

CASO: ¿RETENER O DEJAR IR?, EL DILEMA DE UN GRAN HOSPITAL

CASE STUDY: RETAINING OR LET GOING?, THE DILEMMA OF A BIG HOSPITAL

Rodrigo Pino Gutiérrez^a

Clasificación: empírico – estudio de caso
Recibido: 26 – Julio - 2018 / Aceptado: 5 – Diciembre - 2018

Resumen

Caso de enseñanza que aborda el análisis metodológico de un servicio público hospitalario; la nueva jefatura se enfrenta a una situación crítica con sus profesionales que debe solucionar en menos de tres meses.

Palabras clave: caso de estudio, análisis metodológico, rotación de personal, administración de personal, ética, liderazgo.

Abstract

In the work, the methodological analysis is carried out in a case study whose essence is how the public service of a public hospital institution should be, starting with the application of a nurse for a position in said institution, which could be a contribution to the preparation of the teachers.

Keywords: Case study, methodological analysis, personnel rotation, personnel management, ethics, leadership.

Introducción

Alicia Achondo, luego de meses de postulación al cargo de Enfermera Supervisora del Servicio de Oftalmología de un hospital público, en Santiago de Chile, había logrado en enero de 2017 el anhelado puesto. Alicia postuló al cargo sin saber que al tiempo descubriría la alta rotación de personal en la Unidad de Trauma Ocular (UTO). Muchos profesionales ingresaron a cubrir distintos cargos laborales en el hospital, pero luego de pocos meses, tras capacitarse, los trabajadores y profesionales abandonaron el sistema público para migrar a distintas clínicas y servicios clínicos, en busca de mejoras económicas y de capacitación. La tendencia del sistema de salud privado hace hincapié en mejorar las condiciones no remuneradas: tener lugares confortables y atractivos para trabajar, contar con equipos médicos con tecnología actualizada y tener equipos profesionales competentes

no solo en el ámbito médico. En el sistema público, los incentivos económicos son escasos y no existen mayores reconocimientos o planes de retiro. Se suma a esta situación, la escasez de egresados de medicina. Según un estudio realizado por Medwave Estudios¹, se indica que cada año salen del sistema público 1.500 profesionales, no todos se van al sistema privado, algunos se retiran voluntariamente por vejez o fallecen. La entrada de nuevos médicos al sector público² llega a 600 médicos al año. Esto deja la unidad especializada de cobertura nacional sin poder brindar los servicios de calidad y excelencia que Alicia se prometió a sí misma al momento de asumir el liderazgo del equipo.

1 <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Estudio-determinaci%C3%B3n-de-brechas-m%C3%A9dicos.pdf>.

2 <http://www.clinicasdechile.cl/wp-content/uploads/2017/12/DimensionamientoSaludCifras2016.pdf>.

^a Profesor Universidad Tecnológica de Chile - Inacap. Correo electrónico: armando.pino@inacapmail.cl; rpino@uoc.edu, Santiago, Chile.

“Un servicio público hospitalario debe brindar un trato digno y oportuno, más aún en una unidad que atiende casos de urgencia a nivel nacional”, fue la arenga que Alicia dio a los trabajadores y funcionarios en sus primeros días; no obstante, desconocía que tomar acciones remediables, además de estructurales frente a la alta rotación de personas en la administración pública, eran muy complejas de abordar, incluso para retener el talento tanto nuevo como de trabajadores con más data. La nueva jefatura también desconocía que, además del bajo número de profesionales, un número no menor de ellos, estaban a punto de renunciar y otros tantos se encontraban con licencias médicas, permisos administrativos junto con feriados legales. Alicia contaba con tres meses para revertir una situación que se arrastraba por años en el hospital, una concesión que podría privatizar el recinto asistencial, un posible paro de trabajadores y médicos, era el escenario que debía enfrentar en este corto tiempo.

Un hospital con historia de servicio público

Fundado el 7 de diciembre de 1871, cuando Chile tenía una tasa de mortalidad infantil del 62% de los niños nacidos vivos³, en el Gobierno de Errázuriz. La construcción del hospital se postergó por el costo que le significó a Chile el participar en la Guerra del Pacífico y que, finalmente, la sociedad civil colaboró para su terminación. El hospital brindaba atenciones de salud de baja, mediana y alta complejidad a adultos, siendo líder en trasplante renal de adultos y centro de referencia nacional para trasplante hepático, médula ósea y manejo del trauma ocular a nivel nacional. Esta entidad pública consta de más de 100 unidades y departamentos, atiende anualmente a más de 200.000 pacientes, realiza alrededor de 1.500 intervenciones quirúrgicas mensuales con una dotación de personal aproximada de 2.000 funcionarios.

El recinto unía tanto intereses públicos como de privados, debido a que algunos servicios hospitalarios estaban en pleno proceso de concesión. El hospital con más de 100 años de vida, atendía las comunas del sector oriente de Santiago de Chile: Peñalolén, Macul, Las Condes, Lo Barnechea, Vitacura, Providencia, Ñuñoa y La Reina, pero además en el área de trauma ocular, recibía pacientes de todo el país de manera gratuita.

3 La tasa de mortalidad infantil, es decir, el número de defunciones de menores de un año de vida por cada 1.000 nacidos vivos, descendió de 7,2 en el 2014 a 6,9 en el 2015. En ese mismo período, la tasa de mortalidad de la niñez (defunciones de 1 a 4 años por cada 1.000 nacidos vivos) se situó en 1,0, lo que marcó una baja de 0,1 respecto al 2014. Fuente: INE. <http://www.ine.cl/prensa/detalle-prensa/2017/08/25/nacimientos-en-chile-disminuyeron-2-5-entre-2014-y-2015>.

El hospital se encontraba en proceso de reconstrucción, por sus más de 100 años de vida y después de haber soportado tres terremotos. Su infraestructura había sido considerada monumento nacional, pero debía ser demolida y sustituida por una que cumpliera con los estándares de calidad que se exigían en estos tiempos. Además, como otros hospitales en Chile, varios centros asistenciales de salud habían concesionado sus servicios tanto de operación como logísticos; sin embargo, existía el temor de las concesiones hospitalarias de que se privatizaran los servicios clínicos y de atención a usuarios. Desde el 2016 se habían registrado varios paros laborales de manera intermitente y Alicia y las autoridades hospitalarias, temían que se gestara un gran paro por parte de las agrupaciones de trabajadores de la salud.

El dilema de Alicia

Alicia se autodefinía como una profesional motivada, que ingresó al servicio público de salud por los valores entregados en su universidad también pública. Se desempeñó en el cargo como Enfermera Supervisora del Servicio de Oftalmología del Hospital (véase tabla 1); no obstante, al tiempo pudo comprobar que su trabajo no sería nada de fácil. En el Servicio de Oftalmología, el ausentismo laboral del equipo era alto, debido a las licencias médicas por enfermedades comunes y profesionales; sin embargo, descubrió que estas amnistías eran muy recurrentes, ya que a los funcionarios se les remuneraba la totalidad del mes, independiente de la cantidad de días con licencia. Estas ausencias generaban claramente dificultades para la jefatura, pacientes y, en general, al hospital para el funcionamiento del servicio. Esta situación llevaba además la dificultad que no se podían buscar reemplazos⁴, estas licencias no superaban los 12 días; por tanto, según la

4 Un establecimiento hospitalario público, cuya administración del recurso humano está normado y regulado mediante la Ley 18.834 sobre el Estatuto Administrativo y la Ley 19.664 que establece normas especiales para funcionarios que indica de los servicios de salud y la Ley 15.076, al mismo tiempo se rige por las normas y orientaciones técnico-administrativas emanadas desde el Ministerio de Salud y el Servicio de Salud, en la implementación de procesos de reclutamiento, inducción, remuneración, capacitación, evaluación, incentivos, sanciones, servicio de bienestar, reconocimientos, desvinculación, requerimiento de cierre de brechas de dotación de personal, y otras materias específicas de la gestión del recurso humano de la institución. En caso de situación de carencia de personal en situaciones contingentes o situaciones críticas para la segura atención de los pacientes, el establecimiento recurre racionalmente a la compra de servicios a terceros o externalización de servicios, de acuerdo con la normativa vigente. Con objeto de desarrollar las políticas de gestión del recurso humano definidas por el marco normativo ya señalado, el establecimiento establece en su estructura un departamento responsable de la gestión del recurso humano.

ley vigente, Alicia y el Encargado de Personas no podían dar solución inmediata, produciéndose así, un déficit de personal y además una baja calidad en la atención de los usuarios.

En el último período, los principales motivos de insatisfacción de los pacientes se debió al bajo número de funcionarios, sumado al mal clima por la incertidumbre de la posible concesión privada en el mediano plazo y otras variables difíciles de medir en un servicio de urgencia.

Tabla 1. Equipo a cargo de Alicia

Departamento	Número de trabajadores
Jefatura	1
Pabellón	20
Secretaría	5
Policlínico	11
Sala	13

Fuente: elaboración propia de nueva jefatura, Achondo, 2017.

La nueva jefatura analizó factores internos y externos sobre algunos fenómenos de ausentismos laborales y renunciaciones; se reunió con distintos equipos de trabajo (véase figura 1); algunos argumentos sobre el fenómeno eran objetivos y otros no tanto, de todos modos, Alicia registró todos los comentarios de los funcionarios (véase tabla 2).

En el escenario de paros de funcionarios⁵ por la concesión y privatización de algunos servicios del hospital, finalmente Alicia pensó que muchos de los nuevos profesionales que ingresaban al hospital abandonaban el servicio público, migrando al privado por la baja difusión de los beneficios y mal clima laboral. Por otro lado, los trabajadores de mayor antigüedad presentaban un elevado ausentismo debido a las dificultades en la equidad interna, en la política de compensaciones y en el sistema de turnos (Guillou, Carabantes y Bustos, 2011). Para Alicia, todas estas razones, junto con otras variables, impactaban en la fuga de los recursos humanos y gestión de personas; por ende, debía diagnosticar y elaborar un plan estratégico a la brevedad, que contemple el equilibrio del peso relativo equidad interna-externa con un sistema de compensaciones para su unidad.

La nueva jefa se pregunta: ¿cómo retener el nuevo talento?, ¿cómo invertir y hacer esfuerzos en mejorar las condiciones laborales de los antiguos funcionarios?, ¿cómo generar cambios, considerando que las deci-

5 Interrupción colectiva de la actividad laboral de trabajadores con el fin de reivindicar ciertas condiciones o manifestar una protesta.

Tabla 2. Comentarios de los funcionarios registrados por Alicia Achondo

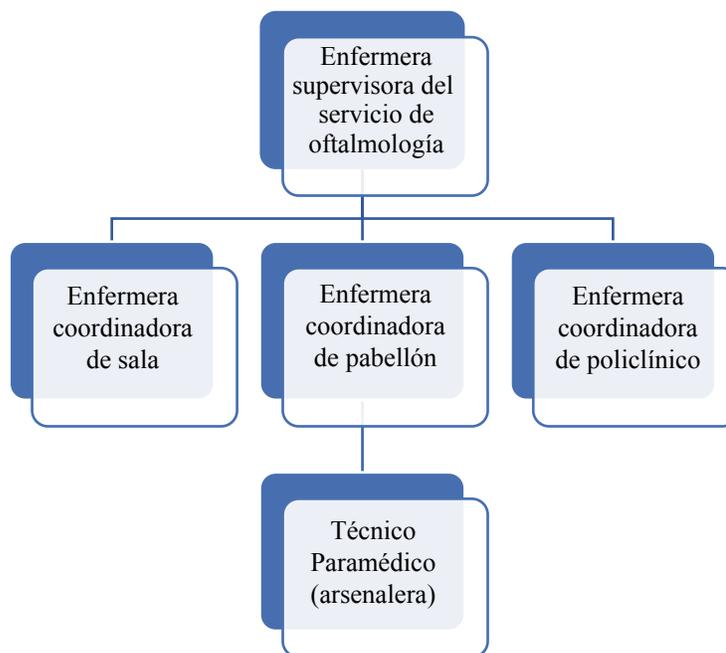
- El hospital ha tenido año a año un incremento de las prestaciones auge^a. Esto se traduce en mayor carga laboral, tanto desde lo administrativo y lo técnico por la misma remuneración.
- Generalmente existe un clima laboral de tensión entre funcionarios por las siguientes causales:
 - Los técnicos en enfermería tienen la percepción que conocen mejor el funcionamiento del servicio, que sus mismas jefaturas; no obstante, la literatura aporta nuevos enfoques de atención y gestión (véase figura 2).
 - Los turnos mejor remunerados son entregados siempre a las mismas personas.
 - Los médicos tienden a no respetar los conductos regulares de información y papeleo.
- Veinte funcionarios que realizan turnos declararon su desmotivación por el pago de horas extras mal pagadas a diferencia de los médicos. Los médicos al tener un horario de trabajo más corto pueden trabajar en diferentes servicios médicos, llegando a recibir dos sueldos dentro del mismo hospital, situación que no ocurre con los paramédicos o técnicos, ya que a ellos solo le cancelan horas extras, lo que equivale aproximadamente al 4% del sueldo de un turno médico. La situación que provoca la evasión de toma de turnos en días críticos.
- Dos auxiliares no cumplen al 100% sus funciones y se encuentran con sumario administrativo.
- Veinte funcionarios no respetan su horario de almuerzo – descanso legal.
- Los paramédicos y técnicos cumplen sus funciones; sin embargo, su nivel de colaboración es bajo con otros profesionales que necesitan ayuda. Por ende, el clima laboral de trabajo, sin aún ser medido, es iatrogénico.
- Muchos funcionarios con menos de un año, una vez aprobados los cursos y capacitaciones, migran a clínicas privadas.
- Un grupo importante de colaboradores entre 5 y 9 años de antigüedad, en la reunión mencionaron que los beneficios del hospital eran buenos, pero de baja difusión. Entre los más repetidos y valorados comentarios estuvo la calidad de la sala cuna, el jardín infantil, los cursos gratuitos de capacitación, permisos para estudiar, apoyo laboral de las confederaciones y gremios del propio centro asistencial.
- La administración pública y, por ende, la hospitalaria, tienen una cadena de mando basada en estatutos, protocolos, de modo tal que todos los empleados públicos saben que los cambios que se propongan son muy difíciles de lograr, debido a las decisiones estratégicas que no las ejecutan las jefaturas ni, incluso, el mismo director del centro hospitalario tiene facultad para contratar o despedir. Las decisiones del recurso humano son de exclusiva reserva del área personas y de su director. Información que entregaron todos los entrevistados de Alicia.

^a Nombre que reciben las Garantías Explícitas en Salud (GES), constituyen un conjunto de beneficios garantizados por ley para las personas afiliadas al Fondo Nacional Público de Salud y a las Isapres privadas.

Las garantías exigibles son las siguientes: Acceso: derecho por ley de la prestación de salud. Oportunidad: tiempos máximos de espera para el otorgamiento de las prestaciones. Protección financiera: la persona beneficiaria cancelará un porcentaje de la afiliación. Calidad: otorgamiento de las prestaciones por un prestador acreditado o certificado.

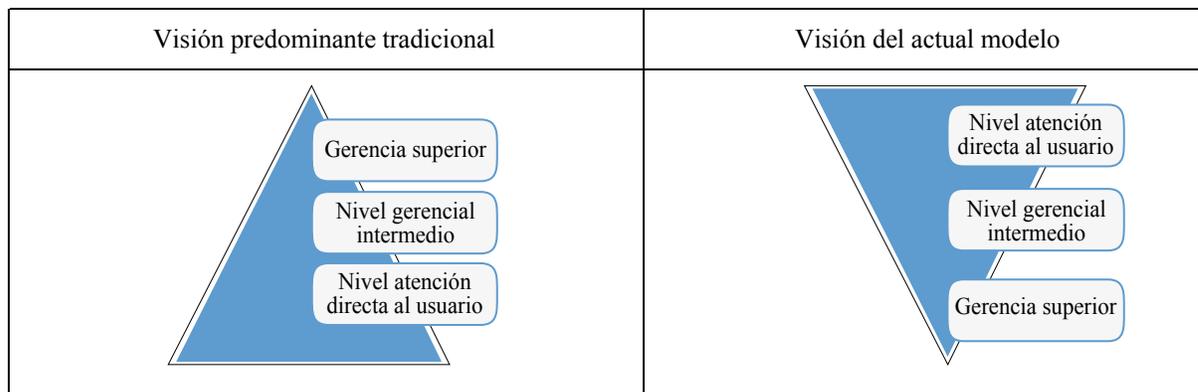
siones en el sistema público responden a una jerarquía administrativa y política pública? Sin duda, Alicia pensó que estas preguntas eran las correctas para el manejo del índice de rotación; sin embargo, se preguntaba también: ¿qué acciones debe tomar Alicia para abordar la retención de su talento y aumentar la satisfacción de los

Figura 1. Equipo de coordinadores del Servicio de Oftalmología



Fuente: elaboración propia de nueva jefatura, Achondo, 2017.

Figura 2. División de políticas y gestión. El nivel de atención al usuario como centro de la recaudación de la organización hospitalaria



Fuente: Escuela de Salud Pública Universidad de Chile. Arteaga (2001).

usuarios del hospital? Alicia, dentro del plan de tres meses, contaba con diez días para llevar a cabo una entrevista con el encargado del Área Personas, tenía por mandato del director del hospital la orden de crear una propuesta clara y viable para controlar la rotación de la Unidad de Trauma Ocular (UTO).

Referencias

Arteaga, O. (2001). *La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe*. División de Políticas y Gestión. Escuela de Salud Pública Universidad de Chile. Recuperado de <http://www.biblioteca-minisal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/9.pdf>.

Bío-Bío Chile (radio). (30 diciembre 2017). Expertos asocian deuda de hospitales a un desorden en la administración pública. Recuperado de <http://rbb.cl/ixs3>.

Chiavenato, I. (2007). *Administración de recursos humanos*. México: McGraw-Hill Interamericana.

CNN Chile. (29 de julio 2014). Autoridades y trabajadores se reunieron tras marcha contra concesión de Hospital del Salvador. Recuperado de https://www.youtube.com/watch?v=VWqmL_uPjKI.

González, J. (2013). El método del caso. *Multidisciplinary Business Review*, 6(2). Recuperado de <http://www.asfae.cl/journalmbr/images/stories/pdf/MBR%20-%20Vol16%20%20N2%20-%20Jorge%20Gonzalez%20-%20p1.pdf>.

- Guillou, M., Carabantes, J., & Bustos, V. (2011). Disponibilidad de médicos y especialistas en Chile. *Revista Médica de Chile*, 139(5), 559-570. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872011000500001>.
- Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Monterrey, TEC de Monterrey. (2014). *Técnicas didácticas*. Recuperado de http://sitios.itesm.mx/va/diie/tecnicas-didacticas/5_1.htm.
- Ley 19.664 año 2000. Recuperado de <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=155848>.
- Minsal TV, Patrimonio Hospital del Salvador. (21 diciembre 2015). Recuperado <https://www.youtube.com/watch?v=MUtZ7ybfYZA>.
- Pino, R. (2012). Desde el quehacer, hacia una metodología de autocuidado y cuidado de equipos en el contexto del Programa Vida Nueva. En *Cuidado de equipos en el Programa Vida Nueva* (pp. 17-25). Recuperado de http://www.sename.cl/wsename/otros/24-oras_2015/pdf/7_Libro_2012_vida_nueva.pdf.
- Sistema de concesiones en Chile, Coordinación de Concesiones Ministerio de Obras Públicas. (Diciembre 2015). Recuperado de http://www.mop.cl/participacion_ciudadana/Documents/cosoc/actas/ANEXO_SESION_7_N_1_COOC_MOP_10122015.pdf.
- Uribe-Barreto, A. (2002). *Biografía de un hospital: perfil asistencial-académico, científico y humano: Hospital del Salvador: 1872-2002*. Santiago: Garcés & Goycolea. Recuperado de <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2013/08/HISTORIA-HOSPITAL-DEL-SALVADOR.pdf>.
- Werlinger, F. (2017). Satisfacción usuaria en urgencia oftalmológica: evaluación de la consistencia interna y validez de constructo de un instrumento aplicado en Chile. *Revista Médica de Chile*, marzo. Recuperado de https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000100007.
- Werther, W. (2008). *Administración de recursos humanos: el capital humano de las empresas*. México: McGraw-Hill.