcional a los pesos relativos de dichos estamentos en el universo.

Es posible concluir que, en este caso, no se produjo una verdadera negociación por fallas de comunicación entre las partes. Además, en el conflicto no se dispuso de una amplia gama de alternativas (fuera de la negociación) y de opciones (en la negociación) que permitiera una solución a la crisis. Ello llevó a una solución legal, que se tradujo en la Ley N° 9.490, que no alcanzó a legitimarse por no haber acuerdo concertado entre las partes en conflicto. Legalidad y legitimidad deben darse en forma conjunta para que una política pública perdure en el tiempo.

La solución del conflicto a través de un proyecto de Ley, si bien permitió terminar con el paro, dejó ciertos problemas relacionados con el aumento creciente del gasto sin que éste corresponda a un aumento de la productividad individual de los funcionarios beneficiados.



## I. INTRODUCCIÓN

La metodología utilizada en este estudio ha sido el estudio de caso investigativo (Yin, 1987; Borges, 1995). Los antecedentes teóricos del estudio son la discusión acerca de la modernización del Estado y su rol en la elaboración y puesta en marcha de políticas públicas (Marcel, 1993; Aninat, 1996).

La evaluación de la implementación de la Ley se realizó a través de un enfoque metodológico cualitativo con entrevistas con detenimiento y semi-estructuradas y un enfoque cuantitativo a través de encuestas a trabajadores de la salud. El tipo de diseño utilizado es no experimental ya que no contempla grupo de control.

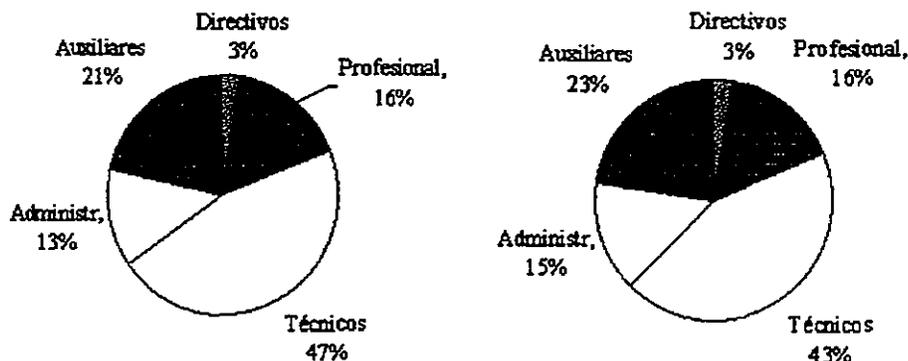
El análisis del proceso de implementación de la Ley N° 19.490 se realizó utilizando el "modelo Top Down" de Subirats (1994), a fin de determinar los elementos que pudieron influir en el rendimiento político y administrativo de la Ley. También se sigue a Subirats (1994) para analizar el contexto del proceso de establecimiento de la Ley. Además, se usó el modelo de negociación de Harvard (Fisher y Ury, 1984) para analizar cómo los distintos actores involucrados en el conflicto actuaron y negociaron.

En el análisis cualitativo se efectuaron entrevistas semi-estructuradas a los actores (autoridades y asesores de gobierno y dirigentes gremiales) que participaron directamente en la negociación durante el conflicto e influyeron en las decisiones.

En el análisis cuantitativo del estudio, el universo está compuesto por todos los funcionarios de planta y a contrata del Servicio de Salud Metropolitano oriente, regidos por la Ley N° 18.834. Esta decisión se tomó considerando que, en este Servicio, la distribución de los diferentes estamentos es similar a la distribución proporcional de los estamentos en el ámbito nacional.

**GRÁFICO 1: DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS FUNCIONARIOS POR ESTAMENTO, JULIO 1997**

En nivel Nacional: En SSM oriente



Fuente : Inpersal II, julio 1997

La muestra elegida es aleatoria simple (Blalock, 1966), la cual considera los diferentes estamentos (centro hospitalario y planta funcionaria) en forma proporcional a los pesos relativos de cada estamento en el universo. Para esta muestra se utilizó un nivel de confianza del 90 por ciento y un margen de error del 5 por ciento, considerando una proporción de ocurrencia del evento del 50 por ciento (máxima varianza) y una población finita con un universo de 3.546 personas. El resultado fue un tamaño de muestra de 252 casos.

Para determinar el número de funcionarios que debían ser entrevistados en cada establecimiento y para cada estamento, se eligió una muestra que reflejara los pesos relativos de los diferentes estamentos y de cada establecimiento en el universo.

Para asegurar la aleatoriedad de la muestra, los informantes fueron elegidos al azar por establecimiento y planta de los listados de personal, disponibles en el Departamento de Recursos Humanos del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO).

En esta investigación se identificaron los siguientes grupos de actores:

- Grupo 1, compuesto por los trabajadores de la salud pertenecientes a los diferentes estamentos y que trabajan en hospitales de los Servicios de Salud de la Región Metropolitana.
- Grupo 2, constituido por los gremios de salud que abarcan a la Confederación Nacional de Trabajadores de la Salud (Confenats), la Federación Nacional de Profesionales Universitarios de los Servicios de Salud (Fenpruss) y el Colegio de Técnicos Paramédicos.
- Grupo 3, que incluye a los funcionarios públicos de mediano y alto rango que ejecutan las políticas de salud.
- Grupo 4, que incorpora a los legisladores (Comisión de Salud de la Cámara de Diputados y del Senado).

La información fue recolectada a través de fuentes primarias y secundarias (Briones, 1992).

## **A. FUENTES PRIMARIAS**

Se realizó una entrevista semi-estructurada a funcionarios públicos de alto y mediano rango y a dirigentes de los gremios (actores de los grupos 2 y 3); como también se entrevistó a una muestra intencional de actores del grupo 1, que fue estratificada por estamento (directivos, administrativos, profesionales, auxiliares y técnicos). Dicha encuesta contó con preguntas cerradas y abiertas.

## **B. FUENTES SECUNDARIAS**

Se realizó una revisión bibliográfica y un seguimiento de los archivos de prensa del período comprendido entre los meses de noviembre de 1996 a enero de 1997, como también un estudio de los Boletines de la Cámara de Diputados y del Senado. Para velar por la validez de los instrumentos, es decir, para incrementar la coincidencia entre lo que se esperaba medir y lo que realmente se cuantificó, se consultó a expertos, lo que permitió confirmar o reestructurar preguntas para medir adecuadamente las distintas variables que configuran el fenómeno estudiado.

La confiabilidad de los instrumentos se incrementó mediante un pre-test aplicado a una muestra previa de 15 funcionarios que poseían características similares a la muestra definitiva. De esta forma se cuidó que las preguntas fueran comprendidas por éstos y se pudiesen cerrar el mayor número de preguntas. Asimismo, a partir del pre-test, se agregaron nuevas preguntas al formulario.

Los datos fueron procesados en el paquete estadístico EPIINFO y analizados mediante procedimientos descriptivos.

## II. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN DE CONFLICTO

### A. FACTORES QUE DESENCADENARON LA CRISIS

Desde el punto de vista de las autoridades de Gobierno (Secretaría General de la Presidencia, (Segpres), Ministerio del Trabajo, Dirección de Presupuesto (Dipres) y Ministerio de Hacienda) los factores que desencadenaron la crisis de salud, en noviembre de 1996, fueron:

- El descontento de los diferentes gremios de salud.
- El reconocimiento de que los gremios del sector salud estaban demandando soluciones a problemas reales, que correspondían a una deuda histórica.

Por su parte, algunos sectores de los trabajadores percibían que las autoridades de Gobierno habrían "jugado" con sus demandas, las cuales no habían sido atendidas de manera adecuada.

El análisis que hacen los gremios de la salud de este conflicto da cuenta de una serie de demandas por reivindicaciones salariales asociadas a la antigüedad: la necesidad del reconocimiento a la experiencia acumulada a través de los años de ejercicio práctico. Estas reivindicaciones también estuvieron orientadas a mejorar las condiciones de jubilación de aquellos funcionarios que cumplen requisitos y a producir una mayor movilidad en los grados. Adicionalmente, los gremios estimaron que había llegado el momento de la "pasada de cuentas" al Ministerio de Salud por los compromisos no cumplidos (entre ellos, el bono pendiente del acuerdo con el Ministro Montt).

Es importante tener en cuenta que previo al conflicto se configuró un nuevo escenario en las relaciones laborales del sector salud: una nueva Directiva en el Colegio Médico con una orientación más sindicalista que la anterior y la elección de un ex dirigente de la Fenats como Presidente de la CUT. A estos cambios en las dirigencias gremiales se sumó el cambio de Ministro de Salud, asumiendo el Sr. Alex Figueroa la cartera, en reemplazo del Ministro Carlos Massad.

### B. DINÁMICA DEL CONFLICTO

El conflicto de la salud se vivió en dos etapas muy relacionadas:

- La primera constituyó un paro de funcionarios no médicos de los Servicios de Salud que duró 5 días, cuyo resultado fue el Protocolo de Acuerdo del Palacio Arizúa.

- La segunda fue un nuevo paro de los funcionarios durante 10 días, que finalizó con el envío del Proyecto de Ley al Congreso.

A continuación se presenta un análisis cronológico de este conflicto, a fin de explicar su desarrollo, las posiciones que tomaron los actores y las negociaciones realizadas en cada etapa.

### **1. PRIMERA ETAPA: DEMANDAS DE LOS GREMIOS POR MEJORAS SALARIALES**

El día primero de noviembre de 1996 la Confederación Nacional de Trabajadores de la Salud (Confenats) envió sus demandas al Ministro de Salud, que apuntaban principalmente a:

- Fusión de una asignación denominada "letra T" al sueldo base, monto que constituiría el piso para el cálculo de cualquier otra asignación.
- Asignación de antigüedad trienal calculada sobre el sueldo base fusionado, de carácter imponible e inherente al funcionario.
- Establecimiento de un sistema de pago de turnos, cuyo monto fuera imponible.

Dichas demandas beneficiarían a 63 mil funcionarios.

La Confenats calculó que los recursos para solventar estas peticiones llegarían a 32 millones de pesos.

Esta propuesta unitaria de los gremios apuntaba a la defensa irrestricta al sistema de Salud Pública, al aumento del presupuesto para el sector, la implementación de una política de desarrollo de recursos humanos y al rechazo a la política de incentivo propuesto por el Gobierno.

Era la primera vez que las diferentes agrupaciones gremiales realizaban una presentación conjunta de sus demandas. Cabe señalar que los gremios, si bien manifestaron su disposición a participar en una mesa de negociación con el Gobierno, señalaron que no desmontarían la movilización que tenían programada. Además, la Confenats dio un plazo al Ministro Figueroa para responder positivamente a su peticitorio, lo que dejó de manifiesto una clara posición de estos gremios frente a sus demandas.

### **a. Respuesta de la autoridad**

La primera propuesta del Gobierno se puede resumir en los siguientes puntos:

- Una asignación de turnos imponible para 30 mil funcionarios que actualmente realizan horas extras, las que no son imponibles.
- Asignación de desempeño individual para el 25 por ciento mejor evaluado de cada planta, o considerar algunas especificaciones para incorporar al beneficio a aquellos con más de 10 años de experiencia laboral y aplicando un sistema de calificaciones elaborado por los trabajadores y los directores de Servicio.
- Asignación por desempeño colectivo, a fin de premiar a los equipos clínicos que hacían atención de calidad a los usuarios.
- Mejorar las jubilaciones de 1.500 funcionarios que cumplían los requisitos para pensionarse, con seis sueldos mensuales de indemnización. Ello generaría 9 mil ascensos de grado en la escala para el resto de los funcionarios.

### **b. Negociaciones**

Las autoridades del Ministerio de Salud realizaron una etapa de negociaciones con los gremios, con el fin de frenar la escalada de movilizaciones que éstos venían anunciando. Cabe señalar, que por la información aparecida en la prensa de la época, tanto el Ministerio de Salud como los trabajadores habían expresado estar dispuestos a flexibilizar posiciones para alcanzar acuerdos concretos.

La Confenats aceptó participar en una mesa de negociaciones con el Ministerio el día 6 de noviembre, esperando tener una resolución ese fin de semana. Humberto Cabrera, Presidente de la Confenats declaró en esa oportunidad: "Tenemos toda la disposición de trabajar un par de días para llegar a acuerdo, pero si eso no se logra, ratificaremos nuestra convocatoria a paralizar" (*La Segunda*, 6 de noviembre de 1996).

### c. El paro

Sin embargo, el 9 de noviembre de 1996 se rompió la mesa de negociaciones. En esa oportunidad, el Ministro expresó que los dirigentes habían llegado con una propuesta intransable, con el objetivo de romper la mesa y llamar a la movilización. Entre las razones que no hacían viable esta propuesta era su costo final, el cual alcanzaba los 97 mil millones de pesos, lo que equivalía al 56 por ciento de toda la planilla anual de sueldos del personal involucrado en estas negociaciones. El Ministro manifestó que el cálculo realizado por la Confenats de 32 mil millones de pesos era errado, además del énfasis muy marcado en el aporte de recursos dirigido al ítem de antigüedad.

El 14 de noviembre de 1996 los turnos de emergencia fueron retirados en la mayoría de los hospitales. La Confenats no reconoció este hecho como una orden emanada de ellos. En la prensa se planteó la interrogante: "¿El conflicto se les escapó de las manos a los dirigentes, o los trabajadores cumplieron sin previa ratificación la amenaza realizada en declaración pública el día martes por el Presidente de la Confenats?".

Aunque, los dirigentes gremiales no reconocieron que ordenaron el retiro de los turnos de emergencia, tampoco lo censuraron. Ello quedó de manifiesto en la respuesta del Presidente de la Confenats a la pregunta realizada por la prensa, acerca de si era ético retirar los turnos de emergencia. Él respondió con otra pregunta: "¿Y es ético que el Gobierno invirtiera el 1,3 por ciento del PGB en salud?". Luego agregó: "Lo ético para nosotros es defender el salario de los trabajadores, las vidas humanas" (*La Tercera*, 14 de noviembre de 1996).

En la historia del país, los paros de salud nunca habían afectado a los turnos de emergencia. Por ello, la sociedad reaccionó en contra, solicitando una pronta solución. Lo anterior quedó expuesto en las declaraciones del Episcopado, del Colegio Médico, editoriales de prensa y en la amplia cobertura al paro en los medios de comunicación, especialmente en la televisión. Adicionalmente, la gravedad del conflicto había traspasado la esfera de competencia del sector salud, transformándose en un problema laboral y nacional. Esta situación se reflejó en las declaraciones de los Ministros de del Interior y de Trabajo. El Ministro del Interior apoyó la gestión del Ministro de Salud y declaró "que se tomarán, todas las medidas necesarias para asegurar de la mejor manera la atención en los servicios de emergencia de salud para la población" (*Estrategia*, 14 de noviembre de 1996). Por otra parte, el Ministro del Trabajo afirmó: "Hemos llegado a un límite crítico en cuanto a la eficacia del régimen laboral del sector público".

En síntesis, el paro estaba en su punto más crítico: el Ministro de Salud condicionó la entrega de recursos y la Confenats insistió en que los recursos se entregarán en función de la antigüedad.

Como resultado de las presiones ya descritas, se reiniciaron las negociaciones, que se concretaron en una mesa de negociaciones en el Palacio Ariztía, formada por los siguientes actores:

- Confenats: Humberto Cabrera, presidente; Gladys Corral, presidenta del Departamento de Salud de los Colegios Profesionales; y Guillermo Peña, presidente de la Federación Nacional de Profesionales de la Salud.
- Gobierno: Alex Figueroa, Ministro de Salud; Fernando Muñoz, Subsecretario de Salud; y seis asesores.
- Garantes: Mariano Ruiz, presidente de la Comisión de Salud del Senado; Sergio Aguiló, presidente de la Comisión Salud de la Cámara de Diputados; y Roberto Alarcón, presidente de la Central Única de Trabajadores (CUT).

En esta negociación los gremios debieron disminuir su demanda inicial de 34 mil millones de pesos; y el Gobierno, aceptar el bono de antigüedad para los funcionarios, como también comprometerse a no realizar sumarios ni despidos. Los descuentos por días no trabajados se negociarían posteriormente.

#### **d. El acuerdo de la primera etapa del conflicto**

- El inicio de un estudio, a fin de establecer un nuevo marco laboral para los funcionarios de la salud.
- La creación de una asignación por experiencia a funcionarios de todos los servicios de Salud Pública.
- El establecimiento de una asignación por desempeño.

Durante el resto del mes se negoció el costo y la distribución de los fondos para cada asignación (antigüedad y desempeño), para lo cual se estableció un piso de 10 mil millones de pesos y un techo de 21 mil millones de pesos.

### **e. La opinión pública frente al paro**

La opinión pública frente al paro se concretó en la editorial de *La Época*, del 19 de noviembre de 1996: "Toda paralización ilegal merece la repulsa de la ciudadanía y afecta en lo concreto las vidas de quienes conforman los sectores más desprotegidos de la sociedad, lo que se hace definitivamente inaceptable".

Estas críticas también apuntaban a la actitud del Gobierno: "El Gobierno por no hacer cumplir sus advertencias de aplicar todo el rigor de la Ley N<sup>o</sup>, malcria a los trabajadores, que ya no le tienen miedo a las advertencias y ultimátum" (*El Mercurio*, 17 de noviembre de 1996).

### **f. Acontecimientos posteriores al Protocolo de Acuerdo**

El 18 de noviembre de 1996, el Presidente a la República firmó un decreto que concede facultades extraordinarias a los Directores de Servicios de Salud, para que ante futuras paralizaciones puedan disponer la contratación transitoria del personal necesario y la compra de aquellas prestaciones de salud que sean necesarias para atender la demanda no resuelta por las paralizaciones. Esta normativa, dictada a los cinco días de logrado el acuerdo, fue tomada por parte de los dirigentes gremiales como un amedrentamiento a los trabajadores y profesionales. Por ello declararon a la prensa que se abría una nueva confrontación.

El 20 de noviembre de 1996, el Ministro de Salud anunció que serían descontadas las horas no trabajadas a los funcionarios que adhirieron al paro, señalando que ésta no fue materia del acuerdo. Esto generó una ácida reacción de los gremios.

## **2. SEGUNDA ETAPA**

El 29 de noviembre de 1996, los dirigentes gremiales desahucieron la última propuesta para un mejoramiento salarial presentada por el Gobierno en la mesa de conversaciones, durante el Protocolo de Acuerdo del Palacio Ariztía, firmado el 11 de noviembre de 1996.

El punto de conflicto era el Protocolo de Acuerdo, que señalaba que las conversaciones

debían terminar el 30 de noviembre de 1996. Entre los puntos de desacuerdo destacaba que para el Gobierno, el pago de ambas asignaciones (antigüedad y experiencia) estaba asociado a la definición y establecimiento del marco legal. Por otra parte, los gremios no aceptaban esta vinculación y no compartían el modelo propuesto por el Gobierno.

Ambos sectores se responsabilizaron mutuamente del fracaso de las negociaciones por defender posiciones inflexibles.

#### a. Nuevo paro

De acuerdo con información emanada de los gremios, el 78 por ciento de los funcionarios se sumó al paro del 4 de diciembre de 1996. El Ministro de Salud, por su parte, evitó dar cifras e indicó que había sido muy "heterogéneo".

Durante este paro, los funcionarios que habían adherido a éste descalificaron a la autoridad de salud. En opinión del Presidente de la Fenats, se demostró "el enojo y resentimiento que hay entre las bases en contra del Ministro de Salud" (*La Tercera*, 05 de diciembre de 1996).

La interpretación del Gobierno a la actitud agresiva demostrada durante este paro fue que "sigue una lógica cuya consigna es propinar una derrota política al Gobierno" (*El Mercurio*, 5 de diciembre de 1996).

En algunos centros hospitalarios, el día 5 de diciembre de 1996 se retiraron los turnos éticos (a urgencias y cuidados intensivos, neonatología, entre otros), pese a la desaprobación de los dirigentes máximos de la Fenats. Esta situación llevó a las autoridades de Salud a catalogar el paro de "ilegal, injusto y absurdo". En tanto, el Ministro Secretario de la Presidencia calificó el paro de "abusivo e inmoral", ya que había paralizado un sector clave, que responde a una necesidad básica de la gente. Este Ministerio informó de la decisión del Gobierno de aplicar la Ley para sancionar a los huelguistas, sin descartar la aplicación de la Ley N° de Seguridad Interior del Estado (*La Tercera*, 6 de diciembre de 1996).

Ese mismo día (6 de diciembre de 1996), el Presidente de la República instruyó la aplicación de las sanciones anunciadas para restablecer la normalidad a los hospitales. Sin embargo, la situación continuó en un estado crítico, la que se complicó aún más ante el anuncio del Presidente del Colegio Médico de sumarse al paro si el problema no se resolvía el fin de semana.

Para cumplir las disposiciones de la máxima autoridad, después de tres días de paro, el Gobierno cursó sumarios a los trabajadores que abandonaron sus funciones en las unidades críticas. Además, se realizaron contrataciones adicionales y se derivaron pacientes graves a hospitales institucionales y privados.

En este contexto, el Ministro de Salud reiteró su disposición a no negociar mientras los funcionarios continuaran con el paro; posición que fue reiterada por el Presidente de la República.

La evaluación realizada por las autoridades de salud fue que el sistema público de salud resistió adecuadamente a la emergencia generada por el paro del sector, debido a la inmediata aplicación del Plan de Contingencia diseñado por el Gobierno.

El paro continuó; sin embargo, a la semana comenzó a disminuir la adhesión, aunque la situación siguió crítica. El Gobierno se mantuvo firme en su posición y los gremios, sin ceder en sus planteamientos.

Después de 8 días en paro, el 12 de diciembre de 1996, el Ministro de Salud anunció que el Presidente de la República había resuelto enviar un Proyecto de Ley al Congreso en calidad de suma urgencia, con el objeto de dar cumplimiento al acuerdo suscrito en el Palacio Ariztía. Este Proyecto de Ley contenía dos puntos principales:

- La creación de una asignación de desempeño y experiencia calificada.
- El establecimiento de normas para regular las relaciones laborales frente a nuevos conflictos.

Además, el Presidente había instruido al Ministro de Salud para que estudiara un nuevo marco laboral para los trabajadores de la salud adscritos a la Ley Nº 18.834. Esto permitiría el desarrollo de la carrera funcionaria y un personal de salud motivado, capacitado y adecuadamente remunerado. En esta oportunidad, el Gobierno consiguió que el Colegio Médico desistiera de apoyar el paro.

En virtud del cambio de escenario producido con el envío del Proyecto de Ley al Congreso, los dirigentes gremiales instaron a sus bases a retornar a sus puestos de trabajos. Este llamado se hizo en una concentración ante 5 mil funcionarios en el Parque O'Higgins.

No obstante los trabajadores se reintegraron a sus puestos de trabajos, el Proyecto de Ley tuvo el categórico rechazo gremial y fue catalogado de "maldito" por los dirigentes gremiales. Este rechazo se basó en la conducta dictatorial e impositiva asumida por el Gobierno al enviar al Congreso este Proyecto sin escucharlos.

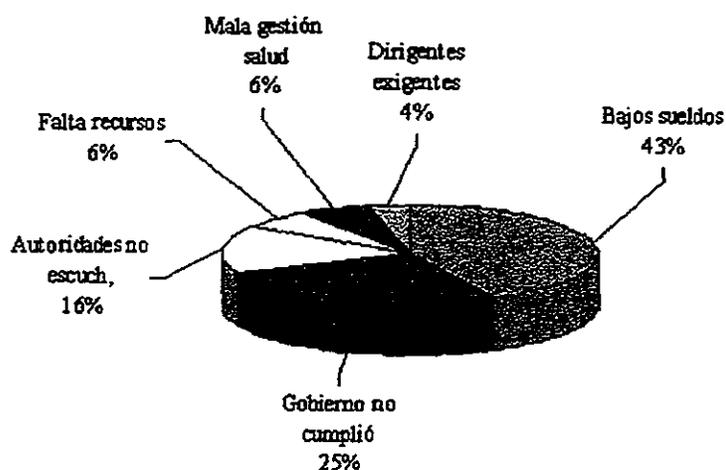
Dicho Proyecto fue tramitado en un tiempo récord, 15 días, a partir del momento que la iniciativa había ingresado al Congreso; fue aprobado en sesión extraordinaria el 27 de diciembre de 1996.

**C. OPINIÓN DE LOS FUNCIONARIOS SOBRE ASPECTOS RELEVANTES DEL CONFLICTO**

**1. EVALUACIÓN DE LA CRISIS**

Un 43,3 por ciento de los entrevistados identificó los bajos sueldos como el elemento que desencadenó el paro de noviembre de 1996. El segundo factor fue que el Gobierno no cumplió con los compromisos establecidos previamente (un 24,6 por ciento). Otros señalaron que las autoridades de salud no escucharon las solicitudes de los gremios (un 16,3 por ciento). Estas respuestas sustentan las reivindicaciones laborales de los gremios, además de constatar la poca credibilidad que tenía el Gobierno, ya que el 40,9 por ciento de los funcionarios consideró que éste no había cumplido con los compromisos o no había escuchado a los gremios.

**GRÁFICO 2: OPINIÓN FUNCIONARIOS RESPECTO A LAS PRINCIPALES CAUSANTES DEL PARO**



Fuente : Elaboración propia sobre los resultados de la encuesta.

A la pregunta si había participado en el paro, un 39,7 por ciento de los entrevistados declaró no haberse adherido. De éstos, un 71,4 por ciento de la planta directiva, un 54,3 por ciento de los administrativos y un 45,5 por ciento de los profesionales no se adhirieron.

Los funcionarios de las plantas de técnicos y auxiliares fueron los que en mayor proporción se plegaron al paro (un 63 por ciento y un 72,4 por ciento respectivamente).

Una de las quejas detectadas en el trabajo de campo, por parte de funcionarios de las plantas de auxiliares y de técnicos, fue el descontento por la baja adhesión de los profesionales, los que finalmente fueron los más beneficiados con la solución.

Existe un criterio unánime en la mayoría de los funcionarios respecto de dos falencias fundamentales: la falta de receptividad a las demandas y el incumplimiento de los compromisos por parte del Gobierno.

Cuando se consultó a los entrevistados si ellos consideraban posible haber evitado el paro, un 78,6 por ciento opinó que el paro era evitable. Las condiciones identificadas para haber evitado el paro están referidas a que el Gobierno debió escuchar a los trabajadores (un 38,9 por ciento) y que el Gobierno hubiera cumplido los compromisos asumidos con anterioridad (un 33,3 por ciento).

## **2. ACTITUD DE LOS TRABAJADORES FRENTE AL CONFLICTO**

Cuando se consultó a los trabajadores sobre su actitud frente a la crisis, un 85,3 por ciento planteó que habrían aceptado algún tipo de solución del Gobierno. Un 14,7 por ciento opinó que ellos no habrían aceptado ningún tipo de solución, debido a cómo estaban las cosas y dado que el Gobierno había mentido.

En el Cuadro 1 se presentan las razones que justifican la actitud de los funcionarios frente a la crisis.

**CUADRO 1: DISPOSICIÓN DE TRABAJADORES A ACEPTAR SOLUCIONES**

	N°	%
<b>SI</b>		<b>85,3</b>
- si el Gobierno hubiera realizado un ofrecimiento.	92	36,5
- pues nadie quiere que se le hagan descuentos.	57	22,6
- pero no hubo ofrecimiento.	38	15,1
- ya que muchos van al paro por apoyar a compañeros.	28	11,1
<b>NO</b>		<b>14,7</b>
- por la situación en que estaban las cosas.	14	5,6
- ya que Gobierno les mintió	13	5,2
- pues los trabajadores estaban obsesionados con ir a paro.	8	3,2
- por culpa del Gobierno y de los gremios.	2	0,8
<b>TOTAL</b>	<b>252</b>	<b>100</b>

Fuente : Elaboración propia sobre los resultados de la encuesta aplicada a funcionarios SSMO.

Como se puede apreciar en estos datos, la gran mayoría de los trabajadores estaban dispuestos a aceptar alguna solución. Si el Gobierno les hubiera presentado algunas opciones, la negociación habría sido diferente.

### 3. **EVALUACIÓN DE LA GESTIÓN DE LOS DIRIGENTES SINDICALES DURANTE EL CONFLICTO**

Cuando se le solicitó a los funcionarios una evaluación de la gestión de los dirigentes gremiales nacionales, un 37,3 por ciento de los funcionarios la calificó de muy buena y buena, un 43,7 por ciento la consideró regular y un 19,0 por ciento opinó que fue mala.

Los que calificaron de buena la gestión de los dirigentes nacionales señalaron que estos dirigentes lograron unir a la gente y que el paro fuera solidario. En tanto las principales razones para calificar de regular la gestión de estos dirigentes fue que la gente estaba muy dividida y que el movimiento finalmente se politizó. Los más críticos en la evaluación de la gestión de los dirigentes consideraron que se había politizado el conflicto y que solo lograron parte de lo solicitado.

Destaca el alto porcentaje (un 71 por ciento) de funcionarios que consideraron que los

dirigentes nacionales siempre estuvieron dispuestos al diálogo, a pesar de que fueron los mismos gremios quienes lo rompieron. Esto dejó en evidencia lo sesgado de la información manejada por los funcionarios, lo que se puede explicar porque las autoridades de salud no lograron desarrollar un proceso comunicacional que anulara ese sesgo.

#### 4. EVALUACIÓN DE LA ACTITUD DE LAS AUTORIDADES DEL NIVEL CENTRAL DE SALUD

Cuando se consultó a los funcionarios cómo calificaban la actitud de las autoridades del nivel central en su esfuerzo por solucionar este conflicto, un 47,2 por ciento opinó que ésta fue mala, un 43,3 por ciento la consideró regular y un 9,5 por ciento la consideró buena.

El estamento más crítico para evaluar la actitud de las autoridades del nivel central de salud en su intento por solucionar este conflicto fue el directivo, seguido por el de profesionales y el de administrativos. Los estamentos que mejor evaluaron esta actitud de la autoridad fueron los de la planta de auxiliares y de técnicos. A pesar de que éstos son estos estamentos que más adhirieron al paro, llama la atención que sean justamente estos grupos los que efectuaron una mejor evaluación respecto de la actitud de las autoridades de salud durante el conflicto.

La evaluación que hacen los entrevistados de cómo el Gobierno manejó la crisis es la siguiente: el 6,7 por ciento considera que fue buena, el 34,5 por ciento opina que fue regular y para el 58,7 por ciento que fue mala. La principal razón para considerar buena la gestión de Gobierno es el logro de las demandas de los trabajadores; en tanto, los que califican de regular este manejo señalan que el Gobierno solucionó solo parte de las demandas, el gran apoyo que le dieron al ministro y que las autoridades se cerraron y no reconocieron el problema de sueldos de los trabajadores. En tanto, el grupo que calificó de malo el manejo a la crisis por parte del Gobierno, consideró que éste impuso las cosas, que actuó en forma dictatorial y que manejó el problema en forma política.

## **D. ANÁLISIS DE LA SOLUCIÓN**

### **1. ESTRUCTURACIÓN DE LA LEY**

#### **a. Aspectos generales**

Los sistemas de remuneraciones para el personal de planta y a contrata del sector salud, al igual que el resto del sector público chileno, se caracterizan por estar regidos básicamente por la Escala Unica de Sueldos.

Las normas de remuneraciones reconocen diversas asignaciones, como la responsabilidad superior, profesional, gastos de representación y sustitutiva, antigüedad, zona y pérdida de caja. Estas asignaciones si bien son diferentes entre sí, tienen la característica de presentar rasgos de igualitarismo en su pago, el que se expresa en términos porcentuales.

#### **b. Ley N° 19.490**

Esta Ley es innovadora en materia de remuneraciones, por cuanto incentiva al funcionario a mejorar su desempeño laboral, lo que se debiera traducir en una mejor atención a los usuarios del sistema público de salud.

La Ley establece dos tipos de incentivos económicos para el personal de salud: individual y colectivo. Ambos están asociados a factores de antigüedad y desempeño. Con ello se busca promover la excelencia, la calidad y la productividad del sector. Los incentivos son:

- Una asignación de estímulo por experiencia y desempeño para el personal de planta y a contrata de los Servicios de Salud, regidos por la Ley N° 18.834. Ésta se entrega considerando tanto el desempeño funcionario, medido sobre la base de las calificaciones anuales, como la antigüedad del funcionario expresada en trienios.
- Una bonificación por desempeño individual y otra de desempeño institucional para las instituciones autónomas (Fondo Nacional de Salud, Fonasa, Instituto de Salud Pública, ISP, Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud, Cenabast, y Servicio de Salud Metropolitano del Ambiente, Sesma).

La bonificación por desempeño individual está destinada al personal arriba identificado, que corresponda al 30 por ciento de los funcionarios mejor evaluados de cada planta y que hayan

sido asignados a lista 1 ó 2 en el proceso de calificaciones del año anterior.

La bonificación por desempeño institucional privilegia el trabajo en equipo y se otorga al total del personal de las unidades que cumplan las metas anuales de gestión, con excepción de los funcionarios calificados en lista 3 ó 4, y de los funcionarios ubicados en el 10 por ciento peor evaluado. Ello, para evitar comportamientos *free-rider*.

Esta Ley, en su estructura, ha logrado conciliar dos elementos que forman parte de diversos sistemas de administración de remuneraciones: asignaciones por antigüedad y por desempeño, las que actúan conjuntamente y se expresan en un solo incentivo.

Un interesante aspecto de esta Ley es que, al aplicar el incentivo por desempeño, considera tres tramos para distribuir a los funcionarios de acuerdo a su calificación:

- El primer tercio mejor evaluado.
- El segundo tercio mejor evaluado.
- Los funcionarios que han tenido las más bajas evaluaciones.

Esta diferenciación de los funcionarios en tramos es efectuada en cada centro hospitalario y para cada una de las plantas (profesionales, técnica, directiva, auxiliares, administrativa).

Los funcionarios, al ser evaluados y ordenados en un *ranking* según sus calificaciones, compiten con los de su misma planta en cada centro hospitalario. Esto permite que cada funcionario perciba que acceder a los tramos superiores es algo viable, ya que es posible conocer el *ranking* en que fueron clasificados sus pares y al mismo tiempo saber su propia ubicación. Además, esta clasificación permite que los funcionarios que deseen acceder a los primeros lugares del *ranking* puedan hacerlo, en la medida que se esfuercen en mejorar su desempeño.

El establecimiento de tres tramos facilita la comparación entre los que han tenido un desempeño excelente, uno bueno y uno regular. Esto, unido al hecho que la bonificación recibida por el funcionario ubicado en el primer tramo es un 160 por ciento superior al del que se ubica en el tercer tramo y un 62.5 por ciento respecto del que se ubica en el segundo tramo, refleja que existe un mayor reconocimiento económico a quién cumpla mejor con su trabajo.

La experiencia, en esta Ley, está asociada a los años de trabajo de los funcionarios en el servicio de salud, es decir, por antigüedad institucional. Por esta razón no discrimina respecto

de la real experiencia adquirida por cada uno de los trabajadores. El reconocimiento de la experiencia debería estar asociado a la adquisición de nuevos conocimientos y a la incorporación de nuevas destrezas y habilidades, de este modo el incentivo económico sería entregado en retribución al aumento de productividad que aporte el funcionario a la institución a través de los años y no como un simple paso del tiempo en ella. Para ello se debería crear un sistema donde los funcionarios periódicamente sean evaluados en sus conocimientos y destrezas, que conduzca a objetivar la medición de la experiencia adquirida individualmente por cada funcionario.

Dentro de los elementos interesantes de esta Ley, está el hecho que, para la base de cálculo de la experiencia se han considerado trienios. Ello, en lugar de considerar los bienes hoy vigentes (pago por cada dos años que se está en el grado sin ascender), significa que se está incentivando la permanencia de los funcionarios en las instituciones de salud para tener derecho al nuevo beneficio. En la Ley, la antigüedad está asociada a una progresión aritmética, con una base trienal y con un tope de 10 trienios. Uno de los problemas que presenta esta asignación, asociada a la antigüedad, es su crecimiento constante. Si se considera que, en promedio, la asignación entregada a los funcionarios es de 2,167 por ciento  $((3.25 + 2.0 + 1.25) / 3)$  cada año, al cabo de diez trienios ésta alcanzará el 65 por ciento sobre las actuales remuneraciones, sin que haya certeza que los funcionarios efectivamente hayan aumentado la productividad en el trabajo realizado. Por consiguiente, el sector salud debería generar ingresos presupuestarios por un valor equivalente al incremento de 65 por ciento o en su defecto ajustar las dotaciones.

#### ***Base de cálculo del incentivo***

La base de cálculo sobre la cuál se aplican los porcentajes de los incentivos que corresponden, de acuerdo con el desempeño y la antigüedad, está compuesta por el sueldo base, la asignación profesional, la asignación sustitutiva y la asignación de responsabilidad superior. La forma como está definida esta base crea grandes diferencias entre los funcionarios que reciben la asignación profesional y aquellos que no la reciben, porque es un porcentaje significativo del sueldo.

A modo de ejemplo, un profesional grado 12 EUR tiene como base de cálculo para la asignación 414.040 pesos; para el funcionario del mismo grado de las plantas técnicas, administrativas y de auxiliares esta base es de 231.783 pesos. Esto significa que la diferencia

del incentivo para ambos, cualquiera sea el tramo o la antigüedad, es significativa.

### ***Factores a aplicar***

La determinación del incentivo que se cancela cada trimestre requiere de la aplicación de un porcentaje que varía de acuerdo al tramo donde se ubica el funcionario según la *clasificación* de la evaluación y los trienios de antigüedad. Esta cantidad puede fluctuar entre el 1,25 por ciento de la base para el funcionario ubicado en el tercer tercio y con un trienio de antigüedad y el 32,5 por ciento del sueldo mensual para los funcionarios ubicados en el primer tercio y con 10 trienios de antigüedad. La mayor diferencia está dada por la base de cálculo como se vio en el punto precedente.

En el trabajo de campo se corroboró la gran dispersión del monto, puesto que el bono que reciben los funcionarios oscila en un rango desde los dos mil a los 300 mil pesos por trimestre. La diferencia en los montos es producto de la ubicación de cada trabajador en la escala única de sueldos, el tercio en que se ubica de acuerdo al proceso calificadorio y los trienios de acuerdo a la antigüedad. En el Cuadro 2 se presentan los montos de los bonos que declararon recibir los funcionarios en la encuesta.

**CUADRO 2: BONOS RECIBIDOS POR FUNCIONARIOS ENTREVISTADOS POR TRAMO**

<b>Tramos del bono (en miles de pesos)</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Menos de 10	26	10,3
De 10 a 39	87	34,5
De 40 a 79	52	20,6
De 80 a 149	29	11,5
De 150 a 300	21	8,3
Sin bono	37	14,7
<b>TOTAL</b>	<b>252</b>	<b>100</b>

Fuente : Elaboración propia sobre los resultados de la encuesta aplicada a funcionarios del SSMO

## 2. INCENTIVOS SALARIALES

### a. Naturaleza del incentivo

El incentivo que contempla la Ley N° 19.490 para funcionarios de hospitales es económico de aplicación individual, que considera un pago diferenciado de acuerdo a la ubicación de los funcionarios en el proceso de calificaciones del periodo anterior. Es importante señalar que no se consideró complementarlo con otro tipo de incentivos, profesionales o institucionales, lo que podría haber favorecido los resultados de mayor eficiencia y productividad de los funcionarios.

Conforme a la bibliografía revisada, lo recomendable es aplicar conjuntamente incentivos individuales y colectivos. En el caso analizado no se consideró el incentivo colectivo debido a que, al momento de diseñar la Ley, se tuvo en consideración los acuerdos previos entre el Ministro Massad y los gremios, en el período 1994-96, respecto a estudiar pagos de desempeño y experiencia para los funcionarios de hospitales. Además, existió la creencia de parte de las autoridades que diseñaron la Ley, que los gremios tratarían de obtener incentivos colectivos, debido a que éstos son fácilmente transformables en remuneraciones, ya sea por antigüedad o de montos iguales, siguiendo el criterio de políticas redistributivas. Cabe señalar, que la incorporación de un incentivo colectivo requería de mayor tiempo para hacerlo efectivo. Ello sucedió con el segmento de funcionarios que trabajan en instituciones autónomas, a quienes recién en 1998 se les comenzará a pagar este incentivo. El conflicto precisaba de una solución al más breve plazo.

### b. Efectividad del incentivo por desempeño

Este incentivo propicia la discriminación entre los buenos y malos funcionarios. Cabe recordar que en esta Ley todos los funcionarios con más de tres años en el sistema tienen derecho a recibir la asignación. Ello permitió disminuir los roces con los sindicatos, porque no se excluyó a ningún funcionario, pero al mismo tiempo disminuyó los esfuerzos de los funcionarios por mejorar sus rendimientos, debido a que de todas formas recibirían el beneficio.

Del total de funcionarios encuestados, un 85 por ciento manifestó haber recibido la asignación de estímulo y desempeño, en tanto un 15 por ciento no la recibió. Las razones

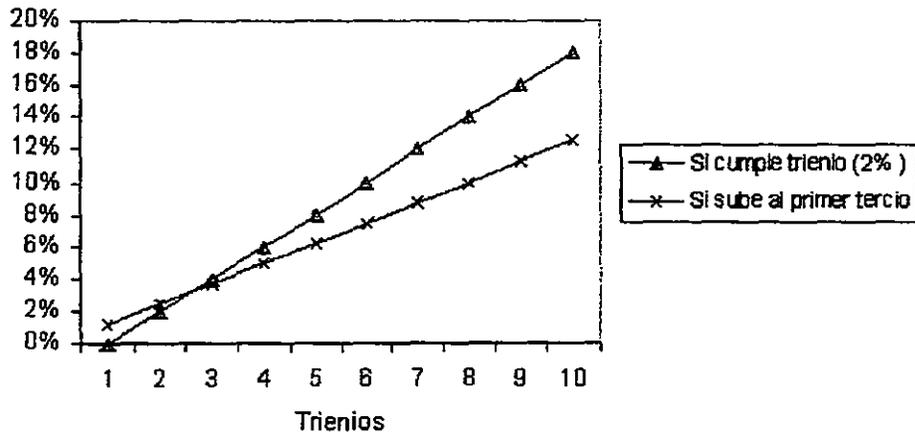
fueron no haber cumplido aún tres años en el sistema (un 11 por ciento), por estar calificado en lista 3 ó 4 (un 2 por ciento) y por medidas disciplinarias (un 2 por ciento).

Una característica de este incentivo es su fácil comprensión, puesto que se basa en criterios preestablecidos (trienios, calificación y grado de la escala única de sueldos); sin embargo, entre los funcionarios indagados existe poco conocimiento acerca de qué es lo que se les está reconociendo con esta asignación.

La falta de conocimiento de este bono, es calra, ya que sólo el 12,6 por ciento de los funcionarios encuestados señaló el desempeño y la experiencia como los factores de reconocimiento de esta asignación, en tanto que el 42 por ciento señaló sólo uno de estos aspectos, ya sea el desempeño o la experiencia. Destaca, además, que el 27,1 por ciento de los indagados opinó que esta asignación no es un reconocimiento, sino una solución tipo "aspirina"; es decir, no logra solucionar el problema de los trabajadores. Estos resultados muestran que a pesar de que el incentivo en su diseño considera una parte por concepto de antigüedad y otra por desempeño, los funcionarios, en su mayoría, no saben qué se les paga en este bono, lo que indudablemente es un factor que influye en la efectividad de la aplicación de estos incentivos.

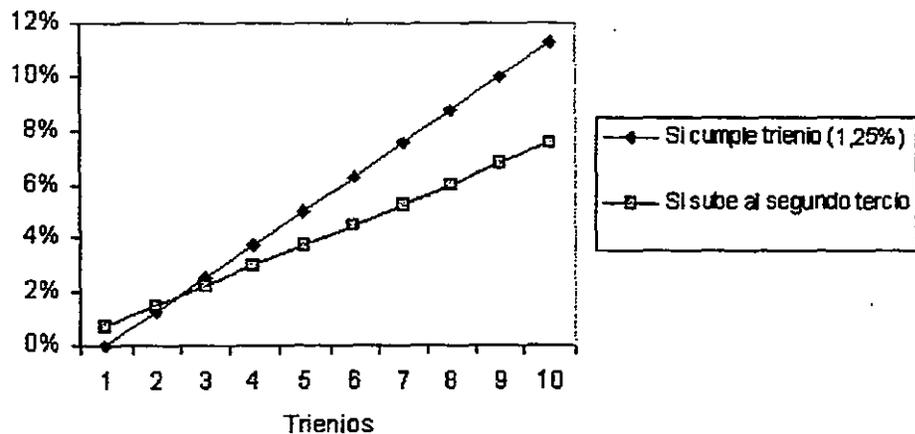
Esta Ley premia especialmente al buen funcionario, ya que el incentivo es mayor para los que se ubican en el primer tercio, sin embargo, como, además, se reconoce la antigüedad, con un aumento constante para cada trienio cumplido, los funcionarios siempre van a tener aumento en la asignación, independiente del esfuerzo que realicen. Sólo se excluyen del beneficio a aquellos funcionarios que en el proceso calificadorio del año anterior estén ubicadas en lista 3 ó 4. En el gráfico 3 se establece la importancia que otorga la ley a los incentivos de antigüedad y desempeño, dependiendo del tramo en que se califique al funcionario.

**GRÁFICO 3: COMPARACIÓN DE LA IMPORTANCIA RELATIVA DEL INCENTIVO POR EFECTO ANTIGÜEDAD Y DESEMPEÑO, FUNCIONARIO EN GRADO 17 EUR (FUNCIONARIOS UBICADOS EN EL SEGUNDO TERCIO)**



Fuente : Elaboración basada en datos entregados por Inpersal

**GRÁFICO 4: COMPARACIÓN DE LA IMPORTANCIA RELATIVA DEL INCENTIVO POR EFECTO ANTIGÜEDAD Y DESEMPEÑO, FUNCIONARIO EN GRADO 17 EUR (FUNCIONARIOS UBICADOS EN EL TERCER TERCIO)**



Fuente : Elaboración basada en datos entregados por Inpersal

En los gráficos 3 y 4 se efectúa una comparación entre la proporción del sueldo que corresponde al pago de asignación por conceptos de antigüedad e incentivos. Para este efecto se tomó como base el sueldo correspondiente al grado 17 de la Escala Única de Remuneraciones, el monto de las asignaciones por desempeño y experiencia para los dos primeros tramos y los 10 trienios en que ésta es diferenciada.

Como se puede apreciar, en dichos gráficos predomina el efecto antigüedad sobre el efecto incentivo, situación que se revierte para funcionarios cuya antigüedad es menor de dos trienios. La consecuencia de ello es que los trabajadores, en sus seis primeros años (hasta dos trienios) de labor en el sistema de salud, se verán más motivados a esforzarse en mejorar su desempeño porque el efecto económico del incentivo es mayor que el logrado con cumplir un trienio. Sin embargo, luego de los dos primeros trienios, el trabajador percibirá que el efecto de cumplir un nuevo trienio tiene mayor recompensa que esforzarse por mejorar la posición en el *ranking* de calificaciones, y tratará de ubicarse en el tramo superior.

Con relación a la periodicidad trimestral con que es cancelada la asignación de experiencia y desempeño, ésta se considera adecuada, ya que no es tan seguida como para que los funcionarios la incorporen a remuneración mensual ni tan distante como para que se olviden de ella.

Cuando se consultó a los funcionarios acerca de la importancia que tenía este bono, un 44,4 por ciento consideró que el bono es sólo una ayuda, que es insuficiente y que no soluciona el problema de los sueldos bajos; un 18,3 por ciento estimó que el bono es muy poco, que da rabia recibirlo o que es un chiste; un 12,3 por ciento que con el bono se perdió más que lo que se recibe, y sólo un 10,3 por ciento opinó que este bono es una suma importante con relación al sueldo.

Estas respuestas dan cuenta que los funcionarios asocian este bono a mejoría de las remuneraciones, pero no lo relacionan a un reconocimiento por su desempeño y experiencia. Esto dificulta que la Ley logre sus objetivos, pues si los funcionarios no saben que su buen desempeño será reconocido no se esforzarán por mejorarlo.

A pesar de ser un bono de cuantía interesante, los funcionarios no lo valoran.

### **c. Limitaciones del incentivo**

Son necesarias algunas condiciones para que un incentivo sea efectivo: debe existir un sistema de evaluación por desempeño donde los procedimientos deben estar claramente establecidos, también deben funcionar redes de información que faciliten la eficacia en la asignación de los incentivos.

Los principales problemas que presenta el actual sistema de evaluación son:

- No hay indicadores definidos que permitan saber objetivamente si un funcionario cumplió bien con las funciones, por lo que la medición es subjetiva.
- No se cuenta con una descripción de cargos, a fin de que cada funcionario tenga claramente delimitada las funciones que debe desarrollar.
- Carencia de planificación de actividades, que redundan en pérdida de eficiencia y eficacia.
- Inexistencia de una clara organización del trabajo lo que se traduce en pérdida de recursos.
- Falta un buen sistema de supervisión.

### 3. IMPLEMENTACIÓN DE LA LEY

Un elemento que ha facilitado el proceso de implementación de esta Ley, fue su objetivo claro y que incluyera un *modus operandi* (Subirats, 1994). Dada la claridad del contenido de esta Ley y la estructura que presenta el sector salud, se estaría garantizando que exista una buena transmisión de órdenes con instrucciones claras hacia los organismos involucrados en la puesta en marcha de la medida.

Otros elementos que han contribuido a la aplicación de esta Ley han sido:

- El funcionamiento del sector salud, que como todo servicio público tradicional se financia con el presupuesto asignado (al aprobarse esta Ley implícitamente se le están asignando los recursos necesarios para su aplicación).
- Es un beneficio adicional para los funcionarios, no perjudica a un grupo o segmento de trabajadores, por lo que no hay posibilidades de sabotaje que impidan o dificulten la implementación de la medida, lo que favorece su puesta en marcha.

Como se ha mencionado, la clasificación de los funcionarios en tercios, de acuerdo con las calificaciones obtenidas en el año anterior, se realiza para cada planta por separado (directiva, profesional, técnica, administrativa y auxiliar) para cada centro hospitalario. Considerando que es posible que el número de funcionarios con nota máxima exceda los dos tercios, es relevante la forma como se dirimen los empates. Para lo anterior se debe aplicar el "Reglamento de Desempate", que considera diferentes factores para su discriminación, entre ellos, el número

de atrasos en el trimestre anterior y la antigüedad.

El incentivo se incrementa con relación a la antigüedad, medida en trienios, del funcionario en los Servicios de Salud. Esta información es responsabilidad de las oficinas de personal de cada centro hospitalario.

#### a. Problemas en la operacionalización

En la operacionalización se han presentado algunos reclamos derivados de problemas en el cómputo de los años de antigüedad en el servicio. Esta Ley fue aprobada en diciembre de 1996, por lo que para los pagos de 1997 se utilizaron las calificaciones del personal realizadas en el mes de septiembre de 1996. Esta situación generó reclamos por cuanto anteriormente los procesos calificadorios no tenían una utilización práctica, excepto en caso de estar calificado en lista 3 y 4. Antes no había interés por parte del calificador por ser más riguroso en esta labor y los funcionarios, en caso de no estar conformes con la nota obtenida, no las impugnaban. Esta situación originó disconformidades ya que, cuando los funcionarios se dieron cuenta que las notas sí se consideraban para este bono, ya había transcurrido el tiempo de apelación y debieron atenerse al tramo en que se les había clasificado.

Los funcionarios indagados identificaron los siguientes problemas que, en su opinión, se presentaron con la aplicación de esta Ley (ver Cuadro 3).

**CUADRO 3: PROBLEMAS QUE PRESENTA LA APLICACIÓN DE LA LEY**

<b>Problemas de la Ley N° 19.490</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Discriminatoria	80	37,4
Subjetiva	41	19,2
Permite persecución	28	13,1
Injusticia	25	11,7
Insegura	23	10,7
Irregularidades	12	5,6
No tiene problemas	5	2,3
<b>TOTAL</b>	<b>252</b>	<b>100</b>

Fuente : Elaboración propia sobre los resultados de la encuesta

#### 4. MODIFICACIONES NECESARIAS A LA LEY

Con relación a las modificaciones que los indagados consideraron que eran necesarias para solucionar los problemas que se crearon con la aplicación de esta Ley, un 37,7 por ciento indicó que es necesario que la evaluación del desempeño sea objetiva y un 29 por ciento propuso que el bono sólo premie la antigüedad, lo que significa separar los bonos. Un 22,2 por ciento consideró necesario hacer cambios en las remuneraciones, especialmente aumentar el sueldo base y un 9,5 por ciento dijo que se debe lograr que la evaluación del desempeño mida lo realizado por el funcionario de acuerdo a una planificación previa de las actividades. Finalmente, un 1,6 por ciento estimó que están conformes y que no cambiarían nada.

El cambio más solicitado por los funcionarios en las diferentes plantas es hacer las evaluaciones más objetivas. Sólo en la planta de técnicos la modificación más solicitada es que este bono sólo premie la antigüedad.

##### a. Relaciones laborales en equipos de trabajo

¿El bono, que contempla sólo una bonificación por desempeño individual y ninguno de carácter colectivo, ha impactado negativamente las relaciones laborales al interior de los equipos de trabajo? En este estudio se pudo constatar que una gran mayoría de los entrevistados (un 61,9 por ciento) opinó que estas se mantenían igual que antes, que un 33,7 por ciento planteó que habían empeorado y que sólo un 4,4 por ciento dijo que las relaciones laborales habían mejorado.

Cuando se indagó si en algún estamento se producían diferencias de opinión, se constató que en éstos se mantiene una distribución similar de las opiniones entre los funcionarios que consideran que las relaciones laborales han mejorado, han empeorado o siguen igual.

##### b. Sistema de calificaciones

La Ley contempla que el pago de estas bonificaciones se efectúe sobre la base del sistema de calificaciones vigentes en el sector público (Ley N° 18.834 y Decreto Ley N° 1.229-92 que aprueba el Reglamento de Calificaciones).

Este sistema de calificaciones considera los siguientes factores y sub-factores de evaluación:

- Rendimiento (cantidad de trabajo y calidad de la labor realizada).
- Condiciones personales (conocimiento del trabajo, interés por el trabajo que realiza y capacidad para realizar trabajos en grupo).
- Comportamiento funcionario (asistencia y puntualidad, responsabilidad y cumplimiento de normas).

Cada sub-factor es evaluado en una escala de uno a siete, y su ponderación fluctúa de acuerdo a la planta del evaluado. A través de este procedimiento el funcionario obtiene un puntaje con el cual es clasificado en una lista 1, 2, 3 ó 4.

Una de las debilidades de este sistema es que no cuenta con instrumentos técnicos que permitan calificar objetivamente, a excepción de los sub-factores de asistencia y puntualidad, para los cuales existe un sistema de control obligatorio. La ausencia de mecanismos técnicos, de criterios estandarizados con parámetros e indicadores de productividad para medir, por ejemplo, la cantidad y calidad del trabajo, han constituido la principal base para señalar que las calificaciones de los funcionarios quedan a la decisión de cada jefatura, y que son subjetivas. Por consiguiente, al trasladar este sistema con dichas carencias y sin contemplar modificaciones orientadas a subsanarlas o disminuirlas, se mantiene un elemento que podría ser crítico y tensar su aplicación.

En cuanto a las modificaciones para solucionar los problemas que esta Ley generaba, un 37,8 por ciento de los entrevistados señaló la necesidad de una evaluación objetiva y un 9,5 por ciento que necesita de una evaluación que se realice de acuerdo a una planificación; es decir, un 47,3 por ciento señaló la conveniencia de efectuar modificaciones al sistema de evaluaciones.

### **c. Descripción de cargos**

Lo que podría facilitar la aplicación de un incentivo asociado a la experiencia y el desempeño, sería que cada centro hospitalario contará con una clara definición y descripción de los cargos, además de una evaluación de cargos por centro. Complementariamente, se debería aplicar el mismo modelo de evaluación de cargos. Este modelo debe tener como resultado el correspondiente grado asociado a la escala única dado que ésta es la base para el cálculo del incentivo.

Además, disponer de una descripción de cargos, en la cual cada funcionario conozca claramente qué debe hacer, facilitaría la tarea de precalificación del evaluador ya que contaría con una referencia.

#### **d. Planificación de actividades**

Uno de los elementos necesarios para mejorar la calidad de la atención de salud a los usuarios es la planificación de actividades para cada centro hospitalario y, en éste, para las diferentes unidades y áreas de trabajo, porque ello permite aunar esfuerzos para el cumplimiento de la misión institucional. En consecuencia, la planificación es un elemento fundamental para el trabajador, por cuanto junto a la descripción de cargos ya señalada, le servirá de pauta-guía para las funciones y tareas que debe desarrollar en un lapso determinado. Adicionalmente, a los niveles directivos les serviría de referencia para precisar las metas y resultados a alcanzar. A su vez, ello les permitiría contar con elementos más objetivos para evaluar el desempeño de funcionarios y servirá de referente para alcanzar la eficacia.

Una debilidad que presenta actualmente el sistema de salud es la carencia de la planificación sistemática de actividades, lo que, a pesar de existir planificaciones en algunas unidades, no tiene la continuidad ni globalidad necesarias para mejorar la gestión en los centros hospitalarios.

Respecto si las jefaturas habían conversado con el equipo de trabajo acerca de las tareas que debían hacer, las prioridades establecidas y sobre los problemas que se presentan en el trabajo, la mitad de los entrevistados declaró que sus jefes no lo hicieron.

Cuando se analizan estas respuestas por planta, se obtiene que en la planta profesional la mayor proporción de jefes ha conversado con el equipo de trabajo sobre estos temas, y que la planta técnica está en una posición más desmejorada en este tema.

#### **e. Satisfacción de usuarios**

Considerando que el objetivo principal de esta Ley es incentivar a los funcionarios a mejorar su desempeño, lo que se traducirá en una mejor calidad de la atención para los usuarios del sistema de salud público, se debería efectuar un monitoreo periódico para constatar la existencia de cambios en la satisfacción de los usuarios. Este control debería consistir en un

instrumento sencillo, que abarcara diferentes áreas y de bajo costo.

A la fecha, no se ha efectuado este tipo de mediciones, por lo que no se conoce el efecto que la aplicación de esta Ley ha tenido después de tres pagos del bono.

## E. CULTURA ORGANIZACIONAL

La cultura organizacional, según Mintzberg (1993), "se centra en el interés colectivo y en construir una organización unificada a través de compartir escala de valores, hábitos y tradiciones".

Por medio de las entrevistas realizadas se puede distinguir los siguientes elementos básicos asociados a la cultura organizacional del sector salud:

- Apego a la estabilidad laboral, aunque ello implique una menor remuneración si ella está sujeta a riesgos.
- Propensión a privilegiar bonos de carácter igualitario o en que las diferencias de montos máximos y mínimos sean poco diferenciados (situación heredada en parte de la estructura de la escala única de sueldos).
- Tendencia a privilegiar la eficiencia por sobre los resultados, es decir, los procedimientos conforme a los marcos legales aunque no se logre plenamente el objetivo.

Para indagar sobre el peso de la cultura del funcionario público en el sector salud, se consultó a los entrevistados acerca de que harían si pudieran elegir entre un trabajo estable con bajos salarios o uno más inestable pero con mejores remuneraciones: un 84,5 por ciento prefirió la estabilidad sobre el ingreso y un 15,9 por ciento privilegió el ingreso sobre la estabilidad. Esta preferencia es algo que cruza toda la organización, independientemente de la planta a la que pertenezca el funcionario.

Otro aspecto observado en las entrevistas, con relación a la estabilidad, es la negativa de los funcionarios a ser cambiados del puesto de trabajo en alguna unidad específica, aún en situaciones de paro. Esta actitud se ratificó en una entrevista realizada a un directivo:

*"Los trabajadores realmente están en su derecho de impedir que se le traslade a otro servicio, no es lo mismo estar en pediatría que en neonatología, cada una tiene su especialización" (Entrevista 13).*

*"... durante el paro, no había ninguna posibilidad de redistribuir personal, ya que la respuesta generalizada de los funcionarios era: Yo estoy en este servicio (referido a pediatría, cirugía, etc.), si Ud. me manda a otro, yo me salgo y me sumo al paro" (Entrevista 13).*

Esta situación, además, fue confirmada por un dirigente gremial, quién dijo que hay una percepción equivocada de parte de los funcionarios:

*"Yo creo que la estabilidad funcionaria es una cosa que tiene que ver con tu estabilidad en el empleo, que es una cosa muy distinta a que por ejemplo en un momento determinado, ante situaciones de excepción tenga que irme a brindar apoyo por las circunstancias, que son muy distintas en ese caso, pero ahí la gente se confunde cuando no permite cambios, pero es lo que ocurre" (Entrevista 16).*

Otro elemento que se evidencia en la cultura organizacional es la tendencia a privilegiar bonos igualitarios para los funcionarios. Sin embargo, los resultados de la encuesta señalan que en el SSM oriente, un 68,3 por ciento de los funcionarios considera más justo que se les pague un bono de acuerdo con el desempeño individual, en tanto que un 31,7 por ciento prefiere el bono igualitario. Lo anterior podría estar indicando un importante cambio de la cultura, que se contrapone a la percepción que tienen directivos de la conducta igualitarista de los funcionarios de salud.

Dicho cambio se puede atribuir a uno de los resultados directos de la aplicación de la Ley, dado que los funcionarios están comprendiendo que esta asignación ya es una realidad y que para los que se desempeñen mejor, será mayor el monto del beneficio.

Se debe indagar si este cambio está generalizado en el sector, a fin de considerarlo en los próximos lineamientos de política, porque que puede facilitar futuros ajustes en la aplicación de este incentivo y mejorar las malogradas relaciones entre el Ministerio, los gremios y los funcionarios.

Relacionado con lo anterior, se puede apreciar que los funcionarios muestran una cierta aceptación de los aumentos de remuneraciones asociados a desempeño. Cuando se les consultó acerca del grado de conformidad ante el anuncio del Gobierno de que los aumentos de remuneraciones de los funcionarios del sector público estarán asociados al desempeño, un 45,6 por ciento expresó estar de acuerdo con este anuncio, un 33,7 por ciento se manifestó en desacuerdo y un 20,6 por ciento no se inclinó por ninguna de estas opciones. Esto refleja que los funcionarios, en una gran proporción, que sin duda se acrecentará, ya aceptan los aumentos salariales asociados al desempeño (tema no menos importante para la etapa de modernización del Estado que se está desarrollando).

#### **a. Incidencia de los incentivos en la cultura organizacional**

La Ley N° 19.490, dado que considera una asignación por desempeño y experiencia en forma individual, está fomentando el desarrollo de una cultura de logro y no de cooperación. Además, este incentivo se aplica midiendo el apego a los estatutos (no tener ausencias injustificadas, atrasos), por lo que es un incentivo que fomenta la cultura de la norma.

Si bien este incentivo, al depender del desempeño individual, produce un cambio en la cultura de los funcionarios hacia la obtención de los logros, en este caso particular se presenta una limitación por la falta de indicadores adecuados para medir el desempeño.

### III. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### A. CAPACIDAD DE ANÁLISIS DEL PROBLEMA

Una buena gestión en el manejo de una determinada crisis implica que el Gobierno debe efectuar un análisis del problema que la gestó.

En el caso que se analiza en este estudio, la posición del Gobierno era clara en cuanto a la necesidad de incorporar elementos modernizadores de gestión pública, pero faltó un consenso previo al interior del Gobierno y entre éste y los gremios. La enorme repercusión de la crisis se debió al alto número de personas afectadas por la falta de atención de los hospitales públicos.

En este conflicto una de las falencias observadas en el Gobierno fue que no detectó la actitud reactiva de los gremios, ya que éstos no creyeron que serían escuchados a menos que desencadenaran una gran crisis, razón por la cual actuaron unidos en una multigremial. De esta forma, centraron sus esfuerzos en demandar el reconocimiento de la experiencia como reivindicación salarial. Además, el Gobierno no percibió la baja credibilidad que tenía en los gremios y en los funcionarios, lo que dificultó toda negociación. Esta baja credibilidad fue producto de promesas no cumplidas por parte de las autoridades de salud en los gobiernos de la Concertación y del fantasma de la privatización, lo que llevó a que los gremios distorsionaran las propuestas innovadoras presentadas por la autoridad para resolver el conflicto.

En este sentido, el Gobierno y el Ministerio de Salud se deben preocupar de restablecer la credibilidad de los funcionarios en ellos. Para lo anterior sería necesario que el Gobierno tuviera presente que cada vez que adquiriera un compromiso con gremios y trabajadores, debe tener la seguridad que estos compromisos se pueden cumplir plenamente; es decir, que cuenten con la viabilidad política y administrativa para llevarlos a cabo.

Es recomendable una definición pública respecto a la privatización de la salud en Chile, la que debería ser informada a todo el país por el Primer Mandatario en alguna declaración o discurso público, a fin de eliminar el fantasma de la privatización. Por otro lado, el Gobierno debería diseñar una política comunicacional orientada a mejorar su imagen ante la ciudadanía, para ganar credibilidad y lograr que se valoren sus acciones.

Uno de los principales obstáculos que enfrentó la autoridad de salud para solucionar el conflicto fue que no dispuso oportunamente de recursos adicionales para poder hacer algunos ofrecimientos a los gremios y solucionar sus demandas (aún en forma parcial). Esta situación

se vio agravada porque el sector salud no tenía un liderazgo que le permitiera manejar el conflicto y por la falta de recursos adicionales para enfrentar situaciones críticas.

Otra de las fallas observadas en el manejo de esta crisis fue el carácter unilateral del Gobierno en la solución al conflicto, debido a que no hubo un trabajo conjunto con los gremios y trabajadores. Los funcionarios consideraron el comportamiento de la autoridad como un método impositivo inaceptable en un sistema democrático, lo que invalidó el contenido de la solución y no reconocieron algún beneficio.

En este sentido, uno de los elementos que el Gobierno debería tener presente en el momento de diseñar una política pública, es que no basta que el contenido de la política sea técnicamente óptima, también se requiere la adopción de los resguardos necesarios para garantizar la participación activa de gremios y trabajadores en la búsqueda de soluciones al conflicto. Esto proporcionaría mayores garantías de un diseño eficiente de las políticas públicas y de una mayor aceptación por parte de los gremios y trabajadores.

Por lo tanto, un aspecto fundamental en el diseño de las políticas públicas es la *contractualización* entre la autoridad y el sector en conflicto. En este sentido, la negociación en esta crisis fue por posiciones, lo que dificultó todo el proceso. Tal manejo tuvo como consecuencia que el Gobierno no previera alternativas de solución en caso de no llegar a acuerdos con los gremios y que no se esforzara en llevar la negociación al ámbito de los intereses comunes con los gremios, que de hecho existían y que hubieran contribuido a encontrar opciones de solución convenientes para ambas partes, las que podrían haberse transformado en pequeños acuerdos que contribuyeran al acuerdo final y que permitirían cambiar el tipo de negociación a una basada en los intereses.

La existencia de elementos obstaculizadores enraizados en los gremios hizo más complejo el proceso de negociación. Entre estos elementos cabe destacar la resistencia de los gremios a aceptar un incentivo económico asociado al desempeño individual e insistir en un bono de carácter igualitario, lo que unido a la falta de credibilidad hacia las autoridades del sector, dificultó todo el proceso de negociación y afectó la viabilidad de cualquier acuerdo.

Lo anterior nos permite recomendar que la autoridad en toda negociación debe crear valor; es decir, rescatar, en la mayor medida posible, los aspectos positivos de los acuerdos. Para ello, las autoridades del sector salud (el Ministerio, los servicios de salud y los hospitales) deben trabajar en conjunto con los gremios y los trabajadores y buscar con ellos intereses

comunes. Además, deben preocuparse por crear y potenciar canales de comunicación hacia y desde los gremios y funcionarios, de modo que estos canales sean claros y que faciliten las negociaciones y el tratamiento de los conflictos.

Para resolver la crisis, la decisión del Gobierno de traspasar la decisión al Congreso fue una buena salida ya que externalizó el conflicto. En síntesis, el Gobierno hizo que los gremios asumieran más costos que los históricos al utilizar el paro como medida de presión.

## **B. SOLUCIÓN DEL CONFLICTO MATERIALIZADO EN LA LEY**

La estructura de la Ley constituyó una solución innovadora porque incorporó en una sola asignación el reconocimiento al desempeño y a la experiencia de los funcionarios, trascendiendo a la discusión acerca de los procedimientos de cálculo de estas asignaciones y los montos destinados a cada una de ellas.

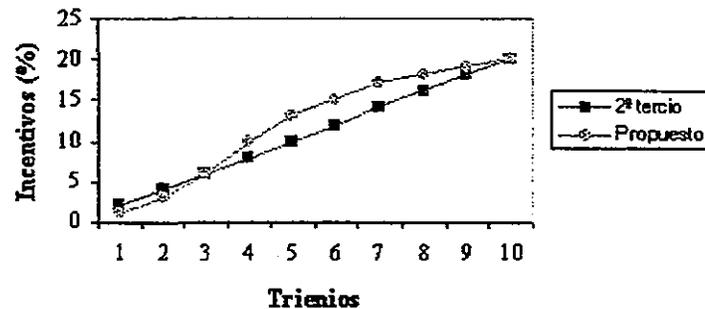
La estructuración de una propuesta tan coherente permitió su discusión global en el Congreso, evitando que la discusión quedara atrapada en aspectos particulares de ésta, acelerando el proceso de su aprobación.

La actual estructura de los incentivos que contempla esta Ley privilegia el efecto antigüedad sobre el efecto desempeño en casi la totalidad de los casos, efecto que se revierte durante los dos primeros trienios, cuando el funcionario recibe una mayor recompensa por el esfuerzo realizado por mejorar su desempeño, que por cumplir un nuevo trienio. En este sentido, se aconseja realizar un estudio de estos factores, a fin de lograr que al funcionario siempre le resulte económicamente interesante esforzarse en mejorar su desempeño. El diseño de las asignaciones debería tener una estructura tal que, en la mayoría de los casos primara el efecto desempeño sobre el efecto antigüedad. Para este diseño se debería considerar las siguientes recomendaciones, de modo que en la mayoría de los casos primara el efecto desempeño sobre el efecto antigüedad.

Se recomienda considerar un incentivo diferenciado para los distintos trienios cumplidos, de modo que éste sea creciente en los primeros años de ejercicio laboral para ir decreciendo

paulatinamente en los últimos años. Para este efecto se propone que un 65 por ciento del incentivo por antigüedad se entregue al cumplir 5 trienios (actualmente se entrega un 50 por ciento). Esto se puede apreciar en el Gráfico 5.

**GRÁFICO 5: INCENTIVOS ACTUAL Y PROPUESTO, ACUMULADOS SEGÚN TRIENIOS PARA EL SEGUNDO TRAMO**



Fuente : Elaboración Propia

La diferencia en tres tramos para evaluar el desempeño constituye un acierto en el diseño de la Ley, ya que es fácil comparar a los funcionarios según su desempeño y clasificarlos en excelentes, buenos o regulares. Además, en esta Ley se establecen reconocimientos económicos diferenciados de acuerdo a la clasificación del desempeño; este reconocimiento es mayor para los mejores funcionarios.

Esta diferenciación en el desempeño proporciona transparencia al sistema de incentivos, y permite que cada funcionario visualice los tramos superiores como viables, ya que puede conocer su ubicación con relación a la de sus pares y decidir esforzarse para poder acceder a un mayor reconocimiento.

Sin perjuicio de lo anterior, se recomienda ampliar el número de tramos de tres a cinco, a fin de entregar más movilidad al sistema. También se sugiere incorporar que el 10 por ciento de los funcionarios peor calificado no reciba este incentivo, con objeto de motivar a estos funcionarios a realizar un esfuerzo. La movilidad que obtendrían los funcionarios contribuiría a que siempre sea conveniente hacer un esfuerzo para mejorar su desempeño. Esto, además, es aconsejable porque no se dispone de suficientes indicadores debidamente probados y aceptados que permitan una evaluación objetiva.

En el Cuadro 4 se presenta los diferentes tramos de desempeño y los incentivos sugeridos para cada uno de ellos.

**CUADRO 4: INCENTIVOS POR DESEMPEÑO, POR TRAMO**

Incentivos actuales			Incentivos propuestos		
Tramo	Porcentaje incentivo	Variación <sup>1</sup> %	Tramo	Porcentaje incentivo	Variación <sup>1</sup> %
1	3,25	62,5	1	3,5	40
2	2	60	2	2,5	56
3	1,25	-	3	1,7	60
			4	1	100
			5 <sup>2</sup>	0,5	-

<sup>1</sup> Variación porcentual respecto del tramo precedente

<sup>2</sup> Se excluye en este tramo al 10 por ciento de los funcionarios con más baja calificación

De esta forma, al unir el desempeño y la experiencia en un solo incentivo resulta la siguiente tabla de incentivos para los diferentes tramos y trienios de los funcionarios.

**CUADRO 5: INCENTIVOS DE ACUERDO A CALIFICACIÓN Y EXPERIENCIA DE LOS FUNCIONARIOS (PORCENTAJE)**

Trienios cumplidos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Incentivo anual	10%	10%	15%	15%	15%	10%	10%	5%	5%	5%
Incentivo acumulado	10%	20%	35%	50%	65%	75%	85%	90%	95%	100%
Tramo 1	3,5	7,0	12,25	17,5	22,75	26,25	29,75	31,5	33,25	35
Tramo 2	2,5	5,0	8,75	12,5	16,25	18,72	21,25	22,5	23,75	25
Tramo 3	1,7	3,2	5,60	8,0	10,40	12,00	13,6	14,4	15,20	16
Tramo 4	1,0	2,0	3,50	5,0	6,50	7,50	8,50	9,0	9,50	10
Tramo 5	0,5	1,0	1,75	2,5	3,25	3,75	4,25	5,5	4,75	5

Para que el primer tramo sea efectivamente para los mejores funcionarios se puede exigir, a modo de ejemplo, que para tener acceso a este tramo, deberían realizar algún curso de capacitación relacionado con la labor que desempeña. En el evento de algún problema con el financiamiento de estos cursos, por límites en el presupuesto de los diferentes hospitales, se debería fijar un plazo de dos o tres años para cumplir este requisito.

Adicionalmente, se considera conveniente que los tres primeros niveles de jefaturas (directivos, jefes de servicios y unidades) queden excluidos del primer tramo; asimismo entregar a éstos un incentivo adicional para aquellos funcionarios que cumplen satisfactoriamente con su función ejecutiva, es decir, que cumpla los objetivos de la unidad, que realice planificación de las actividades, que mantenga una buena relación con el personal a su cargo, etc. De este modo, las jefaturas que cumplan con los requisitos que se establezcan tendrían acceso a este bono adicional, que debería ser superior al de los funcionarios ubicados en el tramo uno.

Aquellos que no cumplan su rol de jefatura deberían ser compensados con cursos de capacitación obligados y si, después de dos o tres períodos, siguen sin cumplir el rol asignado deberían ser removidos de su cargo.

A pesar de que uno de los objetivos centrales de la Ley radica en obtener una mejor calidad de la atención, la falta de conocimiento detectado en los funcionarios respecto de qué es en concreto lo que el bono les está reconociendo, disminuye la efectividad de este incentivo. Esto hace recomendable incrementar la difusión de los alcances de la Ley, particularmente de las incidencias monetarias por ubicarse en una mejor posición del *ranking* según el desempeño y por tener un nuevo trienio, como también difundir los cumplimientos de los compromisos que haya contraído la autoridad con los gremios y funcionarios. Para lo anterior se aconseja:

- Enviar a cada funcionario una carta desde la Unidad de Personal del Servicio de Salud.
- Emitir, por parte de las autoridades de salud, un informativo trimestral que sea entregado en forma personal a cada funcionario, donde se informe acerca de las diferentes acciones que el Ministerio, los Servicios de Salud y las unidades hospitalarias desarrollan en beneficio de sus trabajadores, como el monto que ha significado para cada Servicio de Salud el pago de este incentivo, los convenios nuevos, otros beneficios entregados, becas, bono escolar, etc.
- Informar de las nuevas inversiones en infraestructura, maquinarias y equipos, a fin de lograr que la imagen del servicio de salud público se ajuste a la realidad y que los funcionarios conozcan los esfuerzos que se hacen para ofrecer un servicio de primera calidad.

La actual estructura de la Ley, porque considera para los funcionarios de los hospitales solamente un incentivo por desempeño de carácter individual, estimula el desarrollo de comportamientos no cooperativos, el surgimiento de competencia desleal, rivalidades y la

tendencia a esforzarse en aquellas actividades que serán evaluadas en desmedro de otras que pueden ser fundamentales para el logro de los objetivos del equipo de trabajo. Para disminuir estos comportamientos negativos, es necesario complementar este incentivo individual con un **incentivo de carácter colectivo**. Con este complemento se estimularía el trabajo en equipo, lo que permitirá alcanzar las metas establecidas para el equipo de trabajo y, de esta forma, contribuir al logro de la misión institucional. Para el diseño de este incentivo colectivo se debe establecer objetivos para cada unidad, a fin de fijar incentivos económicos diferentes de acuerdo al porcentaje de cumplimiento de metas. Para establecer este incentivo colectivo se puede establecer diferentes rangos, de acuerdo al cumplimiento de metas de cada unidad, el que se presentan en el Cuadro 6 y se debería pagar en la misma oportunidad que el incentivo individual. En este se propone una diferenciación del incentivo de acuerdo al cumplimiento de las metas de cada unidad. Para evitar los comportamientos *free-rider* se deberá excluir de este incentivo al diez por ciento de los funcionarios que hayan recibido las calificaciones más bajas.

**CUADRO 6: PROPUESTA DE INCENTIVOS COLECTIVOS, PARA EL 90 POR CIENTO DE LOS FUNCIONARIOS MEJOR CALIFICADOS**

<b>Cumplimiento de metas</b>	<b>Incentivo</b>
100 - 91 %	4,0 %
75 - 90 %	2,5 %
60 - 75 %	1,0 %
Menos de 60%	0

Fuente : Elaboración propia

El actual diseño de la Ley, donde la asignación por antigüedad corresponde a un factor fijo que se incrementa con cada trienio, dejó latente el problema del aumento del gasto. Este aumento será sostenido en el tiempo sin que deba reportarse una mayor productividad de los funcionarios beneficiarios de la asignación.

El reconocimiento de la experiencia sería válido si los funcionarios estuvieran sometidos a un proceso de certificación en el cual periódicamente debieran demostrar su progreso en capacidades, conocimientos y destrezas adquiridas en el desempeño de su cargo. De acuerdo con lo anterior, para tener acceso a los beneficios asociados a la experiencia se debería aprobar la certificación. Este proceso consistiría en un examen que deberían rendir todos los

funcionarios cada trienio, el que debe ser aprobado para que sea considerado en el cálculo de todo beneficio. Para aplicar este examen se debería establecer una comisión formada por funcionarios del centro hospitalario y del servicio de salud respectivo y algún representante de los funcionarios para cada planta. Los funcionarios deberían inscribirse con anticipación. Un calendario debería permitir conocer los meses en que en cada centro hospitalario debe rendir dichos exámenes por planta. Los aspectos que se evaluarían en cada certificación (para cada trienio) deberían ser determinados desde el Ministerio en conjunto con los servicios de salud y los funcionarios.

En esta certificación se debería:

- Considerar una estandarización de funciones para cada planta funcionaria y especialización.
- Tener una sección de conocimientos teóricos, otra de destrezas prácticas, de la capacidad de resolver problemas (ante situaciones hipotéticas) y de la capacitación mínima necesaria para el buen desempeño de las labores.

Para hacer más objetiva esta certificación, se deberían establecer algunos ítemes en común para todos los funcionarios de la misma planta y otros ítemes de acuerdo a las características propias de la unidad en que se desempeña el funcionario. En caso de que un funcionario no logre aprobar este examen, debería rendirlo nuevamente antes de cumplir el año. Si tampoco lo aprueba en dicha oportunidad debe ser castigado en la calificación y volver a rendirlo antes de seis meses. A cada funcionario se le debería entregar un máximo de tres oportunidades por trienio; y si no lo aprueba, debería removerse del cargo, ya que no estará en condiciones de tener un buen desempeño.

En ningún caso este instrumento debe ser utilizado como medio para disminuir personal, sino más bien, para aumentar las capacidades de cada funcionario en el desempeño de sus funciones.

Si se implementa un sistema de este tipo, el efecto antigüedad podría ser constante durante todos los años, ya que habría una certificación de la experiencia realmente adquirida por el funcionario.

El incentivo que establece esta Ley se basa en un sistema de calificaciones que adolece de fallas, como no considerar las especificaciones del sector salud y no disponer de parámetros objetivos previamente definidos para evaluar el desempeño.

Es necesario modificar el sistema de calificaciones e incorporar indicadores objetivos al sistema, los cuales deberían ser lo suficientemente generales para utilizados en la medición del desempeño de diferentes funciones y, además, considerar algunas especificaciones propias del sector. En este sentido los indicadores se deberían enfocar hacia los siguientes aspectos:

- La cantidad de trabajo desarrollado.
- La calidad del servicio prestado.
- La oportunidad en que se desarrollaron las acciones.
- La pertinencia del trabajo desarrollado.
- El impacto producido con la acción.
- El cumplimiento de normas y la responsabilidad por equipo e instrumental a su cargo, sobre los bienes y procesos que le competen al cargo que ejerce.

Para medir el desempeño es necesario contar con una descripción de cargos y, de acuerdo a esta descripción, fijar las funciones principales a evaluar, determinar los estándares de rendimiento y seleccionar los indicadores que permitan dar cuenta de un buen desempeño. Es fundamental que este trabajo se realice en coordinación con los funcionarios y los dirigentes gremiales, a fin de establecer un nuevo sistema de evaluación de desempeño, que debe ser lo más objetivo posible.

### C. LEY N° 19.490

Con relación al término del conflicto, se puede concluir que la solución es legal (Ley N° 19.490), pero que no alcanzó legitimidad porque no fue el resultado de un acuerdo concertado con las partes en conflicto. Es recomendable que el Gobierno, al decidir las soluciones para resolver algún conflicto, considere legalidad y legitimidad. Sólo un acuerdo concertado y legal hará que la política perdure en el largo plazo.

La solución expresada en la Ley consideró todo un instrumental operativo para ser aplicado, que por su claridad en el diseño permitió que dicha Ley se implementara sin problemas. Ello quedó demostrado en que, después de haberse realizado tres pagos de este incentivo, no se han presentado problemas serios y los pagos se han efectuado oportunamente. Este es un hecho positivo que se estima conveniente para futuros acuerdos o soluciones que impliquen el pago de una asignación específica. Se debe tratar de mantener este nivel de claridad y precisión en su contenido e instrucciones.

## D. RECOMENDACIONES

Entre otras recomendaciones que se derivan de este estudio se encuentran las relativas a la cultura organizacional, un sistema de contratación de emergencia, una instancia donde se recepcione las inquietudes del personal y la determinación de las tareas para los funcionarios, las que se presentan a continuación.

Es necesario trabajar en la cultura organizacional, de modo de fomentar el desarrollo de una cultura del desempeño. Para lograr un cambio de cultura organizacional se debería partir de un buen perfil organizacional de los Servicios de Salud y apoyarse en el entrenamiento y la capacitación para ayudar a las personas a ajustarse al cambio cultural. Estos programas deberían ser diseñados especialmente para el cambio que se prepara, el que debería estar orientado a fomentar la cultura del servicio al cliente, que enfatice el aspecto de cooperación y el sentido de logro. De esta forma se debería desarrollar un amplio programa de capacitación y entrenamiento para los funcionarios de los diferentes estamentos y, por sobre todo, a los líderes para involucrarlos en el entrenamiento de sus subordinados.

Debe existir permanentemente un sistema de emergencia, el que debería considerar convenios vigentes con clínicas privadas y hospitales institucionales en todo el país, de modo de poder continuar entregando la atención de salud en caso de que las unidades hospitalarias nuevamente vayan a paro. Esto debe ser complementado con un plan de contratación de emergencia, donde los directores de hospital puedan contratar personal de reemplazo en caso de paro. De este modo no se discontinuará la atención de salud y los funcionarios en paro verán disminuido el efecto de su acción.

Se recomienda crear una instancia con dependencia directa del Ministro, donde se reciba las inquietudes del personal y donde poder minimizar las asimetrías de información. Esta unidad debe tener capacidad resolutive. Para lograrlo, es necesario que en esta unidad participe un asesor del Ministro u otro profesional de alto nivel que tenga acceso directo al Ministro, de esta forma la autoridad podría conocer los conflictos y resolverlos, como también señalar hacia adonde debería llevarse las gestiones y los márgenes con que cuentan para manejar las negociaciones con los gremios y funcionarios. En esta unidad deben participar los gremios, sobre todo en el aspecto técnico de modo de producir un balance y que este no sea una unidad sólo político. Si bien actualmente existe un Departamento de Relaciones Laborales dependiente

de la División de Recursos Humanos, esta unidad no tiene capacidad resolutoria, por lo que debería ser potenciada y con dependencia directa del Ministro.

Para medir la calidad del servicio prestado, se debe considerar la opinión de los usuarios, pero no basta sólo esto, ya que la calidad de servicio es más amplia que la satisfacción del usuario.

Para conocer la satisfacción del usuario se podría implementar sistema de encuestas periódicas a los beneficiarios del sistema público de salud, donde se indague sobre diferentes aspectos de la atención, como modalidad de atención, difusión de programas, uso de las unidades hospitalarias, trato recibido (por profesionales, técnicos, paramédicos y auxiliares), espera para conseguir hora de atención y para recibir la atención, rapidez de la atención, complementariedad con otros servicios (rayos, laboratorio) aspecto estético de las dependencias utilizadas (limpieza, claridad, pintura, salas de espera), medida en que le resolvieron el problema y perfil usuario. Ello se debe complementar con *benchmarking*, es decir, comparaciones de la atención entregada entre diferentes unidades del mismo centro hospitalario y con unidades similares, pero de diferentes hospitales, de modo de poder establecer falencias, cambios necesarios de realizar y algunos estándares de diferentes aspectos.

Una última consideración es que las conclusiones de este estudio deberían ser tomadas con cautelas por cuanto el tiempo transcurrido desde la aplicación de la Ley es demasiado breve como para capturar todos los efectos que su aplicación pudiera tener. Además, hay que tener en consideración que el estudio se circunscribió solamente al Servicio de Salud Metropolitano oriente, por lo que la extrapolación de estos resultados a otras áreas de Santiago y otras regiones del país debería ser muy cuidadosa. A pesar de estas limitaciones, el estudio resulta relevante por el peso de las evidencias alcanzadas, las que marcan tendencias claras acerca de las características del sector.

Siempre van a existir problemas en el sector salud. Algunos por su gravedad desembocarán en crisis. Sin embargo, no basta que las soluciones sea técnicamente correctas, sino, además, deben ser lo suficientemente versátiles como para tener en consideración cómo se hace, cuándo, con quién y para quién.

#### IV. BIBLIOGRAFÍA

- YIN, ROBERTO K. (1987). *Case Study Research. Design and Methods*. SAGE Publications Ltda.
- BORGES MÉNDEZ, RAMÓN (1995). *El estudio de Caso como instrumento Pedagógico y de Investigación en Políticas Públicas*. Universidad de Chile - Cieplan.
- BRIONES, GUILLERMO (1992). *Formación de docentes en Investigación Educativa*. Secretaría Ejecutiva del Convenio Andrés Bello (Secab).
- BLALOCK JR., HUBER M. (1966). *Estadística Social*. México: Fondo de Cultura Económica.
- COLEGIO DE ADMINISTRADORES PÚBLICOS DE CHILE, *Revista Chilena de Administración Pública* (1995). "Estado Gobierno y Gestión". Publicaciones 3M Ltda.
- DIRECCIÓN DE PRESUPUESTO, MINISTERIO DE HACIENDA (1996). *La Modernización de la Gestión Pública*. Santiago: Dolmen Ediciones.
- EL MERCURIO*, 17 de noviembre de 1996.
- EL MERCURIO*, 5 de diciembre de 1996.
- ESTRATEGIA*, 14 de noviembre de 1996.
- MARCEL, MARIO (1993). "Mitos y recetas en la reforma de la gestión pública", en *Cómo mejorar la gestión pública*. Cieplan, Flacso, Foro 90.
- SULBRANDT, JOSÉ (1997). "Modernización del Estado y Ciudadanía en los Procesos de Democratización Una perspectiva desde América Latina", en *Calidad de Servicio y Atención al Usuario en el Sector Público*. Ministerio de Hacienda, Dolmen Ediciones.
- HERNÁNDEZ ROBERTO, CARLOS FERNÁNDEZ Y PILAR BAPTISTA (1991). *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill.
- LA ÉPOCA*, 10 de noviembre de 1996.
- LA ÉPOCA*, 19 de noviembre de 1996.
- LA SEGUNDA*, 6 de noviembre de 1996.
- LA TERCERA*, 14 de noviembre de 1996.
- LA TERCERA*, 5 de diciembre de 1996.

- LA TERCERA, 6 de diciembre de 1996.
- LAHERA, EUGENIO (1993). *Cómo Mejorar la Gestión Pública*. Cieplan, 11.
- MINISTERIO DE PLANIFICACIÓN Y COOPERACIÓN (1996). *Balance de Seis Años de las Políticas Sociales, 1990-1996*. Mideplan.
- S. J. TAYLOR Y R. BOGDAN (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Paidós.
- DESUC, UNIVERSIDAD CATÓLICA (1997). *Clima Organizacional Administración Pública. Resumen ejecutivo*.
- INVERTEG IGT CONSULTING GROUP (1995). *Metodología de Evaluación de Desempeño para el Sistema Nacional de Servicios de Salud. Informe Final*.
- GUILLERMO CAMPERO (1997). Apuntes del curso "Análisis Político y Gobernabilidad" del Magister en Gestión y Políticas Públicas de la Universidad de Chile.
- SUBIRATS, J. (1977). "Análisis de políticas públicas y eficacia de la administración", texto de cátedra, curso de Políticas Públicas: Implementación y Viabilidad Política, MGPP, Universidad de Chile.
- REVISTA GOBIERNO REGIONAL Y MUNICIPAL (1995a). Año III-14, N° 26. Editorial Jurídica Cono Sur Ltda.
- REVISTA GOBIERNO REGIONAL Y MUNICIPAL (1995b). Año II-10 N° 22. Editorial Jurídica Cono Sur Ltda.
- ROGER FISHER, WILLIAM URY (1984). *Obtenga es Sí. El arte de Negociar sin Ceder*. México: Compañía Editorial Continental.
- TOHÁ MORALES, CAROLINA. *La política de recursos humanos y las relaciones laborales en los procesos de modernización del Estado. Estudio comparado*.
- JARA, OSVALDO, CARLOS VERGARA Y ALONSO DAIRE. *Una interpretación económica de las negociaciones entre gremios y ministerios: el caso del sector salud*.
- PROYECTO CHILE. DOCUMENTO DE TRABAJO (1993). *Quinto Seminario Taller "Modernización del Estado"*.