

Alineación del recurso humano y regulación de la competencia como factores claves para la autogestión hospitalaria en Chile

CLAUDIO A. MÉNDEZ⁽¹⁾ y ALEX ALARCÓN⁽²⁾

RESUMEN

En Chile, el desarrollo de la reforma de salud incorporó la transformación de los hospitales públicos en Establecimientos de Autogestión en Red, proceso que ha permitido explicitar el rol de centros sanitarios de alta complejidad que cumplen con procedimientos de medición de costos, calidad de las atenciones prestadas y de una alta satisfacción de los usuarios y usuarias del sistema. No obstante, la alineación del recurso humano en salud en oposición a las directrices estratégicas del sector y aspectos relacionados a la financiación y la competencia por prestaciones de salud se han constituido en temas recurrentes en la discusión pública.

Para el recurso humano, la ausencia de una planificación, tanto sectorial como autónoma, condiciona un equipo no preparado para los cambios que conllevan el implementar los modelos de gestión interna en los Establecimientos de Autogestión en Red. Otro aspecto a considerar lo constituye una mayor regulación con respecto de la posibilidad de una competencia por las prestaciones de salud que puedan impactar en el desempeño de las instituciones sanitarias.

Para avanzar en la implementación de los Establecimientos de Autogestión en Red se debe considerar una mayor claridad conceptual de lo que implica la autogestión en los equipos de salud, junto con implementar instancias de regulación que permitan garantizar el buen desempeño de las instituciones hospitalarias

acogidas a este nuevo modelo de organización hospitalaria.

INTRODUCCIÓN

Los procesos de reforma del sector de la salud en el mundo han involucrado la introducción de diversos cambios en los modelos de gestión, en la provisión de servicios, en los sistemas de financiamiento y seguros en salud. En América Latina, en las últimas décadas se han implementado procesos de reforma orientados a la separación de funciones entre financiamiento y provisión, establecimiento de derechos a los cuidados y el aseguramiento, aumento de la cobertura, gestión de recursos humanos y nuevos modelos de gestión, fortalecimiento de la función rectora y la descentralización de los servicios de salud¹⁻³.

En el caso de los modelos de gestión, estas reformas implementaron cambios a nivel de la mesogestión y la microgestión de los sistemas de salud. Para algunos autores, estas modificaciones coincidieron más con procesos de reestructuración y reingeniería que en el fortalecimiento de la autonomía en la gestión de los servicios de salud y de las instituciones hospitalarias⁴. Sin embargo, ha sido en el transcurso de las últimas décadas que se han desarrollado experiencias de autonomía hospitalaria con disímiles resultados relacionados a su implementación en países como Colombia, Argentina, Costa Rica y Nicaragua⁵⁻¹¹.

Un hospital autónomo, se define como aquel hospital que siendo parte del sector pú-

⁽¹⁾ Instituto de Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile. Avenida Senador Carlos Acharán Arce. Campus Isla Teja. Valdivia, Chile. claudiomendez@uach.cl

⁽²⁾ Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

blico del sistema de salud, cuenta con mayor espacio en su gobernanza y gestión¹². La gobernanza se refiere a cómo los hospitales enfrentan sus políticas internas y locales, en tanto que la gestión se relaciona a la administración de las funciones necesarias para la prestación de servicios¹². Por otra parte, los objetivos de la autonomía hospitalaria han sido mejorar la eficiencia sanitaria, las responsabilidades no médicas, la rendición de cuentas, la elección por parte de los usuarios, la calidad de los cuidados, la reducción de los costos en salud y el aumento de los ingresos hospitalarios^{13, 14}.

En Chile, la reforma de la salud de la presente pasada introdujo la figura de los Establecimientos de Autogestión en Red (EAR). Si bien su diseño no obedece a una total autonomía de las instituciones respecto de la red asistencial, sí involucra diversos niveles de autonomía relacionados a la gestión de recursos humanos y articulación con la red asistencial. Por tal motivo, reflexionar sobre las implicancias del cambio para los recursos humanos en salud y establecer ciertos aspectos conceptuales que diferencian a la experiencia chilena de los casos de autonomía hospitalaria de otros países de la Región, permite iniciar un debate relacionado a una estrategia cuya fecha límite de implementación constituyó la primera modificación a la Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión.

El presente artículo tiene por objetivo discutir y argumentar la alineación del recurso humano y la regulación de la competencia como factores claves para la implementación de los EAR en el sistema de salud en Chile. En la primera sección se aborda la autogestión hospitalaria y la reforma de la salud en Chile para, en una segunda sección, plantear las implicancias de la alineación del recurso humano en salud y el escenario de competencia por prestaciones de salud en el desempeño de los EAR.

LA REFORMA DE LA SALUD EN CHILE Y LA AUTOGESTIÓN

En Chile, previo a la reforma de la salud, los hospitales públicos se caracterizaban por

depender administrativamente de los servicios de salud y no contar con autonomía para la gestión de sus recursos por parte de los directores¹⁵. Como respuesta a este diagnóstico, la reforma de la salud planteó desde su diseño la necesidad de mejorar los modelos de atención y gestión del sistema de salud¹⁶.

A través de la Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión¹⁷, se definió la función rectora del Ministerio de Salud y se estableció la separación de la gestión de la red asistencial del país y lo relativo a la salud pública y vigilancia epidemiológica, por medio de la creación de las subsecretarías de Redes Asistenciales y de Salud Pública, respectivamente. En el ámbito hospitalario, esta Ley define una nueva clasificación de los hospitales en base

Tabla 1. Materias relativas a la evaluación anual de los EAR.

Materias	
Haber mantenido los niveles de cumplimiento de los requisitos establecidos en los artículos 16 y 18 del Reglamento para la obtención de la calidad de Establecimiento de Autogestión en Red*.	
Mantener el equilibrio presupuestario y financiero.	
Lograr el cumplimiento de las metas que se determinen con relación a niveles de satisfacción de los usuarios.	
Lograr una articulación adecuada dentro de la red asistencial.	
Cumplir las metas de registro y reducción de listas de espera que se hubieren convenido con el Director del Servicio o el Subsecretario de Redes Asistenciales, según corresponda.	
Dar cumplimiento a los convenios celebrados con el Fondo Nacional de Salud, la respectiva Secretaría Regional Ministerial de Salud y con el servicio de salud correspondiente, así como dar cumplimiento de las Garantías Explícitas en Salud y a las metas sanitarias fijadas para dicho Establecimiento.	

Fuente: Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red. Decreto N° 38, publicado en el Diario Oficial el 29 de diciembre de 2005.

*Ver el artículo de Retamal en el volumen 13, número 3 de la Revista Chilena de Salud Pública.

a su nivel de complejidad e introduce a los EAR como aquellos centros sanitarios de alta complejidad que deberán cumplir con procedimientos de medición de costos, de calidad de las atenciones prestadas y de la satisfacción de los usuarios¹⁷.

Con el inicio de la etapa de implementación de la Ley, se introduce una autonomía en la selección e implementación de los modelos de gestión de los hospitales, pero no en su financiación. La Ley establece que el financiamiento será a través de un presupuesto que deberá ser propuesto por el director del EAR al director del servicio de salud respectivo y, en caso de ser necesario, discutido a nivel de la Subsecretaría de Redes Asistenciales¹⁷. En el caso de la gestión de los recursos humanos en salud, los EAR contarán una dotación de personal que se fijará de acuerdo al presupuesto del hospital¹⁷.

En el año 2005, con la aprobación del Decreto N° 38 que establece el Reglamento Orgánico de los Establecimientos de Salud de Menor Complejidad y de los Establecimientos de Autogestión en Red¹⁸, se inicia la etapa de evaluación de los establecimientos incluidos en la Ley. El Reglamento describe las materias que se incluirán en la evaluación anual que los distintos establecimientos deberán abordar para mantener su calidad de EAR (Tabla 1). Desde la implementación del Reglamento a través del instrumento diseñado para evaluar las materias descritas previamente, sólo 11 de los 59 establecimientos de mayor complejidad incluidos en la Ley completaron el proceso de evaluación y obtuvieron la calidad de EAR¹⁹. En la tabla 2 se presentan los 11 establecimientos hospitalarios que obtuvieron la calidad de EAR al año 2008, siendo de 80 puntos su puntaje de corte para adquirir la calidad de EAR. De estos establecimientos, la mayoría se asoció a hospitales de especialidades médicas pertenecientes a la red asistencial de la Región Metropolitana.

Por otra parte, las diferencias entre los puntajes obtenidos por los distintos establecimientos hospitalarios del país entre los años 2008 y 2009 permiten suponer dificultades de los

equipos de salud de los establecimientos para enfrentar las exigencias previamente descritas (Figura 1). En el mismo sentido, la diferencia entre la evaluación de los hospitales pertenecientes a la red asistencial de la Región Metropolitana con aquellos insertos en las redes asistenciales del resto de las regiones del país establece cómo estas dificultades representan distintas magnitudes para los equipos de salud y la necesidad de explorar las dimensiones que determinan el desempeño de las distintas instituciones hospitalarias. Asimismo, es importante destacar la diferencia existente entre los propios hospitales de la Región Metropolitana, dentro de los cuales los mejores puntajes para ser acreditados como EAR, o preservar dicha condición, han sido obtenidos por los hospitales de especialidades médicas (Tabla 3).

ALINEACIÓN DEL RECURSO HUMANO Y REGULACIÓN DE LA COMPETENCIA

Las evaluaciones a los establecimientos de la red asistencial pública del país que cuentan

Tabla 2. Los primeros 11 establecimientos hospitalarios en adquirir la calidad de EAR en la red asistencial pública de Chile.

Establecimiento
Hospital Dr. Luis Calvo Mackenna
Instituto Nacional del Cáncer
Hospital Hernán Henríquez de Temuco
Hospital Herminda Martin de Chillán
Hospital San Juan de Dios de Los Andes
Instituto Nacional del Tórax
Instituto Psiquiátrico
Instituto Traumatológico
Hospital Dr. Luis Tisné
Hospital El Pino
Hospital Exequiel González Cortés

Fuente: Departamento de Auditoría, Ministerio de Salud de Chile.

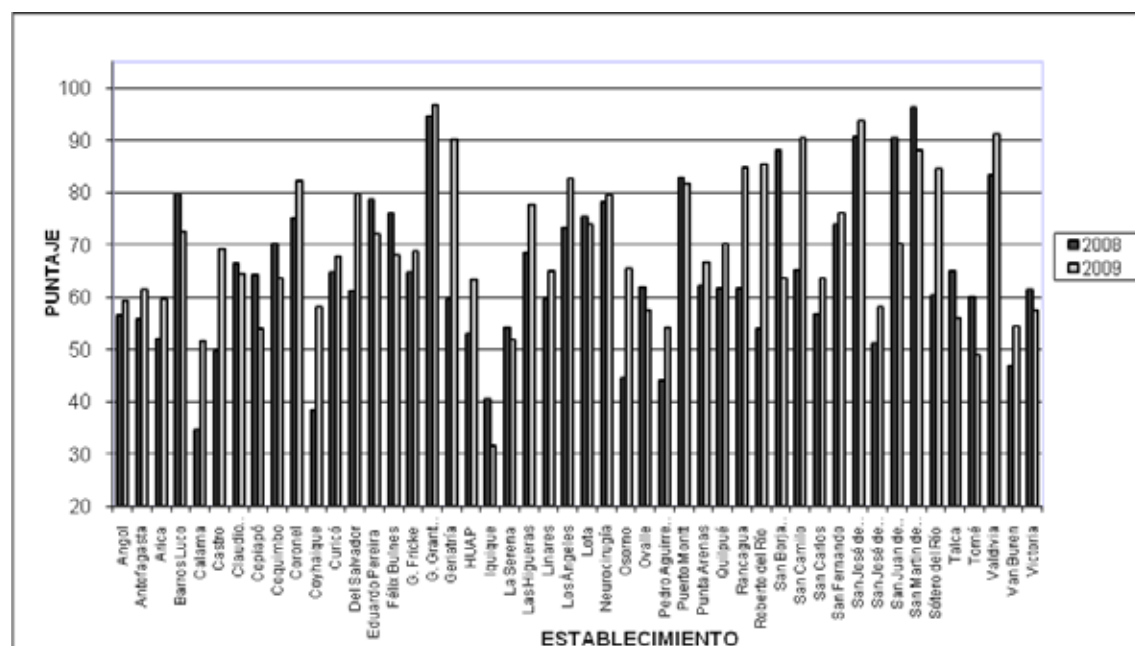


Figura 1. Evaluación de los establecimientos de alta complejidad de la red asistencial pública, 2008-2009.
Fuente: Departamento de Auditoría, Ministerio de Salud de Chile.

con las características organizacionales para adquirir la condición de EAR, permiten asumir las dificultades que los establecimientos han enfrentado en la obtención de la calidad de EAR. Si bien desde el año 2010 todos los establecimientos adquirieron la calidad de EAR por el solo mandato de la ley, aspectos relacionados a la alineación de los equipos de salud y la regulación de la competencia invitan a plantearse desafíos que los EAR deberán enfrentar para cumplir con la evaluación anual y con las expectativas generadas para mejorar la eficiencia y calidad en las instituciones hospitalarias.

En el diseño e implementación de la reforma de la salud en Chile, la definición de opciones de políticas y estrategias para el área de recursos humanos en salud fue soslayada en privilegio de la aprobación de los cuerpos legales de la reforma. Esta ausencia -principalmente para beneficiar los temas de financiamiento y transformaciones estructurales- ha sido destacada como un obstáculo para la implementación de las reformas del sector²¹. Asimismo, la gestión del recurso humano en salud ha sido identificada como un aspecto desestimado por los dise-

ñadores y gestores al momento de relacionarlo al éxito o fracaso de las reformas sanitarias^{3,20}. Más aún, la ausencia de los temas relacionados a los recursos humanos en salud trae consigo la oposición de los grupos de profesionales, la ausencia de nuevas capacidades en la gestión de las instituciones y la oposición del recurso humano a los cambios introducidos en las políticas públicas²².

Para el sistema de salud en Chile, la ausencia de una política de recursos humanos alineada a los cambios estructurales introducidos por la reforma al sistema de salud, condiciona, en una primera instancia, el éxito en la implementación de los EAR sólo en la capacidad de adaptación y alineamiento a los cambios organizacionales y de las líneas estratégicas que los equipos directivos establezcan para su implementación. Bajo este escenario, para la consolidación de los equipos de los EAR se hace prioritario definir propuestas de formación y capacitación permanente y enviar señales concretas en cuanto al espacio de acción que los mismos equipos directivos tendrán en cuanto a la toma de decisiones. La definición de atribu-

ciones y nivel de decisión resulta fundamental para evitar confusiones que han sido descritas en otras experiencias, en las cuales las decisiones permanecieron impuestas a través de la función rectora ministerial y equipos directivos que se sintieron excluidos de la toma de las decisiones²³.

Asimismo, los resultados presentados en la Figura 1, refuerzan que para los equipos directivos de los EAR la promoción de mayores competencias profesionales y mejores equipos para la gestión de los establecimientos debe ser un aspecto relevante. En el mismo sentido, avanzar en estrategias tendientes a fortalecer las políticas y gestión de recursos humanos permitirá enfrentar con éxito las dificultades que algunas de las experiencias de autonomía hospitalaria implementadas en América Latina evidenciaron al respecto. Dos ejemplos lo constituyen los casos de Colombia y Argentina, donde la transformación organizacional de sus hospitales implicó que los equipos de salud percibieran la autonomía como la privatización de las instituciones y una mayor inestabilidad laboral, además de generar en los equipos de salud un clima de temor, desconfianza e individualismo^{24, 25}.

No obstante, e independientemente del alineamiento y fortalecimiento de las estrategias y políticas de recursos humanos en salud, una segunda instancia central para los EAR se relaciona a la regulación del mercado de proveedores públicos y privados de salud. Las experiencias del continente, demostraron el negativo impacto de la ausencia de políticas reguladoras fuertes que cautelaran por el desarrollo del sector público y privado en la calidad de la provisión de servicios de salud. Al respecto, si bien los EAR no involucran en su diseño la autonomía para competir por la financiación de paquetes de prestaciones como lo fue el caso de la reforma hospitalaria del sistema de salud de Colombia²³, la naturaleza mixta de nuestro sistema de salud en cuanto a las funciones de provisión y financiamiento permite profundizar el cuasi mercado relacionado a la provisión de las prestaciones complejas incluidas en las patologías con garantías explícitas en

Tabla 3. Evaluación de los establecimientos de mayor complejidad de la Región Metropolitana, 2006-2008.

Establecimiento	Puntaje		
	2006	2007	2008
Instituto Nacional del Cáncer	95,95	95	97,5
Dr. Luis Calvo Mackenna	95,51	96,7	97
Instituto Traumatológico*	91,9	-	92,8
San Juan de Dios	91,7	89,7	90,40
Instituto Nacional del Tórax*	88,6	-	92,1
El Pino**	78,1	91,3	-
Luis Tisné*	74,8	-	92
Barros Luco	73,2	79,5	79,72
Exequiel González Cortés**	69,4	96,9	-
San José de Melipilla	69,0	91,4	90,64
San Borja Arriarán	65,7	86,8	87,94
Del Salvador	61,6	65,0	61,30
Félix Bulnes	59,5	64,9	75,96
Geriatría	58,4	69,2	59,52
Psiquiátrico***	53,2	94,9	S/I
HUAP	50,1	56,8	53,01
Sótero del Río	47,1	56,0	60,27
Roberto del Río	39,1	49,2	54,04
Neurocirugía	34,4	69,7	78,17
Pedro Aguirre Cerda	31,3	43,3	44,02
San José de Santiago	24,3	47,6	51,03

Fuente: Departamento de Auditoría, Ministerio de Salud de Chile.

* Acreditados como EAR en el año 2006, por lo cual no fueron evaluados el año 2007.

** Iniciaron su calidad de EAR el año 2008, por lo cual su evaluación correspondería al año 2009.

***Sin información para el año 2008.

salud (GES). Esto, sin duda, se refuerza por la existencia de gobiernos corporativos indeterminados vulnerables a la captura, y un sector privado con una importante oferta de servicios de salud, particularmente en un escenario con derechos exigibles y con limitaciones para el cumplimiento de las prestaciones por parte de los hospitales públicos²⁶.

Por tal motivo, si bien no se podría establecer un escenario de competencia por la financiación otorgada a nivel ministerial y de los servicios de salud, el sistema permite competir por paquetes de prestaciones entre los EAR y otras instituciones de naturaleza pública como privada. Las brechas del nuevo modelo de gestión dejan espacio para incentivos que conduzcan al establecimiento de grupos de prestadores privados de salud para competir por las prestaciones GES que los hospitales públicos autogestionados no puedan satisfacer. Esto implica que profesionales de dichas instituciones puedan modificar su situación contractual en razón de disminuir horas de contrato para privilegiar la provisión privada, así como el caso de profesionales que puedan incurrir en malas prácticas cuya finalidad sea afectar negativamente el desempeño de las instituciones para favorecer la compra de servicios de proveedores privados. Más aun, para algunos autores otro incentivo es que a través de esta competencia también se favorezca el subsidio de las áreas más deficientes en la gestión de los EAR, a través de agentes del sector privado²⁷.

Para los recursos humanos en salud, el escenario descrito previamente se profundiza al considerar la ausencia de estrategias y políticas de regulación que permitan enfrentar situaciones como la concentración y dualidad en el empleo médico y de otras profesiones de la salud en Chile. Las características estructurales del sistema de salud contribuyen a una alta concentración de profesionales claves para la gestión de los EAR. Al respecto, estudios recientes han determinado una alta concentración de profesionales médicos en los grandes centros urbanos del país^{28, 29}. Esta alta concentración condiciona un débil escenario para las instituciones hospitalarias del país al momento

de definir sus estrategias de desarrollo a mediano y largo plazo. Por otra parte, el sistema de salud también enfrenta una alta migración de profesionales entre las propias instituciones de provisión pública que compiten entre sí por atraer a los profesionales indispensables para cumplir con las metas sectoriales.

Ante la dualidad en el empleo, la experiencia internacional en países desarrollados -y en vías de desarrollo- ha sido disímil respecto de las opciones de políticas para su regulación. Las principales políticas se han dirigido a prohibir la práctica dual, el aumento de los salarios, establecimiento de contratos de exclusividad para el sector público, permitir la práctica privada en instituciones públicas e incluso la autorregulación del sistema³⁰. En el mismo sentido, para los diseñadores de políticas, el impacto de la dualidad en el empleo y sus opciones de regulación continúan constituyendo una de las principales prioridades de investigación en recursos humanos en salud países de bajos y medianos ingresos³¹.

Para un buen desempeño de los EAR, junto al de todo el sistema de salud, es fundamental la voluntad técnica y política para avanzar en mejores diseños e implementación de las políticas dirigidas a la regulación del sistema. Avanzar hacia un sistema de calidad y con equidad en el acceso a los servicios de salud no parece una estrategia viable a largo plazo bajo una estructura de sistema con una función de provisión de servicios de salud mixta que no permite la competencia entre sus componentes en igualdad de condiciones.

COMENTARIOS FINALES

Algunas de las experiencias de autonomía hospitalaria en América Latina, nos demuestran la cautela con que se deben implementar los cambios que implican las nuevas competencias para el recurso humano en salud, así como los incentivos a la competencia por las prestaciones de salud que se pueden presentar en la implementación de los EAR introducidos por la actual reforma de la salud en Chile.

Para una implementación exitosa de los EAR, la claridad conceptual por parte de los equipos de salud permitirá adelantarse a las consecuencias descritas en otras experiencias y que, como se ha expuesto en el presente artículo, son plenamente aplicables al contexto nacional. Del mismo modo, para el éxito de la provisión de servicios de salud bajo los modelos de gestión que implementen los EAR a través del país, es imprescindible avanzar en la discusión de opciones de política para establecer marcos regulatorios para el área de recursos humanos en salud así como la propia red de instituciones públicas de salud. Esto ante posibles actitudes de competencia desleal con el subsistema público por parte de grupos de prestadores que puedan verse frente al dilema de establecer una competencia por prestaciones GES en desmedro de la resolutiveidad de los EAR. Se debe considerar que una competencia franca por las prestaciones de salud puede conducir a la precarización de las prestaciones y los prestadores de salud de la red asistencial pública del país.

Finalmente, las diferencias observadas en los puntajes de evaluación de los establecimientos hospitalarios del país plantean el desafío de abordar el desarrollo de las redes asistenciales de las distintas regiones del país, especialmente en aspectos como el desbalance en la distribución de los recursos humanos prioritarios para la implementación del modelo. Por otra parte, es importante destacar la obtención de mayores puntajes por parte de los hospitales de especialidades y explorar las fortalezas organizacionales que han determinado el desarrollo de dichas experiencias.

REFERENCIAS

1. INFANTE A, DE LA MATA I, LÓPEZ-ACUÑA D. Reforma de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias. *Rev Panam Salud Publica* 2000; 8(1/2): 13-20.
2. MARÍN JM. Fortalecimiento de la función rectora de las autoridades sanitarias en las reformas del sector de la salud. *Rev Panam Salud Publica* 2000; 8(1/2): 21-32.
3. UGALDE A, HOMEDES N. Descentralización del sector salud en América Latina. *Gac Sanit* 2002; 16(1): 18-29.
4. GONZÁLEZ G. Las reformas sanitarias y los modelos de gestión. *Rev Panam Salud Publica* 2001; 9(6): 406-12.
5. HERNÁNDEZ M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cad Saúde Pública* 2002; 18(4): 991-1001.
6. ECHEVERRI O. Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. *Rev Panam Salud Publica* 2008; 24(3): 210-216.
7. HOMEDES N, UGALDE A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Rev Panam Salud Publica* 2005; 17(3): 210-220.
8. LLOYD-SHERLOCK P. Health sector reform in Argentina: a cautionary tale. *Soc Sci Med* 2005; 60: 1893-1903.
9. BELMARTINO S. Una década de reforma de la atención médica en Argentina. *Salud Colectiva* 2005; 1(2): 155-171.
10. JACK W. Contracting for health services: an evaluation of recent reforms in Nicaragua. *Health Policy Plan* 2003; 18(2): 195-204.
11. GARCÍA-PRADO A, CHAWLA M. The impact of hospital management reforms on absenteeism in Costa Rica. *Health Policy Plan* 2006; 21(2): 91-100.
12. COLLINS D, NJERU G, MEME J, NEWBRANDER W. Hospital autonomy: the experience of kenyan national hospital. *Int J Health Plann Mgmt* 1999; 14: 129-53.
13. MCPAKE BI. Public autonomous hospitals in sub-Saharan Africa: trends and issues. *Health Policy* 1996; 35: 155-177.
14. SHARMA S, HOTCHKISS D. Developing financial autonomy in public hospitals in India: Rajasthan's model. *Health Policy* 2001; 55: 1-18.
15. NANCUANTE U, ROMERO A. La reforma de la Salud. 1ª ed. Santiago de Chile: Editorial Biblioteca Americana, 2008.
16. SANDOVAL H. Mejor salud para los chilenos: Fundamentos sanitarios, políticos y financieros de la necesidad y oportunidad de hacer una reforma al sistema de salud chileno. *Cuad Méd Soc* 2004; 43(1): 5-20.
17. LEY 19.937 DE AUTORIDAD SANITARIA Y GESTIÓN. Publicada en el Diario Oficial el 24 febrero de 2004, Chile.
18. MINISTERIO DE SALUD DE CHILE. Reglamento orgánico de los establecimientos de salud de menor complejidad y de los establecimientos de autogestión en red. Publicado en el Diario Oficial el 29 de diciembre de 2005.
19. RETAMAL M. Autogestión hospitalaria en cifras.

- Rev Chil Salud Pública 2009; 13(3): 169-174.
20. LETHBRIDGE J. Public sector reform and demand for human resources for health (HRH). Human resources for health [edición electrónica]. 2004 [citado 28 abril 2009]; 2(15). Disponible en <http://www.human-resources-health.com/content/2/1/15>
 21. DUSSAULT G, DUBOIS CA. Human resources for health policies: a critical component in health policies. Human resources for health [edición electrónica]. 2003 [citado 21 agosto 2008]; 1(1). Disponible en <http://www.human-resources-health.com/content/1/1/1>
 22. DREESCH N, DOLEA C, DAL POZ M, GOUBAREV A, ADAMS O, AREGAWI M, et al. An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals. Health Policy Plan 2005; 20(5): 267-76.
 23. PLAZA B, BARONA AB, HEARST N. Managed competition for the poor and poorly managed competition? Lessons from the Colombian health reform experience. Health Policy Plan 2001; 16 (Suppl 2): 44-51.
 24. MCPAKE B, YEPES F, LAKE S, SÁNCHEZ L. Is the Colombian health system reform improving the performance of public hospitals in Bogotá? Health Policy Plan 2003; 18(2): 182-94.
 25. MACHADO AL, GIACONE M, ÁLVAREZ C, CARRI P. Health reform and its impact on health-care workers: a case study of the National Clinical Hospital of Cordoba, Argentina. Social Medicine 2007; 2(4): 156-164.
 26. VERGARA M, BISAMA L. Autogestión hospitalaria en red I: competencias esenciales para la gestión. Rev Chil Salud Pública 2009; 13(3): 163-168.
 27. SÁNCHEZ S. Hospitales autogestionados en la red de salud de Chile: alcances y limitaciones de su ley. Cuad Med Soc (Chile) 2010; 50(1): 5-10.
 28. ROMÁN O. Evolución de la oferta de médicos. Chile 1993-2008. Rev Med Chile 2010; 138: 22-28.
 29. GUILLOU M, CARABANTES J, BUSTOS V. Disponibilidad de médicos y especialistas en Chile. Rev Med Chile 2011; 139: 559-570.
 30. GARCÍA-PRADO A, GONZÁLEZ P. Policy and regulatory responses to dual practice in the health sector. Health Policy 2007; 84: 142-152.
 31. RANSON MK, CHOPRA M, ATKINS S, DAL POZ MR., BENNETT S. Priorities for research into human resources for health in low- and middle- income countries. Bull World Health Organ 2010; 88: 435-443.

Usted puede comentar éste y otros artículos publicados en la Revista Chilena de Salud Pública, enviando un correo electrónico a revistas@med.uchile.cl