

Los desafíos pendientes de la Autogestión Hospitalaria en Red

Santiago, 20 de julio del 2009.

Chile, a pesar de la persistencia de inequidades, ha ido alcanzando indicadores sanitarios cercanos a los de países desarrollados. Esto se ha logrado fundamentalmente debido a que las condiciones generales del país; niveles de vida, sanitarias y educacionales han mejorado substancialmente en las últimas décadas, junto a la contribución de un sistema de salud que ha ido mejorando progresivamente cobertura y calidad.

Ya es ampliamente compartido, que el sistema sanitario esta enfrentando nuevos desafíos, resultado de: cambio de estructura de población (transición demográfica avanzada); cambio de perfil epidemiológico, que se manifiesta en las principales causas de muerte (cardiovasculares, cáncer, traumatismos), aumento de expectativas y exigencias de calidad de la atención por parte de la población usuaria del sistema, introducción de tecnología y procedimientos de alto costo, cambios profundos en aspectos políticos y económicos de gran impacto en el sector, entre otros. Por dichas razones, desde los años noventa se vive, particularmente con relación a la red hospitalaria pública, una percepción de permanente “crisis”, especialmente de expectativas, entre la demanda creciente de la población y una capacidad de oferta del sector deteriorada por la falta de inversión vivida durante la década de los ochenta. Esta percepción se evidencia constantemente en los medios de comunicación, llegándose incluso el año 2008 a constituirse una comisión investigadora parlamentaria para tratar justamente la “crisis hospitalaria”.

El gobierno, desde inicio de los noventa colocó gran énfasis en la recuperación de la infraestructura, tecnología y recurso humano del sector público, junto a aumentar cobertura y resolutivez de la atención primaria municipal. Como en muchos de los países latino americanos, los hospitales concentran una altísima proporción del gasto público en salud, su nivel de productividad era bajo y las quejas de sus usuarios guardaban relación con dificultades de acceso (las listas de espera) y con trato inadecuado, lo que generó un fuerte debate sobre el nivel de productividad y eficiencia del sistema hospitalario. El esfuerzo en inversión que caracterizó el inicio de los noventa, se ha reforzado en el actual gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet con un plan de inversiones hospitalarias jamás visto en su magnitud. Lo anterior explica los esfuerzos desarrollados en mejorar la eficiencia y la calidad en el sistema público hospitalario: diversas fórmulas para incentivar productividad y el diseño de mecanismos de pago asociados a prestaciones efectuadas y luego a resolución de diagnósticos bajo la denominación de “programas valorados”^{1,2}; esfuerzos por capacitar en gestión; introducción de metodologías de mejora continua de la calidad; de excelencia hospitalaria, entre otras estrategias sostenidas en los últimos años³.

Una vez solucionados los aspectos más críticos de infraestructura y obsolescencia tecnológica de la red hospitalaria, el problema central del sector, previo a la reforma, podía resumirse, entre otras, en una incapacidad de los gestores hospitalarios para adaptar su oferta asistencial a las nuevas necesidades de salud y expectativas de la población, y para generar políticas efectivas de recursos humanos, iniciándose un lento y paulatino cambio de cultura organizacional en el sistema público^{4,5,6}. Estos esfuerzos han sido esenciales en posibilitar el actual proceso de reforma de la salud en el país. Esta se ha materializado mediante varios cuerpos legales, aprobados entre el 2003 y el 2005, que guardan relación con una mayor capacidad regulatoria del Estado a los actores privados; un plan de salud obligatorio y de acceso universal (garantías en salud –GES-) que cubre el 70% de la carga de enfermedad de la población (conocido como “plan “AUGE” – Acceso Universal con Garantías Explícitas-); separación de funciones en las funciones de rectoría; financiamiento y prestación de servicios; y en la implementación de la “autogestión en red” para los hospitales⁷. El concepto de autogestión en implementación implica dependencia de los hospitales en materia de la cartera de servicios (oferta sanitaria que es definida por la red pública) y una mayor desconcentración e independencia en materias de gestión, todo esto en un contexto de redes de atención, estructuradas en torno a un Modelo de Atención Integral en Salud⁸.

La Ley 19.937/2004 de “Autoridad Sanitaria”⁹, entrega nuevas facultades regulatorias al Ministerio de Salud (MINSAL), redistribuye las funciones regulatorias de los Servicios de Salud traspasándolas a las Secretarías Regionales Ministeriales (SEREMIS), reorganiza el MINSAL en dos Subsecretarías¹⁰, crea la Superintendencia de Salud, establece un nuevo rol para los Servicios de Salud, y crea la figura de los “establecimientos de autogestión en red” (EAR). La autogestión en red, implica una opción por la búsqueda de la eficiencia a través de la cooperación y no a través de la competencia entre prestadores, basada en la lógica de mercado, como se ha entendido la “autonomía” hospitalaria en reformas tales como la colombiana. La autogestión en red, se basa en los la conceptos actuales de la gerencia moderna, que entiende que en la medida que las partes de una organización -para lograr sus objetivos- se hacen más interdependientes (mayor necesidad de relaciones de cooperación entre quienes la componen), requieren de mayores espacios de autogobierno, en paralelo logran niveles mayores de sinergia y alineamiento estratégico.

La complejización creciente de los procesos asistenciales, en contextos de creciente incertidumbre, obliga a entender a las organizaciones prestadoras de servicios como sistemas abiertos, altamente complejos, que requieren adaptarse rápidamente a los cambios del entorno para el logro de sus resultados en salud. Esta capacidad de adaptación sólo es posible en ambientes de descentralización y de cooperación estructurada. Los hospitales, quizás las empresas más complejas, son organizaciones del conocimiento, en que el valor público y el impacto en las condiciones de salud de las poblaciones que generan, dependen cada vez más de la calidad de las interacciones (aprendizaje, innovación y vinculación en redes altamente efectivas y eficientes) entre partes –personas y grupos- que componen a dichas organizaciones, las cuales a su vez, deben establecer alianzas -basadas en la cooperación y complementariedad- cada vez más amplias con otros. Es así, que la reforma a la salud en nuestro país, comprendiendo el fenómeno de la complejidad, busca en simultáneo generar competencias para el autogobierno en un contexto de fuertes incentivos a la cooperación, estructurando un modelo en redes de atención.

La creación de los “establecimientos de autogestión en red” (EAR) tiene a lo menos tres importantes consecuencias organizacionales: Primero, el hospital debe seguir las metas

asistenciales trazadas por su red, y con sus equipos clínicos construir un plan de actividades y de inversiones que requieren. Ambas fundamentarán la propuesta de presupuesto que el establecimiento negociará, debiéndose aprobar por los Ministerios de Salud y Hacienda antes del 15 de diciembre de cada año. Los montos no aprobados deben ser explícitamente señalados como disminución de su plan de actividades de forma asegurar el equilibrio financiero de estos establecimientos, lo que debe implicar un evidente trabajo en red, de manera no afectar producción sensible; Segundo, tienen la posibilidad, respetando su marco presupuestario, de contratar personas naturales y/o jurídicas aún en funciones propias, hasta un tope de un 20% de su presupuesto, de forma asegurar el recurso humano que requiere su plan de actividades; tercero, tienen la facultad de darse su propia organización interna, así como proponer modificaciones a las glosas presupuestarias, celebrar contratos y convenios – en particular con FONASA, seguros privados y centros formadores-, dentro de otras nuevas facultades de administración. Todo lo anterior con el objeto de adaptar –de manera flexible e innovadora- la oferta de servicios a los requerimientos de su red.

Nuevas facultades que tienen como objeto modelar el desarrollo del sistema público prestador en torno al concepto de redes integradas de atención; alinear al sistema público prestador al proceso de cambio de modelo de atención; generar las condiciones organizacionales al sistema prestador para ajustar su oferta a las nuevas necesidades de salud, expresadas a través del Régimen de Garantías en Salud (GES), de la resolución de las listas de espera (tal como el “plan de 90 días”) y de las demás políticas ministeriales en el ámbito de la prevención, fomento, reparación y rehabilitación de problemas de salud de la población; lograr hospitales más amigables con el usuario, y mejorar las condiciones para aumentar la efectividad; calidad y eficiencia de los establecimientos a través de una gestión clínica de excelencia.

En el logro de estos objetivos son esenciales los siguientes aspectos: (1) Que los establecimientos alcancen los niveles exigidos de “madurez” organizacional, a través del logro de estándares básicos en gestión clínica y descentralización interna; gestión de su recurso humano; gestión financiera y logística; políticas propias de investigación y docencia; trabajo coordinado en redes; participación ciudadana, etcétera, que permitieran organizaciones capaces de sostener eficientemente procesos asistenciales de calidad alineados con la priorización de carácter nacional y de la red territorial; (2) Que los EAR exploren y utilicen sus nuevas facultades de modo acelerar los procesos de implantación de cambio de modelo y ajuste de oferta; (3) Que se genere la capacidad de liderazgo en los establecimientos para conducir eficazmente los procesos de cambio organizacional involucrados; (4) Que las Direcciones de Servicio efectivamente logren ajustar su rol a “gestionar la red”, lo que implica que deben hacerse cargo de definir la cartera de servicios de los establecimientos y generar las tensiones para el ajuste de oferta y la implantación del cambio de modelo; (5) Que existan los incentivos financieros para que las anteriores se den. Esto último explica buenos contratos –confiables y claros- que den soporte a una actividad asistencial en un contexto sostenible (equilibrio financiero; recursos humanos, tecnológicos y de infraestructura adecuados)

Luego de la aprobación de la ley de Autoridad Sanitaria, se firma el decreto 38 del año 2005 que establece el Reglamento de los EAR, y define un exigente instrumento de evaluación para acceder y mantenerse en esta categoría–instrumento basado en la ley y en el reglamento- y una política de gestión hospitalaria¹¹. El instrumento de evaluación –sobre ámbitos asistenciales y

administrativos- fue consensuado con el Ministerio de Hacienda y está en aplicación, teniendo como aspectos que se han reconocido como positivos, su contribución a generar una suerte de “piso” común; a la vez que se le reconoce como debilidad el que se haya diseñado con un mayor acento (focalización) en aspectos formales más que en los procesos, y que hay varios ítems donde no se valoran los avances graduales sino que se consigna los logros de manera dicotómica: “todo o nada”.

El Ministerio de Salud siempre ha entendido la autogestión en red como un instrumento – no un objeto en sí mismo, ni un mero incremento de facultades y atribuciones de las direcciones de los establecimientos, para lograr mayores competencias al servicio de los usuarios. Es así, que el 2004 se inició un proceso que debiera haber culminado con que los principales hospitales del país estén en condiciones de acreditarse como EAR en enero del 2009. El proceso no ha sido fácil, completándose sólo 11 (de 59) establecimientos para el 2008. Esto motivo que durante ese año se mandara una modificación a la ley de autoridad sanitaria (la única modificación que hasta la fecha se ha realizado al paquete legal de la reforma), para postergar en una año el comienzo por el “sólo ministerio de la ley” de la autogestión en los demás establecimientos. En la dificultad de este proceso, se puede destacar como elementos críticos¹²:

1. La mayoría de los hospitales no ha alcanzado los estándares requeridos, algunos (los menos) exclusivamente por inflexibilidad de los instrumentos de evaluación, y los otros (desafortunadamente la mayoría) por aún importantes insuficiencias organizacionales, que requerirán de varios años de cambios. Hay establecimientos, claramente identificados por el Ministerio de Salud, que están potencialmente cerca de acceder pero que requieren aún de un enorme gasto de energía en acelerar sus procesos de mejora, dada la cercanía del año 2010, y otro grupo de hospitales no menor, que difícilmente estará en condiciones para el 2010, lo que obligará a una nueva modificación legal para extender el plazo a dicho grupo, lo que políticamente se ve muy complejo. O simplemente incluirlos por el “sólo ministerio de la ley”, aún que tengan una brecha muy importante, lo que obviamente puede poner en riesgo los objetivos globales de todo el proceso.
2. Aún persiste una falla de conducción en los establecimientos, prueba de ello es la dificultad para llenar los cargos de directivos por el Sistema de Alta Dirección Pública (SADP) y la aún alta rotación de directores de hospitales. Sin el liderazgo efectivo que conduzca los procesos persistentes, no hay generación de condiciones para ser un EAR. Dicho de otro modo, la ausencia de liderazgo puede señalarse como la primera y principal amenaza al proceso. Es de esperar que la reciente y futuras modificaciones al SADP que hagan más atractivo los cargos de Director y Subdirector Médico venga a paliar este grave problema* ;
3. Los actores, particularmente las Direcciones de Servicio, aún no han asumido cabalmente sus nuevos roles, prueba de ello es el incipiente avance en generar “carteras de servicio” alineadas hacia el cambio de modelo y al insuficiente avance en “contratos” efectivos entre la red y los EAR;

* La Sociedad se ha reunido recientemente con el Consejo del Servicio Civil para tratar estas materias y ha elaborado una minuta específica sobre el particular

4. No se han consolidado los procesos de negociación presupuestaria y de incentivos financieros adecuados para los EAR. Prueba de ello son las dificultades que existen hoy para sostener el presupuesto y el flujo de transferencias financieras con los actuales EAR;
5. Que en el proceso de implementación de los EAR, las exigencias inicialmente se centraron en los establecimientos hospitalarios, sin considerar que, en muchos aspectos, estos dependen de la eficiencia de otros niveles de la red: los Servicios y el propio Ministerio de Salud, como también de otras organizaciones como la CENABAST.

Sin duda, el principal desafío será que los hospitales públicos alcancen dicha categoría una vez logrados los estándares requeridos y que las nuevas facultades efectivamente sean útiles para las mejoras en su funcionamiento integral. Las dificultades observadas son propias de un proceso en marcha de gran envergadura. Estamos a tiempo para identificar obstáculos y proponer con audacia soluciones, reconociendo que en todo proceso de cambios necesariamente hay aciertos y errores. Lo que no puede haber, es incapacidad para aprender y falta de coraje para asumir los desafíos pendientes.

Al respecto, nos parece pertinente proponer:

1. Constituir una comisión entre el Ministerio de Salud y el de Hacienda con el objeto de evaluar y perfeccionar el instrumento de evaluación de los EAR. Ya se ha acumulado suficiente experiencia como para hacer una revisión que permita ajustar el instrumento a su objeto.

El objeto del instrumento es medir, de acuerdo a la ley y al reglamento EAR, las competencias organizacionales básicas o esenciales que debe tener un establecimiento para considerarse como EAR, y que éstas sean fruto de consolidación de procesos efectivos, más que de la presentación de cumplimiento de aspectos formales.

Dado a que la ley exige que el instrumento de evaluación para acceder a la categoría EAR debe ser aprobado por la cartera de Salud y Hacienda, Una conducta apropiada sería concordar con el MINHDA un instrumento más acotado, que sólo evalúe lo señalado en la ley y el reglamento (lo que no supera más de un 30% del actual instrumento), y diseñar un instrumento aparte, de carácter dinámico, propio de la Subsecretaría de Redes Asistenciales (SubRed), enfocado a la instalación de los procesos de transformación hospitalaria y de transformación de la red en su conjunto.

Esta evaluación, propia del Ministerio, debe incorporar al Servicio de Salud, en todos aquellos aspectos en que los EAR dependen de ellos, como por ejemplo la definición de la cartera de servicios, la programación en red, la construcción cooperativa del presupuesto, la ejecución de transferencias conforme a presupuesto, definir el nivel de complejidad y

especialidades, el recabar la información que se requiera desde el hospital de autogestión, el controlar un sistema de registro y gestión de listas de espera , etc.

2. Realizar una evaluación de las distintas actividades y estrategias que la SubRed ha desplegado para apoyar a los Servicios de Salud y a los establecimientos en tránsito hacia la autogestión en red, con el objeto de focalizar las inversiones futuras en aquellas que han sido más efectivas, y en el desarrollo de competencias tanto a nivel de Servicios de Salud como de establecimientos tendientes a asumir eficaz y eficientemente los roles que les competen en base al nuevo modelo de gestión y de atención. Convocar a los EAR, a colaborar en dicha evaluación, en la difusión de experiencias exitosas y buenas prácticas, y en la planificación de estrategias innovadoras que hasta la fecha no se hayan aplicado.
3. Generar desde la Subsecretaría de Redes una “Agencia Técnica de Apoyo a la Gestión”, de carácter estratégica y con autonomía de la coyuntura de corto plazo. Esta Agencia podría tener la configuración de un Instituto cuyo objeto sería: Generar competencias gerenciales en el sistema público prestador por medios propios y en alianzas con Institutos Formadores (con la visión de largo plazo de producir las condiciones para una “carrera gerencial” en salud); generar propuestas estructurales para el fortalecimiento institucional del sector prestador público en salud; Identificar buenas prácticas y favorecer el intercambio de experiencias; Apoyar los procesos de desarrollo organizacional de los distintos establecimientos, así como la consolidación de sus procesos de cambio; Apoyar intervenciones de mediano y largo plazo en establecimientos que lo requiriesen; Generar información para la toma de decisiones tanto a nivel local como central.
4. Concordar con el Servicio Civil nuevas mejoras significativas al Sistema de Alta Dirección Pública para los hospitales públicos sujetos a él, que hagan atractivo el trabajo en cargos directivos a los médicos en los hospitales desde el punto de vista de las remuneraciones y de las expectativas de desarrollo de dichos profesionales, y que en el ámbito de la subdirección médica permitan compatibilizar esta labor con la práctica clínica. También es relevante otorgar cupos de asignación de responsabilidad o función crítica al Director (a) del Hospital para que pueda conformar un equipo competente en la alta dirección del establecimiento.[†] Así también, es crítico el introducir mejoras al sistema de concursos para los jefes de Servicio Clínico (con el fin de introducir las competencias de gestión y habilidades en liderazgo como esenciales para la selección de estas jefaturas).
5. Es importante avanzar en iniciativas que perfeccionen el “gobierno corporativo” de los principales establecimientos (tendiendo a separar las funciones de “directorío”, de las de “gerencia”). Parte de las tareas de modernización del Estado guardan relación con fortalecer las competencias institucionales de “gobierno corporativo” de forma asegurar organizaciones con debida gobernanza para cumplir el objeto o misión para la cual existen. Actualmente en los establecimientos públicos de salud, hay claras debilidades de gobierno, existiendo *stakeholders* que se perciben cual “propietarios” de la organización

[†] Ver la propuesta de la Sociedad ante el Consejo del Servicio Civil con relación a los cargos de Alta Dirección

ejerciendo una acción que confunde a la empresa como objeto en sí mismo y medio para requerimientos de grupos de interés distintos de los ciudadanos usuarios, desdibujando el objeto institucional de prestar servicio y generar “valor público”. En nuestra opinión, dada la conformación en redes de nuestro modelo de gestión, debe generarse un claro y fuerte “directorio” a nivel de los Servicios de Salud, que pudiendo ir más allá de la coyuntura política de corto plazo, pueda generar el contexto para el desempeño de la función pública en el conjunto de la red.

6. Creemos oportuno abrir el debate con respecto a las competencias gerenciales efectivas que tienen los directivos hospitalarios para administrar los factores de producción. Así como a nivel de las Redes debe generarse la competencia institucional de “directorio”, a nivel de establecimientos deben potenciarse las competencias de gerencia. Con relación a dichas competencias, consideramos esencial podamos consolidar modelos de gestión basados en resultados sanitarios (actividad, calidad, oportunidad, etc.) y resultados de gestión de recursos (ingresos, gastos remuneraciones, gastos insumos, resultados, etc.). Desarrollando sistemas de control de gestión estratégica, que den cuenta de los cuatro ámbitos de acción (usuarios, sustentabilidad, procesos y aprendizaje) de lo programado y lo logrado; e incorporando remuneraciones variables indexadas al cumplimiento de metas en dichos ámbitos.

Actualmente, y a pesar de los avances de la reforma, aún son limitadas las capacidades reales para ejercer una gerencia efectiva en el ámbito de los factores de producción. En este punto, hay ámbitos relacionados con una mayor y sostenida inversión en competencias gerenciales (alta gerencia y liderazgos intermedios), como en ámbitos que requerirán de modificaciones reglamentarias y/o legales: El perfil y procesos de selección de los jefes clínicos; y el cambio del sistema de remuneraciones a uno ligado fuertemente a la producción, en el que la remuneración variable sea significativamente superior a la actual, especialmente para los profesionales médicos. A esta altura del debate con relación a la modernización del Estado, ya son inevitables el plantear la obsolescencia del Estatuto Administrativo y de la Ley Médica, salvo se produzcan cambios muy de fondos en estas leyes, de modo que los factores de producción perciban claros incentivos con relación a las metas del establecimiento, situación que hoy evidentemente no sucede.

7. Dado a que lo central es contar con EAR que hayan accedido por consolidación de sus procesos y no por “el sólo ministerio de la ley”, debemos salir de una suerte de “trampa por los plazos” y transparentar sin complejos, tal como se ha hecho con la listas de espera y otros temas en que la ciudadanía ha agradecido se actúe con la verdad, la complejidad que ha tenido la transformación hospitalaria. Esto nos obligará a debatir en torno a la necesidad de un nuevo cambio legal. Dado a la difícil presentación de un nuevo plazo, estimamos pertinente discutir la conveniencia de volver al proyecto original, acercándose al espíritu con que fuera aprobado en la cámara de diputados en el primer trámite legislativo. Antes del Senado, los establecimientos no tenían plazo perentorio para el logro de la autogestión, y esta condición así como se obtenía también podía perderse al no aprobarse su plan de mejora en un período de evaluación determinado. Esta alternativa

implicaría, a nuestro juicio, perfeccionar fuertemente los incentivos para que toda la organización se “la jugara” por el proceso.

Para aquello, parte importante de las remuneraciones variables del personal (así como la de los directivos del establecimiento y de la red), deberían estar ligadas al hecho de que el hospital obtenga y conserve su categoría de “autogestionado en red”. Este enfoque, en vez de los plazos o el “deber ser” pone el acento en los incentivos, en el “querer ser”. En esta lógica, dichos incentivos deben estar tanto alineados a las metas de producción como de transformación hospitalaria país, como a las propias necesidades de producción de la red y de los procesos de cambio de la organización hospitalaria.

8. Continuar perfeccionando La construcción presupuestaria de los EAR, a partir de la programación en red y sub cartera de servicios, perfeccionando las modalidades de transferencia de forma asegurar la sostenibilidad de dichos establecimientos.

BIBLIOGRAFÍA

¹ Fondo Nacional de Salud. Una mirada a fondo a la modernización del FONASA, 1999.

² Fondo Nacional de Salud. FONASA: ¿una reforma en marcha? Santiago, 1999.

³ Artaza O., Castillo R., Fábrega R., Quinteros M. Gestión del Cambio: Presentación de dos casos chilenos. Gestión Hospitalaria 4ª Edición Editorial McGraw-Hill Madrid 2007. pág. 519-529

⁴ Artaza O., Montt J., Vásquez C., "Estructura y Recursos Humanos en un Hospital Público Chileno: una experiencia de cambio". Revista Panamericana de la Salud Pública OPS 1997; 5: 342-351.

⁵ Artaza O. y cols. “¿Cómo preparar a una organización pública para funcionar en un modelo de “Autogestión y satisfacción usuaria?”. Cuadernos Médico Sociales XXXVIII, 3, 1997/28-37. Chile

⁶ Castillo R., Quinteros M., Ibáñez A., El Hospital Público en Chile, Tomo II “Centros De Responsabilidad”. Ministerio de Salud. Chile, 2004

⁷ Méndez C. “Reflexiones sobre la planificación de los recursos humanos y la autonomía de gestión en los hospitales de Chile”. Rev. Esp. Salud Pública 2009; 83: 371-378

⁸ Serie Cuadernos N° 1 Modelo de Atención Integral de Salud. Ministerio de Salud de Chile, Marzo de 2006

⁹ Ley 19.937, Ley de Autoridad Sanitaria que Modifica D.L. No. 2.763.

¹⁰ Subsecretaría de Salud Pública y Subsecretaría de Redes Asistenciales.

¹¹ Documento Modelo de Gestión Hospitalario Subsecretaría de Redes Asistenciales distribuido el año 2006

¹² Artaza O. Los desafíos de la Autogestión Hospitalaria Rev. Chil Pediatr 2008; 79 (2): 127-130