

## Diagnóstico de percepciones de Altos Directivos Públicos del sector salud.

El Sistema de Alta Dirección Pública fue creado en junio de 2003, con el objeto de optimizar la gestión pública y mejorar la calidad de los servicios que el Estado proporciona a sus ciudadanos, a través de la provisión de algunos de los principales cargos directivos de la Administración Central del Estado por medio de concursos públicos basados en la idoneidad y el mérito (Memoria Institucional, 2011-2012). A poco más de diez años de su inicio, el año 2004, los cargos que se eligen a través del SADP llegan a 1.248<sup>1</sup>, de los cuales cerca de un 30% corresponden a cargos del sector salud.

Considerando que entre las facultades del Consejo de Alta Dirección Pública se encuentra la de proponer a la Dirección Nacional del Servicio Civil las medidas y normas generales que juzgue necesarias para el mejor funcionamiento del Sistema de Alta Dirección Pública y que el próximo ingreso a tramitación legislativa de un nuevo proyecto de ley destinado a perfeccionarlo, se estimó conveniente realizar un levantamiento destinado a indagar en las percepciones de los Altos Directivos Públicos del sector salud e identificar posibles áreas de mejora.

Tras entrevistar en profundidad a diez Altos Directivos Públicos del sector –Directores de Servicios de Salud y de Hospital-, se identificaron algunas de las principales problemáticas que los afectan, su percepción sobre el Sistema de Alta Dirección Pública y sus propuestas de mejora. Entre los problemas identificados se encuentran el monto de sus remuneraciones, la brecha remuneracional con el sector privado y sus altos costos de oportunidad; inquietudes en torno al sistema de selección y de evaluación de desempeño; la inestabilidad laboral ligada a razones políticas; la pérdida de beneficios y la falta de incentivos tanto monetarios como no remuneracionales; el sentimiento de abandono de parte de la autoridad y el escaso reconocimiento, sumado a los desafíos propios de la gestión en el ámbito de la salud pública.

Por otra parte, se rescata una serie de propuestas formuladas por los entrevistados, dirigidas a mejorar sus condiciones y a aumentar el interés por postular a los cargos del sector, entre las que se encuentran mejoras de incentivos; reforzamiento del Sistema frente a los cambios de coalición gobernante; perfeccionamientos al sistema de evaluación de desempeño; medidas dirigidas a optimizar el sistema de reclutamiento y selección de Altos Directivos Públicos, y el diseño de un modelo de carrera de Alto Directivo Público en Salud.

---

<sup>1</sup> Cifra a agosto de 2014. Fuente: <http://www.serviciocivil.gob.cl/>

## I. Antecedentes.

- Un diagnóstico previo realizado por la Secretaría Técnica del Consejo de Alta Dirección Pública en 2008, identificó una serie de problemas asociados a los cargos del sector salud que la ley ordena proveer a través del Sistema. En dicha oportunidad, específicamente, se entrevistó a Directores de Hospital y de Servicio de Salud, quienes identificaron las siguientes como las principales barreras para postular al Sistema:
  - La existencia de brechas significativas entre las remuneraciones de Altos Directivos Públicos del sector salud y las que el sector privado paga en cargos con responsabilidades análogas. Particularmente en el caso de los cargos de Subdirector Médico de Servicio de Salud y de Hospital, que deben ser desempeñados por médicos, los denominados “cargos críticos”.
  - La existencia de gran disparidad entre los grados asignados a un mismo cargo, dependiendo de las respectivas leyes de planta.
  - El hecho de que alzas en las Asignaciones de Alta Dirección Pública, aplicables por su naturaleza a cada cargo específico, generaron mayores desigualdades de renta entre profesionales sirviendo cargos análogos.
  - El desincentivo de la dedicación exclusiva como condición de desempeño, habida cuenta del elevado costo de oportunidad de los médicos.
  - La posibilidad limitada -respecto de quienes tenían la titularidad de cargos públicos del sector- para reintegrarse al servicio en que se desempeñaban al concluir el período como Alto Directivo Público.
  - La ausencia de incentivos no remuneracionales, tales como capacitación especial o apoyo a través de coaching o mentoring, entre otros.
  - La compleja situación de la salud pública que impactaba la convocatoria y el interés en participar en procesos de selección del sector.
- Basado en este diagnóstico, el Consejo de Alta Dirección Pública propuso una serie de medidas, tales como las siguientes
  - Mejorar sustancialmente las rentas de los cargos críticos, eliminando o limitando de manera importante las restricciones legales al monto de la Asignación de Alta Dirección Pública.
  - Estudiar posibles flexibilizaciones a la dedicación exclusiva.

- Permitir la retención de empleos públicos anteriores incompatibles más allá de un único período y ampliar este beneficio a otros cargos públicos<sup>2</sup>.
  - Establecer una sólida oferta de beneficios no remuneracionales.
  - Otorgar a los cargos de Directores de Hospital la calidad de primer nivel jerárquico respecto de la aplicación del Sistema de Alta Dirección Pública, con el fin de evitar que su equipo directivo sea definido y evaluado por el Director del Servicio de Salud respectivo.
- Corresponde destacar que en forma previa a la realización del análisis del año 2008, se habían incorporado reformas tales como incrementos residuales de la Asignación de Alta Dirección Pública asociada al cargo de Subdirector Médico; la flexibilización de los requisitos para ejercer el cargo de Subdirector Médico, plasmada en la admisión de títulos profesionales otorgados por universidades extranjeras debidamente validados en Chile, y la dictación de la ley N° 20.261, que intentó mitigar los efectos de la dedicación exclusiva y de la pérdida de la carrera funcionaria, a través de una excepción a la primera que permite que los cargos de Subdirector Médico de Hospital o de Servicio de Salud seleccionados por la Alta Dirección Pública, puedan destinar un máximo de doce horas al desempeño de la actividad clínica y asistencial y a través de la posibilidad de retener la propiedad de sus empleos anteriores incompatibles durante el primer período de nombramiento como Alto Directivo Público.
  - Las propuestas del Consejo fueron compartidas con la autoridad, específicamente con los Ministros señores Álvaro Erazo y Jaime Mañalich y con las Comisiones de Salud de ambas cámaras del Congreso Nacional.

---

<sup>2</sup> La ley N°20.261, en su artículo 8º, señala: "Agréganse, al artículo 14 de la ley N° 15.076, los siguientes incisos cuarto y quinto, nuevos: "Igualmente, podrán retener la propiedad de sus empleos anteriores incompatibles, sin derecho a remuneración, los profesionales funcionarios que, en virtud del Sistema de Alta Dirección Pública, sean nombrados en los cargos de Director de Hospital o Subdirector Médico ya sea de Hospital o de un Servicio de Salud. El derecho a que se refiere el inciso anterior se extenderá exclusivamente por el primer período de nombramiento en algún cargo afecto al Sistema de Alta Dirección Pública."."

## II. Muestra y Metodología de Análisis

- Con el fin de analizar la situación actual de los Altos Directivos Públicos del sector salud y estimar posibles cambios respecto de la situación observada el año 2008, se seleccionó una muestra de 10 Directores de Servicio de Salud y de Hospital de las Regiones de Valparaíso y Metropolitana, elegidos a través del Sistema de Alta Dirección Pública. El inicio de un nuevo período presidencial y su impacto en la permanencia de los Altos Directivos Públicos en el ejercicio de sus cargos, generó una demora en el desarrollo de este análisis. A noviembre de 2014 los procesos de selección aún se hallaban en curso en gran parte de los Servicios y Hospitales. Por lo mismo, se decidió entrevistar a Directores que hubieran sido elegidos al menos una vez por el SADP en períodos anteriores, aún cuando en la actualidad se estuvieran desempeñando como ocupantes transitorios y provisionales de su cargo. Con ello la muestra quedó conformada como sigue:

<b>Cargo</b>	<b>ADP</b>	<b>TYP</b>
Director de Servicio de Salud	0	4
Director de Hospital	5	1
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>5</b>

- Nueve de los diez Altos Directivos Públicos respondieron una entrevista presencial<sup>3</sup>, mientras uno respondió vía email. A todos se les consultó sobre los principales desafíos que deben enfrentar como ADPs del sector Salud; la comparación entre la situación de los Directivos del sector seleccionados por el Sistema de Alta Dirección Pública versus aquellos que no lo son, y sus comentarios, sugerencias y necesidades de apoyo. Además, los entrevistados presentaron su visión sobre el panorama global del Sistema de Alta Dirección Pública.
- Las respuestas de los entrevistados fueron grabadas y transcritas, y luego traspasadas a rejillas de análisis temáticas. En estas rejillas se divide la información por temas, donde cada entrevistado corresponde a una fila y cada tema, a una columna. Así, la lectura horizontal de la rejilla da una visión sobre la percepción individual de un determinado entrevistado sobre distintos temas; en tanto que una lectura vertical permite tener una visión transversal sobre un mismo tema entre los distintos entrevistados.
- En base a la lectura vertical de las rejillas se construyeron las categorías de respuestas, que se presentan a continuación ordenadas en tres grandes temas: principales problemas que enfrentan los ADP en salud, situación actual de los ADP y sugerencias de mejora al Sistema.

---

<sup>3</sup> En una de las entrevistas presenciales a un Director de Hospital, participó también la Encargada de Control de Gestión de la institución. Sus respuestas se incluyen en el presente informe, debidamente identificadas con el fin de no confundirlas con las apreciaciones de los directivos.

### III. Principales problemas que enfrentan los Altos Directivos Públicos en Salud.

- **Bajas remuneraciones que no se condicen con el nivel de complejidad del cargo.** Cinco de los entrevistados coinciden en que existe una brecha salarial significativa entre los recursos financieros y humanos que administran y el sueldo que reciben como ADP, incluyendo las asignaciones. Para ellos el nivel de responsabilidad, así como la complejidad propia de administrar una institución pública de salud, negociar con distintos estamentos y gremios fuertemente organizados, e incluso el riesgo legal en que incurren por posibles demandas, está lejos de ser compensado por el salario que reciben. Muchos comparan su labor a la de un gerente de clínica privada o de empresas de gran tamaño, donde los sueldos son significativamente más altos. Sólo dos de los entrevistados señalan estar conformes con su sueldo, si bien uno de ellos reconoce que la brecha es amplia con respecto a cargos equivalentes en el sector privado, mientras que el segundo comenta que en su profesión –médico salubrista- las rentas de mercado son inferiores a los de los médicos clínicos.

*“Hay una desproporción entre los recursos que uno administra y las remuneraciones que recibe. Hoy administro como Servicio de Salud, más o menos 230 mil millones de pesos, y 6.100 funcionarios, que en la empresa privada corresponde a una gran empresa. Y el sueldo que recibo no se condice con eso” (Director de Servicio de Salud).*

- **Alto costo de oportunidad.** Los entrevistados coinciden en que el costo de oportunidad para los médicos clínicos es muy alto, considerando que deben dedicarse en forma exclusiva al cargo de Director, con lo que pierden la posibilidad de generar ingresos extra por consultas privadas, tal como lo hacían en sus cargos anteriores. Si bien todos reconocen la importancia y necesidad de la dedicación exclusiva en este nivel, dada la complejidad de la labor directiva, los médicos clínicos hacen hincapié en que el sueldo que están dejando de ganar por dedicarse a la gestión es un desincentivo importante para que los médicos se interesen en participar del Sistema.

*“Asumí el cargo de director transitorio a sabiendas que iba a ganar igual o un poco menos que el cargo 22/28 que tenía. Con la diferencia que en el cargo 22/28 yo tenía cuatro de las cinco tardes libres para atender otros pacientes en forma particular y la ADP, en cambio, exige dedicación exclusiva a este cargo. O sea, gano mucho menos plata a fin de mes. Además, con una responsabilidad y un riesgo tremendo que nadie quiere, con una carga emocional y familiar altísima, con incendios todos los días en los servicios, con los gremios, con las reivindicaciones de los gremios, con las necesidades de los diferentes estamentos, etc.” (Director de Hospital).*

- **Problemas con el diseño de los convenios de desempeño.** Existen ciertos cuestionamientos al sistema de evaluación del desempeño de los Altos Directivos Públicos de salud que, si bien no desincentivan *per se* las postulaciones, sí son percibidos como inconvenientes. Aun cuando todos los entrevistados coinciden en que los objetivos del convenio deben estar alineados con los objetivos de la

autoridad, ya sea el Servicio de Salud o el Ministerio, se considera que los indicadores incluidos en cada convenio son poco flexibles y con escaso espacio para negociación -cuatro menciones- y que, en ocasiones, incluyen elementos que escapan de las atribuciones de los directivos, tales como acuerdos generados entre el Ministerio y los estamentos sin un debido financiamiento -una mención-, elementos que involucran percepciones externas como la satisfacción de usuarios, en las que intervienen otros actores como los medios de comunicación -una mención – encargada de gestión-, o metas poco realistas de acuerdo a la situación del sector público -tres menciones-.

*“Acá el convenio me llega redactado desde arriba, yo puedo negociar un poco, pero me dicen ‘esto es’ y tengo que cumplir.”* (Director de Hospital).

*“Por ejemplo, la Dirección del Servicio me puso como meta de cumplimiento atender a un determinado porcentaje de personas que vienen de fuera de la Red del Servicio, o sea, abrir la puerta a otro tipo de derivaciones. Este año no puede ser más del 3%, el siguiente 2%, y el siguiente 1%. Y eso de manejar esa cifra por debajo del 3% es muy difícil, tengo que recibir derivaciones de pacientes de otros hospitales fuera de la red de este Servicio”* (Director de Hospital).

- **Falta de incentivos relacionados con el buen desempeño.** El hecho de que aún cuando los directivos presenten buenos indicadores de desempeño, esto no genere mayores rentas o estabilidad laboral, es considerado un desincentivo para participar en los concursos del SADP. Cuatro de los entrevistados sostienen que el hecho de que el pago de la Asignación de Alta Dirección Pública dependa del cumplimiento íntegro de los indicadores del convenio de desempeño, vale decir, de no cumplirse el 100% de las metas el directivo ve mermada su Asignación, es un desincentivo a participar de los concursos. Asimismo, la percepción generalizada es que el resultado de la evaluación de desempeño no tiene ninguna incidencia en la permanencia en el cargo, con lo que la única consecuencia efectiva de su evaluación es una baja en el sueldo de no cumplirse todos los indicadores propuestos, lo que constituye otro importante desincentivo a la postulación a estos cargos. Finalmente, uno de los entrevistados señala que, si bien el convenio podría ser una excelente herramienta desde el Consejo de Alta Dirección Pública para hacer acompañamiento a sus Directivos -observar en qué están fallando y ofrecer apoyo-, ésta no se aprovecha.

*“El sistema de evaluación es sólo para ver si te bajan o no el sueldo. Pero no da estabilidad ni permite quedarse si uno lo hace bien.”* (Director de Servicio de Salud).

*“Hay muchos más desincentivos que incentivos. Por ejemplo, partimos con un sueldo y tenemos un mecanismo de evaluación que sólo baja la Asignación. Pero si lo haces mejor, no tienes ningún incentivo adicional. Es un incentivo mal puesto, un mecanismo basado en castigo más que en reconocimiento. Creo que son cosas importantes de corregir.”* (Director de Servicio de Salud).

- **Inestabilidad por razones políticas.** Relacionado con el punto anterior, entre los directivos existe la percepción de que hay una fuerte inestabilidad en el cargo, la cual depende netamente de la orientación política del gobierno de turno. El hecho de que una nueva autoridad les pueda exigir la renuncia sólo por razones políticas, independientemente de su desempeño, es percibido como uno de los mayores inconvenientes del SADP y uno de los principales desincentivos para participar del mismo. Si bien se reconoce la necesidad de que los Directores de Servicio estén alineados con la política pública de salud, estiman que ello no necesariamente se vincula con un alineamiento partidista, por lo que las nuevas autoridades no debieran utilizar este último como único criterio de remoción en opinión de los entrevistados.

*“Se necesita sobrevivencia a los cambios de coalición política. No veo cómo el Sistema va a poder sobrevivir, en los dos cambios de coalición que ha atravesado el Sistema pasó lo mismo. Hay precariedad de la permanencia en un cargo de Alto Directivo Público, y las personas que están postulando empiezan a pensarlo dos o tres veces.”* (Director de Hospital).

*“Ya está asentado en el inconsciente colectivo que, independiente del proceso de concurso, igual sigue siendo una decisión política el nombramiento. Creo que esa es una de las sensaciones más desagradables en estos cargos, esta eterna inestabilidad, donde no sabes cuándo vas a dejar de contar con la confianza política. No la confianza técnica, porque puedes estar súper bien evaluado y puedes salir del cargo igual.”* (Director de Servicio de Salud).

*“Yo creo que los directores de hospitales no pueden ser cuoteados políticamente. Pero entiendo la importancia de la identidad política de los Directores de Servicio. El Director de Servicio responde a la orientación política de la autoridad. Pero no por no estar identificado con el gobierno quedan inhabilitados para trabajar ahí, la salida debiera ser de mutuo acuerdo. Si no, que les ‘prueben la mano’, al menos por un tiempo, antes de pedirles la renuncia.”* (Director de Hospital).

- **Pérdida de beneficios y estatus.** Una pérdida de beneficios relevante para los entrevistados es la pérdida de indemnizaciones. Esto sucede en el caso de que un Alto Directivo Público finalice su período y su contrato no pueda ser renovado por alcanzar el tope de nueve años y dos renovaciones. Por otra parte, los años considerados en el cálculo de la indemnización no son acumulables si los ADPs asumen un cargo directivo en otra institución. A esto se suma la pérdida de asignaciones distintas a las de ADP, la pérdida de libertad para trabajar en consultas privadas debido a la dedicación exclusiva, e incluso la pérdida del estatus social que tiene el hecho de ser médico clínico, todo lo cual afecta negativamente la probabilidad de postular al SADP. Asimismo, para los médicos que han trabajado en cargos de urgencia, los años dedicados a la dirección de Hospitales o Servicios de Salud no se consideran en su carrera clínica para acceder a un salario equivalente sin necesidad de hacer turnos, lo cual constituye un desincentivo relevante para ellos.

*“La Directora del Hospital Sótero del Río tenía que congelar o renunciar a su cargo en urgencia, con lo que pierde la posibilidad de, a los 20 años de servicio, ganar lo mismo sin hacer turnos.”* (Director de Servicio de Salud).

*“El que opta por esta ‘carrera’, pierde el estatus de ‘doctor’, que tiene una muy alta valoración social.”* (Director de Servicio de Salud).

- **Falta de reconocimiento y sensación de abandono.** Los Altos Directivos Públicos en salud se sienten abandonados y olvidados por la autoridad, el Servicio Civil y la sociedad. Un claro ejemplo es que muchos de los entrevistados valoraron el sentirse escuchados y saber que el Consejo de Alta Dirección Pública está interesado en conocer sus inquietudes y preocupaciones, en el marco del presente estudio. Otro entrevistado señala no haber recibido ningún tipo de inducción al asumir su cargo en el gobierno anterior, situación que tampoco se subsanó al asumir el nuevo gobierno. Más allá de los sueldos y la estabilidad laboral, los ADPs sienten la necesidad de ser reconocidos en su labor de gestión de la salud pública y de formar parte de una comunidad de Altos Directivos Públicos prestigiada y reconocida socialmente. La falta de reconocimiento se relaciona también con la idea de que el SADP es poco conocido y no ha podido ser legitimado en la sociedad, debido a los despidos masivos que se generaron en ambos cambios de coalición de gobierno.

*“El reconocimiento está ausente, totalmente. Te lanzan a la vida a ser mártir y si te mueres, te mueres no más. No reconocen el valor del servicio público en esta dimensión. Se reconoce a todos, a los médicos, a las enfermeras, pero nunca a los directivos de salud.”* (Director de Servicio de Salud).

*“No hay una actividad en la prensa, en el espacio público, que te haga sentir que eres parte de un cuerpo. Hoy los ADP no nos sentimos parte de un ‘cuerpo’. Falta protagonismo del Servicio Civil.”* (Director de Hospital).

*“Hay poco cuidado de nosotros como grupo o como equipo de Altos Directivos desde el Consejo de Alta Dirección Pública. Es un tema para mí no menor.”* (Director de Servicio de Salud).

- **Sistema de selección engorroso y desgastador.** Otro aspecto mencionado como un desincentivo al momento de postular al Sistema es el propio proceso de selección, el cual es percibido como engorroso, desgastador en términos de tiempo, e innecesario en aquellos casos en que un mismo candidato postula a cargos equivalentes en un período de tiempo acotado. Para los entrevistados, el hecho de que cada concurso sea llevado a cabo por una empresa consultora distinta, independientemente de si un mismo candidato está participando en un concurso equivalente para otra institución o haya participado en los últimos meses, es un derroche de recursos públicos, además de una pérdida de tiempo y energía para ellos mismos, pues los procesos son costosos y largos. Muchos sienten que el sistema de selección no se retroalimenta con los candidatos previamente aprobados; no considera la carrera directiva de los candidatos actuales, pues

deben participar de las entrevistas y test cada vez que postulan, y no considera elementos claves en la evaluación de los candidatos, como el manejo de la cultura organizacional y el lenguaje técnico particular de la salud pública, lo que muchas veces impactaría en la presentación de candidatos poco idóneos en las nóminas.

*“El mecanismo de búsqueda reconoce y valora poco la carrera de uno como ADP. Si termino ahora mi período y quiero entrar en otro concurso tengo que hacer todo el proceso (de postulación) de nuevo, que es larguísimo. O sea no queda ninguna base de datos, uno esperaría que si ya te evaluaron eso tuviera una vigencia razonable, tres o cuatro años, para no tener que volver a hacer lo mismo.”* (Director de Servicio de Salud).

*“Las personas nominadas no siempre cumplen el perfil de un gestor público de alto nivel. Por la historia hacia atrás, yo he preguntado por sus conductas, su forma de ejercitar la gestión pública en su historial laboral. En dos de tres directores que se concursaron había problemas serios de gestión pública, de credibilidad, de manejo de conflictos. Sólo uno cumplía el perfil.”* (Director de Servicio de Salud).

*“Las empresas de head hunters son un gastadero de plata absurdo. Cada postulante es carísimo para el Sistema.”* (Director de Servicio de Salud).

- **Limitaciones propias de la gestión de salud pública.** Las complejidades propias del sistema de salud público pueden ir en detrimento de las postulaciones al SADP, según los entrevistados. Si bien no es una opinión mayoritaria, tres de los directivos y la encargada de control de gestión incluida en el estudio, señalan que la falta de flexibilidad y atribuciones en el manejo de recursos financieros y sobre todo humanos, son un desincentivo a la hora de ingresar como directivo al sector de salud pública. Entre las situaciones más problemáticas se mencionan las limitantes de los sistemas de calificación de los funcionarios, que no permitirían hacer ningún tipo de gestión pues el sistema de bonos de desempeño asociados a las calificaciones los presiona a poner solamente buenas notas. Otra dificultad es aquella relacionada con el poder de negociación y presión de los gremios, que genera inestabilidad, pone en riesgo el cumplimiento de metas y, en ocasiones, amenaza la permanencia del directivo en su cargo.

*“Las limitaciones hoy día de un ADP en hospital es en la gestión más importante que uno puede cumplir, la gestión de los RRHH. (...) Lo que realmente cambia la cultura, el desarrollo organizacional de una institución, es lo que tú puedas hacer con el recurso humano. Y los directores de hospital hoy día están limitados en materia de desarrollo de la organización a partir del desarrollo de sus RRHH, porque no tienen el poder sobre su administración. No son dueños de las plantas, no son dueños de los concursos, no son dueños del ascenso de las personas porque son del Servicio de Salud, no del hospital.”* (Director de Hospital).

*“El sector Salud se caracteriza por la adversidad que uno encuentra en los distintos gremios, de profesionales y no profesionales, que son igual obstáculos.”* (Director de Servicio de Salud).

## Comparación con el año 2008

En general, se observa una continuidad de los problemas identificados por los Altos Directivos del sector salud el año 2008. Tal es el caso de la brecha remuneracional con respecto del sector privado, los costos de oportunidad que conlleva la dedicación exclusiva, la percepción de abandono y de falta de reconocimiento, la falta de incentivos al buen desempeño, y problemas relacionados con las condiciones generales de la salud pública en Chile. A éstos se suman nuevos desafíos que surgen de la mayor experiencia del SADP, tales como los problemas relacionados a los sistemas de selección y evaluación.

Una notable adición a los problemas observados el año 2008 es la inestabilidad por razones políticas, que se esgrime como uno de los principales desincentivos de participar del Sistema. Esta se hizo patente como consecuencia de lo ocurrido tras dos cambios de coalición de Gobierno, donde gran número de Altos Directivos Públicos del sector fueron desvinculados.

## **IV. Situación de los directivos con y sin Sistema de Alta Dirección Pública.**

- **El Sistema de Alta Dirección Pública no necesariamente tiene un impacto en la legitimidad de los directivos de salud.** El hecho de haber sido seleccionado por el SADP no implica una mayor validación del directivo de salud frente a los funcionarios o los pacientes, de acuerdo a la mayoría de los entrevistados. Seis de los diez directivos considera que el SADP aporta poco o nada a la legitimidad de los directivos, uno de ellos considera que aporta en algo y dos de ellos consideran que influye de manera importante<sup>4</sup>. La opinión mayoritaria se debe en parte a los problemas de validez del Sistema mismo, que aún se percibe como débil y capturado por las coaliciones políticas. Pero principalmente se debe a que, según los entrevistados, la legitimidad en el sector salud se da por la trayectoria clínica, de gestión, académica y personal de los directivos, más que por la forma en que son elegidos. Todos coinciden en que para los pacientes, el hecho de que el Director haya sido elegido por el SADP no tiene ninguna relevancia.

*“La credibilidad del SADP es nula. Se percibe como asignación de confianza y que todos los concursos son un ‘tongo’, que todos los que hoy están con cargos provisionales van a ser electos.”* (Director de Servicio de Salud).

*“La legitimidad se da por dar respuesta a requerimientos y solución a los problemas que los funcionarios identifican. No por cómo se selecciona al Director.”* (Encargada de Control de Gestión de Hospital).

---

<sup>4</sup> Uno de los dos directivos que valoran positivamente el sistema en términos de legitimidad fue elegido en el gobierno anterior y sigue desempeñando su cargo en este gobierno. Para esta persona, el haber sido elegido por el SADP en el período anterior lo valida ya que no es parte de las “cuotas políticas” (*sic*) del actual gobierno.

*“Entre los médicos y enfermeras, tiene mucho valor el lado ‘de artesano’ del médico, la acción clínica al lado del paciente. Por eso les cuesta validarse a los médicos, enfermeras y matronas que vienen de una carrera más bien administrativa. El que hayas tenido trayectoria clínica te ayuda tremendamente.”* (Director de Hospital).

- **El Sistema de Alta Dirección Pública ha puesto límite a la arbitrariedad en la selección de directivos.** Un elemento positivo que diferencia al SADP de los procesos antiguos de selección, es que pone un filtro técnico basado en el mérito a los candidatos que se presentan ante las autoridades para ser seleccionados. Los entrevistados no llegan a decir que los actuales directivos son más idóneos que los anteriores a la implementación del SADP, pero sí valoran positivamente el hecho de que la selección considere en algún punto elementos técnicos.

*“Los cargos no han dejado de ser cargos de confianza por ser elegidos por ADP. La ADP, en ese sentido, estableció un límite para la arbitrariedad. Puedo elegir en base a una terna, cuaterna o quina que fue estructurada en base a mérito principalmente, y es un ente externo el que hace la recomendación de la nómina. Si ahí hay una persona de mi confianza política, es legítimo que ese sea uno de los criterios, pero ya restringido a ese número de tres o cinco personas, ya no es cualquier persona que a mí se me ocurra.”* (Director de Hospital).

- **Hay más postulantes no-médicos.** Algunos de los entrevistados señalan que el SADP ha aumentado la cantidad de profesionales no-médicos postulando a cargos directivos en el sector salud, especialmente ingenieros. Esto tiene una valoración mixta entre los ADPs entrevistados: mientras algunos consideran que es fundamental que los Directores de Servicios de Salud sean médicos<sup>5</sup>, debido a la importancia de validarse frente al estamento médico, otros consideran positiva la inclusión de una mirada desde el mundo de la gestión o de la salud pública. Para los últimos, de todas formas, es fundamental contar un subdirector médico potente, que los guíe en los aspectos técnicos propios del sector salud y en la interacción con los gremios profesionales (médicos y enfermeras).

*“Soy ingeniero civil. (...) Como los médicos no tienen muchos incentivos para postular por lo de la dedicación exclusiva, (...) la tendencia es esta: más gente con formación en administración. Y la tendencia mundial va por ahí, el clínico va por el tema clínico y la gestión la lleva otro tipo de profesionales. Contando con una subdirección médica potente que pueda guiarte en los temas médicos.”* (Director de Hospital).

*“El lugar ideal para el ingeniero es como asesor de un Director médico. La visión ingenieril es súper positiva y necesaria para el ordenamiento en finanzas, en indicadores, metas, etc., pero tienen una asimetría de información muy grande con el equipo médico. Un médico le puede decir al director ‘tú no entiendes de esto, no puedes opinar’ y ya. Es más fácil que uno (médico) aprenda de administración, gestión, liderazgo, a que el ingeniero cierre la brecha con un médico.”* (Director de Hospital).

---

<sup>5</sup> Opinión compartida por los entrevistados que son médicos clínicos

## Comparación con el año 2008

Un punto relevante a destacar es la pérdida de la idea fuerza de que el SADP genera automáticamente legitimidad. El año 2008 existía un consenso sobre la legitimidad que proveía a los directivos el hecho de haber sido seleccionados por el SADP, lo cual, según los entrevistados en esa época, facilitaba su gestión. Seis años después existen dudas sobre el real impacto del Sistema en la legitimidad de los directivos frente a los funcionarios de la institución, mientras que sería irrelevante -en términos de legitimidad- para el público general. No obstante lo anterior, la idea de que el SADP ha puesto freno a la arbitrariedad en los nombramientos de Altos Directivos en Salud es considerado como un avance positivo del Sistema.

Otra novedad respecto del año 2008 es el cambio gradual que el SADP ha generado en el perfil de los Altos Directivos del sector, donde se han ido incorporando nuevos profesionales distintos a los médicos clínicos. Ello ha abierto a su vez interrogantes sobre la idoneidad de estos nuevos profesionales para desarrollar cargos directivos en el sector Salud.

## **V. Sugerencias y necesidad de apoyo de los Altos Directivos Públicos del sector salud**

- **Mejorar las remuneraciones, haciéndolas competitivas respecto del sector privado.** Una de las primeras sugerencias de los entrevistados es mejorar los sueldos de los directivos en salud, contribuyendo a aminorar la brecha que existe hoy día con cargos equivalentes en el sector privado (ocho menciones). De esa forma se puede convocar a más candidatos idóneos y retener a quienes están hoy día ejerciendo cargos directivos. Algunos también sugieren separar la Asignación de ADP del convenio de desempeño; o crear un bono de desempeño no asociado al cumplimiento de metas del convenio sino que a otros elementos, de producción, de no accidentes, u otros no necesariamente ligados a las metas del Servicio o del Ministerio, similares a los que se entregan en empresas públicas (tres menciones).

*“Yo hoy día estoy súper cómodo con lo que tengo (no monetario). La dirección de Salud me está capacitando, yo mismo me he capacitado por mi cuenta. Aquí el tema para mí pasa por el sueldo. Si a mí me pagan un buen sueldo que me deje tranquilo, me quedo como Director. Si no, me voy.”* (Director de Hospital).

- **Reforzar el Sistema de Alta Dirección Pública frente a los cambios de coalición política en el gobierno.** Otra de las recomendaciones sustanciales tiene que ver con robustecer el sistema frente a los cambios de la autoridad política. Para ello se proponen varios mecanismos
  - Revisar el rol de la confianza política en la remoción de Altos Directivos Públicos: generar cambios legales que aseguren que la remoción del cargo de Director/a esté sujeto fundamentalmente al desempeño y no a la

confianza política (cinco menciones). Otra opción sería que los directivos puedan presentar la renuncia voluntaria frente a un cambio de autoridad y, que en esa circunstancia, puedan recibir indemnización (una mención).

- Cambiar la estructura de salud pública: uno de los entrevistados propone un cambio estructural en el Sistema: separar el rol político del rol de autoridad sanitaria que hoy confluyen en la SEREMI. En este escenario, los SEREMI serían los representantes del ministro en regiones, lo que permitiría que la autoridad política en salud sea una autoridad de nombramiento político. Por su parte, la Autoridad Sanitaria debiera escindirse y tener un trato paralelo y similar a la autoridad de Redes Asistenciales, respecto de un nombramiento por SADP. Ambas autoridades dependerían del SEREMI. A juicio del entrevistado, esto le quitaría presión política al Director de Servicio de Salud respecto del rol político que hoy lo obligan a cumplir, sobre todo en regiones.
- Ampliar el SADP a niveles municipales y a otros cargos en el sistema de salud: uno de los entrevistados señala la necesidad de ampliar los cargos a ser elegidos por el SADP, incorporando a los Directores de Salud Municipal y los Subdirectores de Recursos Humanos, con el fin de contar con profesionales idóneos y limitar el arbitrio político en el caso del nivel municipal. Sin embargo, otro entrevistado advierte que antes de ampliar el Sistema a cargos que tradicionalmente se han asignado por carrera funcionaria, es preciso robustecer previamente el SADP.
- Limitar la facultad de pedir la renuncia a los Altos Directivos Públicos de segundo nivel: algunos ADPs entrevistados reconocen que ellos mismos tienen un rol al momento de validar el SADP. Para ello, uno de los directivos propone generar mecanismos que limiten la facultad de los Directores de exigir la renuncia al segundo nivel antes de evaluarlos, pues esto daña al SADP, a los equipos y dificulta la continuidad de las políticas de la institución.

*“Me encantaría que esto (ADP) funcionara. Para eso tiene que dejar de ser de confianza, y ser sujeto a convenio de desempeño. Que la remoción sea sólo por desempeño o por renuncia.”* (Director de Servicio de Salud).

- **Introducir mejoras en los sistemas de evaluación de desempeño.** Con el fin de subsanar algunos de los problemas asociados a los convenios de desempeño, los directivos proponen revisar los indicadores exigidos en dichos convenios, a fin de hacerlos factibles, claros y concretos. Asimismo, sugieren que las metas sean pertinentes y consideren las circunstancias de cada institución, sus recursos, su público objetivo, su exposición a los medios de comunicación, entre otros aspectos. Finalmente, se propone que exista una retroalimentación asociada al sistema de evaluación, que el Consejo de Alta Dirección Pública o el Servicio Civil

le comunique al Alto Directivo en qué áreas falló y considerando lo anterior, que le entregue apoyo para mejorar su desempeño (una mención).

*“Sería súper bueno que hubiese una evaluación no sólo en el papel. Nosotros cuando mandamos los resultados no sabemos quién los lee, quién los revisa, no hay retroalimentación respecto de si vamos bien o vamos mal.”* (Director de Servicio de Salud).

- **Optimizar el sistema de selección de Alta Dirección Pública.** Los directivos mencionan dos formas de hacer menos desgastante y costoso el sistema de selección
  - Aunar los procesos: se propone que una misma consultora evalúe a los candidatos a todos los cargos equivalentes en un mismo período y/o macro zona. Con ello, un mismo candidato que se presenta por ejemplo a dos concursos de Director de Hospital para dos instituciones similares, en un mismo mes, será evaluado una sola vez por una sola empresa en lugar de pasar por dos procesos distintos y paralelos. Con ello, se ahorrarían recursos y se aliviaría el proceso al cuál debe enfrentarse cada postulante y que hoy perciben como una barrera de entrada.
  - Estandarizar la evaluación de las empresas consultoras: otra opción es estandarizar los requisitos de postulación, modelos, test aplicados y/o interpretaciones entre distintas consultoras para cargos equivalentes. Ello, debido a que una misma persona es evaluada en forma dispar por distintas empresas para cargos similares, lo que introduce cuestionamientos a la calidad de las empresas evaluadoras.
- **Construir una carrera de Alto Directivo Público en Salud.** Un sentido anhelo de los Altos Directivos Públicos del sector salud es que pueda constituirse una suerte de carrera de Alto Directivo Público en salud, reconocida y debidamente valorada por la autoridad, el Servicio Civil y la sociedad en su conjunto. Estiman que este sería un tremendo incentivo para participar en el Sistema, ya que se vincula íntimamente con las motivaciones que los impulsan a dedicarse a la gestión de salud pública: la necesidad de generar cambios significativos en las instituciones, de mejorar la salud pública, de dejar su huella. Las sugerencias para generar carrera de ADP incluyen cambios en los sistemas de selección, creación de escuela de ADPs de salud, generación de redes y reconocimiento de los años servidos como directivo.

Entre las sugerencias vinculadas con este aspecto cabe destacar las siguientes:

- Establecer requisitos mínimos para ingresar al Sistema: un primer paso sería contar con un “piso” de requisitos básicos para postular a cargos directivos en salud a través del SADP, los que incluirían competencias transversales mínimas, conocimientos del sector salud, manejo de herramientas de gestión, conocimiento de la cultura organizacional propia

del sector, entre otros. Estos requisitos han de ser debidamente evaluados por las consultoras que realizan el proceso de selección de candidatos. Algunos postulan que la forma de acreditar estos requisitos podría ser un diplomado o programa de formación, validado por el Servicio Civil (dos menciones).

- Crear un registro único de candidatos aprobados por el Sistema de Alta Dirección Pública: un siguiente paso sería generar un *pool* de postulantes que, o bien han sido seleccionados como Altos Directivos Públicos, o han integrado nóminas. Este registro debería incluir datos del proceso de selección, otorgándoles una vigencia razonable, estableciendo como requisito el que sean de acceso restringido y que su uso este supeditado a la autorización expresa de cada postulante. De esta forma, las autoridades tendrían la posibilidad de convocar a candidatos que ya han demostrado poseer las habilidades necesarias, ya sea para cargos ADP u otros cargos de subdirección o jefatura no asociados al SADP, y los postulantes pasarían a integrar una comunidad de potenciales directivos.
- Capacitación y formación permanente: establecer un sistema de formación permanente que acompañe a los ADP de salud en su labor, una vez que han sido elegidos. La propuesta es crear escuela, siguiendo los ejemplos del Reino Unido y de Francia. Los contenidos de los cursos, diplomados o Magister varían entre los entrevistados, e incluyen temas como ontología, negociación, manejo de presupuesto, habilidades blandas, normativa relevante, entre otros. Si bien los directivos reconocen que no disponen de mucho tiempo para dedicarle a la formación, señalan que un sistema flexible y bien planificado puede ser factible para ellos. Algunos agregan la asistencia a seminarios y otras actividades de formación en el extranjero como parte de este esquema de formación. Además de fortalecer la formación de los directivos, la escuela generaría por sí misma comunidad, generaría espacios de encuentro y proveería a los directivos de reconocimiento, validación externa y de la posibilidad de ampliar sus redes.
- Generar espacios de encuentro para Altos Directivos Públicos: se propone que ya sea desde el Consejo de Alta Dirección Pública, desde el Ministerio o la Intendencia, se creen instancias de encuentro permanente entre Altos Directivos Públicos. Estos espacios podrían integrar a otros Altos Directivos Públicos del sector, de otros sectores, directivos privados, y/o altos directivos de otros países. Los beneficios asociados a esta propuesta son múltiples según los entrevistados, desde el aprendizaje de técnicas asociadas al mundo gerencial, el conocer la realidad de otros directivos en diversos lugares, el acercarse a referentes (personas o instituciones) a nivel nacional o internacional y aprender cómo llegaron al nivel que tienen

hoy día; hasta dar mayor visibilidad al SADP y al sector salud frente a la sociedad.

- Participación en el análisis y diseño de políticas en salud: relacionado con lo anterior y como una forma de fortalecer la *expertise* de los Altos Directivos Públicos del sector salud, los entrevistados quieren ser invitados a los debates sobre salud pública, en un formato en el que puedan opinar y aportar como comunidad de expertos en gestión de salud. Esto, a su juicio, no sólo haría más atractiva la carrera de ADP, sino que permitiría mejorar las políticas públicas en salud a nivel país.
- Reconocimiento de los años servidos como Alto Directivo Público: Si bien no lo mencionan directamente, gran parte de los directivos hace hincapié en el término “carrera funcionaria” como contraposición a “empezar de cero” cada vez que postulan a un nuevo cargo directivo en una institución diferente. Los directivos señalan que hoy en día sí existe la carrera de directivo, incluso algunos de ellos han ido “ascendiendo” desde Subdirector Médico a Director de Hospital y, de ahí a Director de Servicio de Salud. Sin embargo, este trayecto no es validado ni valorado por el Servicio Civil, lo que se plasma en la necesidad de pasar por todo el proceso de selección cada vez que se presentan a un nuevo proceso. Asimismo, se relaciona la carrera funcionaria con la pérdida de indemnización al terminar el período como ADP en una determinada institución.

*“Crear escuela. Seguir el modelo de las Fuerzas Armadas, que crean escuela. Mientras no haya una escuela pública, por decirlo de alguna manera, o algún tipo de sistema de escuela de alta dirección como la ENA francesa, en que tú ingresas y haces una carrera, siempre vamos a estar improvisando.”* (Director de Hospital).

*“Que cada vez que cambio de cargo, no vuelva a cero. Yo en mi caso he hecho carrera, he estado siempre acá, primero en un hospital de baja complejidad, luego en uno de alta complejidad y ahora como Director del Servicio, y tengo la sensación que cada proceso es distinto. A pesar de que yo he hecho la carrera aquí, yo siento que la ADP no considera esto como una carrera.”* (Director de Servicio de Salud).

*“Podría existir una convocatoria desde el Estado, desde arriba, dar un espacio donde los directores de hospitales, expertos, incluso parlamentarios se puedan escuchar y debatir sobre temas de salud pública, como las enfermedades mentales prevalentes, o la ley de ISAPRES. Esa es nuestra pega, y nosotros para hacer bien nuestra pega debemos estar conectados con el debate nacional.”* (Director de Hospital).

*“Crear una comunidad que se encuentra en espacios de fiesta, en espacios de formación, de dinámicas de desarrollo intelectual, en fin. O sea cuidado, atiendo, me preocupo de esta comunidad.”* (Director de Hospital).

## VI. Conclusiones

- Los problemas identificados el año 2008 por el Consejo de Alta Dirección Pública, persisten en la actualidad. A su vez, nuevos problemas han surgido en el rodaje del SADP, tales como la inestabilidad laboral asociada a los cambios de coalición gobernante, los problemas vinculados con los sistemas de evaluación y los procesos de selección. Estos nuevos problemas han contribuido a generar una percepción crítica de los Altos Directivos Públicos del sector Salud.
- Algunas de las demandas de los entrevistados presentan una excelente oportunidad de mejora, especialmente en materia de acompañamiento y desarrollo directivo, de reconocimiento y de generación de redes, de espacios de encuentro y retroalimentación. Todos ellos altamente valorados por ellos y que no requieren de modificaciones legales para ser implementados.
- Para los propios Altos Directivos Públicos entrevistados, el futuro del Sistema es incierto. Todos coinciden en que la Alta Dirección Pública es un sistema innovador, positivo y necesario para profesionalizar la gestión pública en salud en particular y la Administración del Estado en general. La mitad de ellos tiene una visión positiva del futuro del Sistema, considerando que algunas modificaciones clave -como la eliminación de la exclusiva confianza en la remoción de directivos y el mejoramiento de incentivos- podrían fortalecer y proyectar la Alta Dirección Pública. Sin embargo, cuatro de los diez prevén un “futuro negro”, en el cual sería imposible remontar los problemas actuales y desligar al Sistema lo suficiente de la contingencia política como para que permanezca en el tiempo o sea capaz de atraer a los mejores candidatos.

Este pesimismo es complejo pues genera un clima adverso que puede impactar muy significativamente en el reclutamiento de candidatos idóneos. Una respuesta oportuna a las inquietudes de los Altos Directivos Públicos del sector salud puede generar la inflexión necesaria para transformar el estado de ánimo imperante y contribuir a la consolidación del Sistema de Alta Dirección Pública en el sector Salud.

Santiago, 10 de diciembre de 2014.