

MODELO DE GESTIÓN DE ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD

DIVISIÓN DE GESTIÓN DE RED ASISTENCIAL
SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES
MINISTERIO DE SALUD

AUTORES:

Oswaldo Artaza B.
María Soledad Barría I.
Adriana Fuenzalida
Katia Núñez
Angélica Quintana
Irma Vargas
Cecilia Venegas
Alma Vidales

PRESENTACIÓN

INDICE

	Página
I. INTRODUCCIÓN	7
1. La Gestión hospitalaria y el Modelo Integral de Atención en Salud	3
2. El nuevo contexto para la gestión de los establecimientos hospitalarios	4
3. El marco normativo y reglamentario para el cambio de la cultura hospitalaria	4
4. La responsabilidad social del hospital	6
5. Participación, Comunicación, y adhesión de los actores en el nuevo modelo	7
II. GESTIÓN HOSPITALARIA, UN MODELO EN EVOLUCIÓN	7
1. El antiguo modelo de gestión hospitalaria	10
2. Definición de modelo de gestión: Redes de atención	10
3. Organización hospitalaria y gestión estratégica	14
4. El hospital del mañana	17
4.1. Gestión estratégica y cambio institucional.	18
4.2. Gestión estratégica de recursos humanos	23
4.3. Gestión participativa	27
5. Gestión de la actividad asistencial	28
5.1. Aspectos generales y de contexto	28
5.2. Los cambios en el ámbito de la actividad clínica	32
5.3. Los Centros de Responsabilidad	34
5.4. Gestión clínica.	35
6. Gestión de la organización	41
7. Mejoría continua de la calidad	41
8. La gestión de la atención y satisfacción de los usuarios	43
8.1. La gestión de los derechos y deberes de los usuarios	44
8.2. La participación del usuario y su comunidad	45
9. La cuenta pública	45
III. ESTRATEGIAS AL SERVICIO DE LA TRANSFORMACIÓN HOSPITALARIA	
1. Ambulatorización de la atención	46
1.1 Centros ambulatorios de especialidad	46
1.2. Principales estrategias de desarrollo de Atención abierta de Especialidades:	47
1.3. Incrementar proporcionalmente la Cirugía ambulatoria-cirugía de día	49
1.4. Hospital diurno	50
2. Urgencia-emergencia	50
2.1. Nuevos modelos en la atención de urgencia	51
2.2. Atención prehospitalaria	52
2.3. Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH)	53
3. Organización de servicios y principales estrategias de desarrollo de atención cerrada	55
3.1. Hospital organizado por cuidados progresivos de pacientes	55
3.2. Equipo tratante y organización de los cuidados	57
4. Hospitalización domiciliaria	58

IV. LA GESTIÓN DE LAS UNIDADES DE APOYO

- | | |
|--|----|
| 1. Conceptos generales | 60 |
| 2. La gestión de las unidades de apoyo diagnóstico y terapéutico | 63 |
| 3. Las tendencias en las funciones de apoyo logístico | 65 |

V. GESTIÓN PRESUPUESTARIA Y FINANCIAMIENTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS.

- | | |
|--|----|
| 1. La Gestión Económica y Financiera | 70 |
| 2. Construyendo el presupuesto | 72 |
| 3. Los ingresos propios y una política de comercialización | 75 |

VI. ASPECTOS EMERGENTES Y RELEVANTES VINCULADOS AL ROL SOCIAL DE LOS ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS

- | | |
|---|----|
| 1. Nuevo enfoque para la gestión de riesgos en los hospitales | 76 |
| 2. Rol de los hospitales en la formación de recursos humanos para la salud del país | 77 |
| 3. Ética en el ámbito clínico | 77 |
| 4. El modelo de hospital concesionado | 79 |

GLOSARIO

79

I. INTRODUCCIÓN

1. La Gestión hospitalaria y el Modelo de Atención Integral en Salud

El nuevo modelo de gestión hospitalaria se fundamenta en el Modelo de Atención Integral en Salud¹. Este modelo da cuenta de los cambios sociales, culturales, epidemiológicos y demográficos de la población chilena. Las deficiencias del modelo de atención obligaron a hacer transformaciones orientadas hacia la maximización del impacto sanitario: el énfasis en la promoción y el control de factores de riesgo de enfermar por condicionantes ambientales y sociales, la creación de condiciones materiales y modificaciones conductuales para una vida saludable; la prevención de enfermedades con énfasis en la pesquisa oportuna o el diagnóstico precoz de éstas; la resolución integral de los problemas de salud, mayoritariamente en forma ambulatoria, incorporando además, mecanismos de financiamiento que incentivarán la atención ambulatoria y el uso racional de tecnologías sanitarias con eficacia y efectividad científicamente demostrada.

El Modelo de Salud Integral en el contexto de la Reforma se define como: El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas, consideradas en su integralidad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural, es decir, **un modelo de atención integral en salud con enfoque familiar y en red**.

El modelo de atención es una descripción de la forma óptima de organizar las acciones sanitarias, de modo de satisfacer los requerimientos y demandas de la comunidad y del propio sector. El modelo de atención en el ámbito público consiste en un conjunto de redes territoriales de establecimientos con complejidades diversas y roles definidos, que en conjunto dan cuenta de las acciones de promoción de la salud, prevención, detección precoz y control de enfermedades, tratamiento, rehabilitación, reinserción y cuidados paliativos incluyendo atenciones de urgencia y emergencia.

El quehacer sanitario definido en el modelo de atención se basa en un equipo de salud multidisciplinario y de liderazgo horizontal, ubicado básicamente en el nivel de atención primaria, que se hace cargo de la población de un territorio acotado, aplicando el enfoque familiar, es decir, acompaña a los integrantes de la familia durante todo el ciclo vital, apoyando los momentos críticos con consejería, educación y promoción de salud, controlando los procesos para detectar oportunamente el daño y proporcionando asistencia clínica y rehabilitación oportuna en caso de patología aguda o crónica. La formación y competencias de este equipo son acordes al nuevo perfil epidemiológico, a la gestión en red y con habilidades de liderazgo y trabajo en equipo.

El rol de los hospitales en el modelo de atención, es la contribución de una manera concordante al modelo, a la resolución de problemas requeridos desde la red asistencial, en base al tipo de actividades, nivel de complejidad y especialidades que la propia red le ha definido, en atención abierta y cerrada, incluida la atención de urgencia. Los establecimientos hospitalarios separan su actividad en ambulatoria y cerrada, debiendo tender progresivamente a la ambulatorización de los procesos clínicos.

2. El nuevo contexto para la gestión de los establecimientos hospitalarios

La actual legislación propugna un modelo de organización hospitalaria, eficaz y eficiente, capaz de responder a las prioridades sanitarias definidas por la autoridad a través de su red asistencial, a los

¹ Documento Modelo de Atención Integral en Salud, Minsal 2005

requerimientos de sus usuarios, y configurada como un sistema vivo y abierto, claramente influido por y proyectado a los valores de las personas que componen la organización y su entorno.

Los establecimientos hospitalarios, en adelante “los establecimientos”, son organizaciones de servicios que cumplen una función social esencial. Necesitan desarrollar una gestión que, escuchando y comprendiendo los fenómenos que conforman su entorno, sepan identificar y proyectarse a las necesidades de sus usuarios, adaptarse a las características, flujo, ritmo y evolución de la demanda de las comunidades, especialmente en el sector sanitario, donde desde la red asistencial, se exige respuestas concordantes con el modelo de atención, crecientemente flexibles, oportunas, efectivas y eficientes.

Los establecimientos deben estar en permanente adecuación con relación a: (i) las cambiantes necesidades de salud de las personas y las comunidades, las que estarán expresadas en los requerimientos de la red asistencial, particularmente a través del Régimen de Garantías en Salud y, especialmente en la necesidad de atender los requerimientos originados en la comunidad, canalizados por la atención primaria; (ii) las cambiantes expectativas y culturas de los usuarios de los servicios; (iii) las nuevas tecnologías tanto clínicas como de gestión (iv) los nuevos modelos de organización y gestión de los sistemas de salud; (v) las nuevas formas de financiamiento; y (vi) las cambiantes aspiraciones de desarrollo personal y de aporte creativo de los miembros de la organización.

La concentración de profesionales con alta calificación, la cultura del equipo de salud, la dinámica de la relación entre demanda (necesidades) y oferta (servicios) de atención de salud, la alta diversidad de funciones clínicas, industriales y administrativas que se efectúan en un establecimiento, lo hacen una de las organizaciones más complejas en el ámbito de los prestadores de servicios. Por ello, los procesos de cambio requieren de grandes inversiones de energía: creatividad, capacidad, recursos, tiempo y perseverancia.

3. El marco normativo y reglamentario para el cambio de la cultura de los establecimientos hospitalarios

La antigua legislación y su reglamentación, no facilitaban los cambios necesarios, que requieren cada día mayor flexibilidad. La gestión de los recursos debe adaptarse a los nuevos requerimientos, tanto de la demanda (nuevas enfermedades, nuevo tipo de usuario) como de la oferta (nuevas tecnologías, restricciones financieras, requerimientos de reconversión en recurso humano). Esto motivó las modificaciones a la ley estructural del sistema público de salud, el Decreto Ley 2.763, a través de la ley 19.937 y la consiguiente modificación del DS 42, en la línea de poder contar con Directivos adecuadamente incentivados, y con un ambiente organizacional propicio para la implementación del concepto de gestión clínica y por tanto del cambio de la «cultura» o costumbre de hacer las cosas en los establecimientos.

En el proceso de adaptación de los establecimientos a la nueva legislación, las comunidades donde éstos están insertos deben tener claro por qué el hospital debe cambiar, en qué va a consistir dicho cambio, y qué va a implicar para los usuarios. Es importante que dicho proceso sea abierto, transparente e inclusivo para la ciudadanía, de manera de obtener aportes y apoyo para que dichos cambios sean útiles, se produzcan y consoliden. Esto sin duda amerita un esfuerzo para lograr participación y adhesión de la ciudadanía para con el proceso de cambios. De allí la relevancia de establecer desde el comienzo sistemas de seguimiento y evaluación que permitan realizar los ajustes necesarios y el aprendizaje institucional.

El proceso de cambio y modernización de la gestión hospitalaria requiere necesariamente de inversión inicial; se espera que posteriormente las mejoras se traduzcan en mayor eficiencia, economía y calidad. También es necesario prever que habrá incertidumbre y cierto grado de conflictividad, que no siempre en este ámbito habrá plenos «consensos», que se producirán errores aunque no sean deseados o deliberadamente buscados, particularmente si se imprime velocidad a los cambios.

Con la entrada en vigencia de la nueva ley 19.937 se definen dos tipos de establecimientos hospitalarios, según su dependencia administrativa: los dependientes de la red asistencial territorial y los de autogestión en red. Estos últimos se relacionan con autonomía de gestión respecto de su red asistencial, pero siguen dependiendo de ella para la determinación del tipo de acciones ofrecidas a sus usuarios.

Además, se establece una Red Asistencial de Alta Especialidad de carácter nacional, formada por los Establecimientos Autogestionados que estén destinados a la atención preferente de una determinada especialidad, de alta complejidad técnica y de cobertura regional o nacional. Esta Red será coordinada por el Subsecretario de Redes Asistenciales.

Los establecimientos hospitalarios pasan a ser estructuras flexibles que serán definidas dinámicamente en el tiempo por sus redes asistenciales, quienes les fijan el tipo de actividades, niveles de complejidad y especialidades. A su vez, los establecimientos que cumplen los requerimientos necesarios para ser declarados “de autogestión en red” (EAR) tienen las facultades para modular su estructura de funcionamiento organizacional. Por lo tanto, dentro del marco del modelo de atención y de las normas que al respecto emanen de la Subsecretaría de Redes Asistenciales, los hospitales verán determinada su función por sus respectivas redes y su organización por sus propias definiciones, bajo el liderazgo de los equipos directivos. Todo esto, con el objeto de obtener respuestas efectivas a las necesidades de salud de las personas.

El Establecimiento de Autogestión en Red, se concibe en coordinación con su red territorial y tal como lo señala la nueva legislación, tendrá como propósito realizar las acciones de salud que le definan, mediante convenio, tanto su red asistencial como el Fondo Nacional de Salud (FONASA); la red definirá el nivel de complejidad, especialidades y tipo de actividades asistenciales que desarrollará.

Para cumplir con esta misión, el establecimiento ya declarado EAR será autónomo administrativamente en su gestión, no pudiendo el Director del Servicio de Salud definir los aspectos internos de la organización. Para ello, la ley 19.937 entrega al hospital todas las facultades administrativas que el Decreto ley 2.763 daba a los Directores de Servicio y agrega nuevas facultades, tales como:

- Definir autónomamente la organización interna del establecimiento y sus normas de funcionamiento;
- Presentar un presupuesto, el que una vez aceptado por la autoridad, será respetado. El hospital podrá modificar, previa autorización, el presupuesto y los montos determinados en sus glosas;
- Celebrar contratos de compra de servicios de cualquier naturaleza, con personas naturales o jurídicas, para el desempeño de todo tipo de tareas o funciones, generales o específicas, aun cuando sean propias o habituales del Establecimiento;
- Celebrar convenios directos con el Fondo Nacional de Salud; realizar operaciones de leasing e invertir excedentes estacionales de caja en el mercado de capitales, previa autorización del Ministerio de Hacienda.

Los establecimientos hospitalarios no acreditados como EAR y aquellos definidos como de menor complejidad, serán dependientes administrativamente de los Servicios de Salud, aunque podrán recibir importante delegación de facultades para una gestión de carácter descentralizado, sujetos al cumplimiento de los requisitos específicos².

4. La responsabilidad social del establecimiento

Además del impulso generado por la reforma, el cambio en el comportamiento de las personas de pacientes a usuarios con derechos, y la crisis de credibilidad de los servicios públicos hospitalarios, están obligando

² (D.S. N°38 de 2005)

a los establecimientos a reconocer y responder con eficacia-eficiencia a las necesidades y demandas que se generan en su entorno para recuperar la confianza social.

En la evolución que han presentado los sistemas de salud, se observa un lento cambio en la orientación de los servicios, desde un énfasis en los productos (eficacia) - que no necesariamente se acompañaba del debido cuidado del impacto sanitario de las acciones - o de los recursos utilizados para ello (efectividad y eficiencia), hacia un mayor énfasis en la orientación al usuario y a la responsabilidad social del uso de los recursos. Este es, probablemente, el contexto que puede explicar la progresiva incorporación de la preocupación por la gestión, la calidad y la rendición de cuentas por las responsabilidades entregadas.

El establecimiento que propone la nueva legislación, debe responder tanto a los decisores políticos, como a la ciudadanía en general, en términos de satisfacción de expectativas sobre el nivel de salud al que aspira como sociedad y al tipo de sistema de atención que desea. Al mismo tiempo se estimula y apoya la corresponsabilidad de las personas y las comunidades en lograr los objetivos sanitarios que la sociedad en su conjunto determine. El establecimiento debe por tanto, regirse por las señales de políticas públicas y objetivos sociales sanitarios requeridos por su red asistencial y expresados en el Régimen de Garantías en Salud, para determinar la estructura de servicios desde las «necesidades» de salud y bienestar de las personas y no desde las presiones que la industria y otros actores pueden hacer para generar oferta y demanda.

Así mismo, debe considerarse la costo-efectividad de las intervenciones, lo que guarda relación con las decisiones que se toman en el ámbito de cómo se produce lo que hay que producir, e introducir herramientas de gestión clínica, como la protocolización de actividades y procesos clínicos basados en la evidencia, para determinar racionalmente en razón de los resultados esperados y de los recursos disponibles, la mejor ecuación en torno a la tecnología que se incorpora, la utilización de procedimientos o la definición de perfiles de idoneidad del recurso humano.

Por lo tanto el verdadero reto a los establecimientos, para la función pública y social que deben cumplir, estriba en definir adecuadamente cómo dar una respuesta que satisfaga eficazmente las necesidades de salud de la población, expresadas en las solicitudes de la red asistencial, basada en criterios clínicos y gerenciales, a la vez que lograr una mayor calidad percibida por las personas y un mejor uso de los recursos desde el punto de vista de la eficiencia; ello implica equilibrar esta multiplicidad de objetivos con creatividad y flexibilidad en cada experiencia local.

Para esto es clave que el hospital se adapte a las señales políticas y financieras precisas y transparentes de *qué hacer* emanadas desde la autoridad sanitaria, la red asistencial, y desde la sociedad; que utilice los nuevos instrumentos de gestión que la ley 19.937 le da en los ámbitos del *cómo hacer lo que hay que hacer*; que tenga regulaciones y controles de los resultados del “*qué hacer*” y de la calidad en los procesos involucrados en el “*cómo*” (control de gestión); que tenga sistemas de rendición de cuenta a la autoridad sanitaria y a la sociedad y que responda públicamente por sus resultados de gestión (control social). No hay que olvidar que las decisiones sobre el “*cómo*” hacer determina en gran medida los resultados, por tanto todas éstas deben ser tomadas con visión de red.

Hoy, los usuarios de los sistemas hospitalarios, la red asistencial y el Fondo Nacional de Salud, presionan crecientemente por obtener servicios de mayor calidad, sin que estos impliquen mayores costos. El tema de la sustentabilidad económica financiera y el impacto o rentabilidad social, que tienen sobre la equidad, no puede entenderse ajeno al debate moderno de la ética sanitaria y es en torno a estos conceptos donde se debe establecer las reflexiones sobre el futuro de la gestión de los establecimientos hospitalarios en Chile.

Finalmente, la «función social» del establecimiento, como organización de prestación de servicios, no debe quedarse en su versión más restringida de atención de la enfermedad. Implica además, funciones conexas de responsabilidad hacia la comunidad circundante. Hay una responsabilidad económica-social, como importante generador de empleos, formador de recursos humanos indispensables

para el país, y muchas veces relevante actor económico y de desarrollo de una localidad. También una responsabilidad de apoyo al nivel primario de salud para potenciar el rol preventivo y de anticipación al daño, y el fomento de la participación comunitaria en salud. Hay una responsabilidad en no contribuir negativamente en el medio ambiente; de aportar constructivamente a las acciones locales sobre los determinantes sociales de la enfermedad, y a las estrategias locales para incidir en estilos y hábitos de vida saludables.

5. Participación, Comunicación, y adhesión de los actores en el nuevo modelo

Hoy día, la búsqueda del mejoramiento continuo al interior de las organizaciones obliga a tener una mirada constante sobre la realidad. Esta última sin embargo no puede ser explicada solamente desde los directivos de la institución pues esa visión será siempre incompleta. Es indispensable la mirada que sobre la misma realidad tienen los diferentes actores que actúan e inter-actúan en ella y también buscan modificarla³. Para ello es indispensable crear espacios de interlocución y participación. Ello ayudará además a mejorar la comunicación, a establecer alianzas y «redes de colaboración».

Para ello deben generarse y desarrollarse espacios de participación en los establecimientos y redes asistenciales, tanto para canalizar las inquietudes de los usuarios, de los diferentes actores de la red asistencial –fundamentalmente la atención primaria- y de los miembros de la propia institución, como para la búsqueda de soluciones y control de la gestión asegurando que ésta última vaya hacia el interés común. Estas instancias son vitales además para involucrar a todos en el proceso de diseño de planes de acción que aseguren su éxito al construirse participativamente, para transparentar la gestión pública y para comprometer a los involucrados en los procesos asistenciales, así como a sus usuarios, en los resultados de la institución. Para esto último es clave establecer una suerte de «compromiso» personal, en cascada, desde la Dirección hasta cada uno de los miembros de las organizaciones; es clave que los cambios de procesos se hagan con los actores de los mismos, que son quienes mejor saben los detalles a relevar.

Las conversaciones, acuerdos y modificaciones de procesos deben traducirse en compromisos explícitos y formales. Instrumentos tales como compromisos o convenios de gestión entre la Dirección del Servicio y la de los establecimientos, y a su vez de las Direcciones de los establecimientos con sus respectivas unidades permiten expresar los cambios en metas, especialmente, de calidad y producción. Al existir compromisos con la ciudadanía, éstos hay que traducirlos, para hacer lo anterior viable, en compromisos con los equipos que realizan la actividad asistencial.

Esto requiere de un largo aprendizaje, no exento de ensayo y error. Los cambios planificados y controlados son vitales para poder cumplir con las garantías explicitadas a la ciudadanía, con las exigencias de la red asistencial y también para crecer como instituciones que van aprendiendo de su propio quehacer.

El liderazgo superior de la organización es responsable de promover y encauzar la participación de los actores internos y externos, recogiendo aportes y críticas para orientar los desarrollos de la institución. Los **mínimos** en el ámbito de la participación de actores son los obligados por ley: los consejos técnicos y consultivos en que funcionarios y usuarios aportan a la toma de decisiones institucional.

3 Mario Rovere, Planificación estratégica de recursos humanos, pp 71, OPS 1993, Serie Desarrollo de Recursos Humanos nº 96.

II. GESTIÓN HOSPITALARIA, UN MODELO EN EVOLUCIÓN

1. El antiguo modelo de gestión hospitalaria

Bajo el influjo de las ideas y conceptos del desarrollo industrial, con los aportes de Fayol y Taylor⁴, los sistemas de salud se organizaron en niveles jerárquicos, con responsabilidades y competencias definidas para cada nivel. Este modelo reproducía por lo demás la más antigua tradición hospitalaria desde su concepción al alero de las fuerzas militares o religiosas del renacimiento.

Por otra parte, los sistemas de salud, se fueron desarrollando en base de una organización piramidal de servicios con baja complejidad y alta cobertura. Al otro extremo, en la cúspide de la pirámide asistencial del sistema de salud, se encontraba el hospital, definido como entidad de alta complejidad y baja cobertura.

A su vez, el componente hospitalario de los sistemas de salud presentaba establecimientos con diferentes niveles de complejidad, desde los hospitales básicos o generales, muchos de ellos rurales, hasta los hospitales de referencia nacional y/o institutos de especialidad (Neurología, Traumatología, Oncología, etc.) en el vértice de la pirámide de atención hospitalaria.

Resulta fácil entender que la organización interna del hospital, nuevamente, reprodujera el paradigma burocrático weberiano predominante⁵. En la cúspide de la organización se ubicaba el Médico Director mientras que la base de la pirámide hospitalaria estaba constituida por los operadores de los servicios clínicos que se brindaba a los pacientes.

El modelo burocrático de la organización hospitalaria favoreció el que las necesidades de los prestadores, fueran las fuerzas dominantes en el desarrollo de la organización hospitalaria. El prestigio médico estaba asociado a la práctica hospitalaria y a la súper especialización, y quienes ejercían su profesión en niveles ambulatorios, especialmente de atención primaria, solían ser considerados de un nivel inferior. Esta situación, quizás en grado algo menor, también se encontraba presente en otras profesiones de la salud y en estamentos no profesionales, entre quienes predomina una cierta visión social respecto a que el desempeño laboral intra hospitalario tiene mayor prestigio que el ejercicio en niveles ambulatorios.

El paso de los médicos generales a médicos de especialidades básicas, se acompañó del desarrollo de algunos hospitales especializados en atención de niños (hospitales infantiles) o atención maternal (maternidades). En estos mismos establecimientos, así como en los hospitales generales, el desarrollo de las sub-especialidades (cardiología, nefrología, hematología, etc.) generó una presión por el desarrollo de servicios o departamentos clínicos de especialidad, los que pasaron a constituirse en parte de la estructura organizacional del hospital, tanto en su componente de atención cerrada como en la atención ambulatoria en policlínicos de especialidad adosados a los hospitales.

Los servicios clínicos fueron desarrollándose, incorporando procedimientos diagnósticos y terapéuticos, lo que a su vez se fue expresando en estructuras departamentales que se agregaron a los organigramas de los hospitales. Las unidades de arritmia en los servicios de cardiología, las unidades de diálisis en los servicios de nefrología y las unidades de endoscopia en los servicios de gastroenterología, pueden mencionarse como ejemplos de esta tendencia de la organización hospitalaria a irse ajustando a las necesidades de la incorporación de tecnología y la necesidad de desarrollo de los propios prestadores.

4 citado de "Tendencias de cambio en los modelos de atención y en la gestión del hospital. "La Transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe". OPS 2001

5 Id. 5

El desarrollo y complejización del hospital asociado a la expansión y diversificación de las especialidades médicas, favoreció la constitución de diferentes categorías de profesionales, y de paso fragmentó los cuidados de enfermería que se organizaron en estancos paralelos a las especialidades o servicios clínicos.

Esta particular visión y valoración social de los actores determina que el núcleo de mayor influencia en el sector salud se concentrara en los médicos como profesión y en los hospitales como ubicación. Se conformó así un modelo de poder en torno a los médicos especialistas hospitalarios, quienes en el ejercicio de su influencia han obtenido desarrollos adicionales de sus respectivos ámbitos de influencia en el hospital. Esto, a su vez, aumentó el peso de influencia de estos especialistas, los que han tenido mayor poder para volver a lograr nuevos desarrollos en función de sus intereses, los que siendo legítimos, no necesariamente concuerdan con los intereses del conjunto de la red asistencial, ni tampoco con aquellos de los destinatarios de los servicios que ofrece la red.

La mayor complejidad de la estructura hospitalaria derivada de la progresiva incorporación de nuevos servicios clínicos, se fue traduciendo en una ampliación de la base de la pirámide organizacional del hospital. La creación de unidades dentro de los servicios, a su vez agregó nuevos niveles que burocratizaron aún más las relaciones entre quienes se encontraban en la base y en la cúspide de la pirámide hospitalaria.

En consonancia con el modelo burocrático, cada uno de estos servicios, e incluso las unidades dentro de un mismo servicio, pasaron a constituirse en unidades especializadas en determinadas tareas. Este desarrollo, sin embargo, fue originando compartimentos estancos con escasa capacidad para relacionarse con otras unidades estructurales de la organización. Se ha llegado al extremo de aceptar como normal, e incluso como algo deseable, que algunos servicios clínicos tuvieran, no sólo sus propias camas, sino que también sus propios servicios de apoyo diagnóstico. De este modo, departamentos como nefrología, hematología y endocrinología, entre otros, bajo el argumento de la especificidad de sus requerimientos, desarrollaron sus propios laboratorios.

Las características de la cultura del equipo de salud, el requerimiento de permanente progreso de los profesionales, el reconocimiento de los pares con base en el dominio actualizado de las nuevas tecnologías, dejaron a los profesionales, particularmente los médicos, y a los establecimientos de salud, especialmente vulnerables a la influencia de los desarrollos tecnológicos tanto en materia diagnóstica como terapéutica. Por otro lado, una creciente industria farmacéutica y de equipamiento médico cada vez más poderosa, ha ido generando una presión capaz de inducir su propia demanda, lo que ha favorecido el desarrollo de la súper especialización con el consecuente impacto en la estructura hospitalaria.

Por otra parte la administración hospitalaria, desde la década de los 80, tuvo un fuerte énfasis en el control de los costos de las acciones que allí se realizan. Ello determinó un cuestionamiento de la gestión médica, por lo que, tanto en Chile como en el resto del mundo, se fueron incorporando a los equipos directivos profesionales del área administrativa, buscando realizar una “gerencia” más profesional, lo que significó en muchos establecimientos un verdadero choque de culturas que paulatinamente ha ido dando paso a una integración en equipos directivos multidisciplinarios con ventajas evidentes.

El desarrollo creciente de la estructura hospitalaria que profundizó el abordaje terapéutico de los pacientes desde las distintas especialidades médicas, paradójicamente, también significó que la satisfacción de las necesidades integrales de los pacientes, más allá de lo exclusivamente técnico-terapéutico, perdiera terreno como centro de preocupación y desarrollo del hospital.

La historia de nuestros hospitales, los hizo paulatinamente depender de los requerimientos de sus profesionales y hay numerosos ejemplos cotidianos: uso de las camas, forma de estructurar la agenda médica, horarios de atención. De allí surge la pregunta de quién es el cliente del hospital: el profesional; el paciente individual; la comunidad o la red asistencial. El modelo de gestión hospitalaria en reforma

responde que el cliente es la red asistencial y que la arquitectura organizacional debe girar en torno al usuario de los servicios, en un contexto de ciudadano sujeto de derechos.

2. Definición de modelo de gestión⁶: Redes de atención

Modelo de gestión es la forma como se organizan y combinan los recursos con el propósito de cumplir las políticas, objetivos y regulaciones de una institución.

Con el fin de sustentar el modelo de atención integral, se instala un Modelo de Gestión en Red que incorpora a todos los actores (establecimientos que interactúan en una red territorial) como responsables de los resultados sanitarios de su población.

Una red es un conjunto de personas u organizaciones, formales o informales, con su propia identidad, que independiente de su tamaño, régimen de propiedad y nivel de complejidad, comparten objetivos comunes, una misión explícita y generan actividades suficientemente definidas, diferenciadas y complementadas entre sí, que se entrelazan e interconectan con una multiplicidad de otras redes formales e informales en pro de objetivos también compartidos.

Una red puede poseer un territorio o población determinada, una estructura funcional y/o administrativa semejante a un sistema abierto y los componentes relacionarse entre sí de diversos modos: horizontal, voluntario, complementario y flexible. Desarrolla o adopta capacidad de coordinación, comunicación y gestión de la información y procedimientos para acreditar y reconocer a sus unidades, definiendo las características generales de ellas y sus propias normas de funcionamiento.

El lenguaje, la comunicación y los sistemas de información, son claves para la calidad de los vínculos, la efectividad de la red y su capacidad de adaptación. Las redes exitosas requerirán de claridad en los mecanismos de toma de decisiones, en la resolución de conflictos y en mecanismos de soporte financiero y de control de gestión coherentes con sus objetivos.

Por otra parte, la efectividad sanitaria exige a cada punto de una red, adaptar sus procesos productivos a las nuevas exigencias epidemiológicas y a las crecientes expectativas de los usuarios. Esto implica revisar críticamente la opinión de los usuarios, la relación costo-efectividad de las acciones y la calidad de sus procesos productivos, la adaptabilidad de sus recursos humanos, y las modalidades que adopta para organizar y gestionar su estructura y recursos.

Como ya se señalara, los sistemas de salud tienen como objeto proveer servicios destinados a promover, prevenir, recuperar o rehabilitar el daño en salud, con la meta de asegurar el acceso a una atención de calidad adecuada y a un costo razonable. El sistema de salud está compuesto, entre otros, por establecimientos que se organizan en niveles de complejidad, de acuerdo a un modelo de atención definido. Estos establecimientos se relacionan entre sí a través de sistemas de referencia y contra referencia de pacientes, conformando lo que se denomina una red de atención, al servicio de las necesidades de salud de la población de un determinado territorio a cargo.

La ausencia de funcionamiento en red y de capacidad de colaboración contribuye a explicar que en una localidad exista duplicidad y subutilización de recursos tecnológicos y humanos, mientras en otra localidad no están disponibles; que se efectúen procedimientos o intervenciones en un servicio de urgencia o en un hospital que pudieran haberse efectuado a menor costo, con mayor oportunidad y satisfacción del usuario en un centro de salud comunitario; o que personas vayan, por meses, de uno a otro lugar, sin que nadie se haga responsable de solucionar su problema.

6 Documento Modelo Integral de Atención en Salud, Ministerio de Salud, Subsecretaría de Redes Asistenciales. 2005

La red de salud en el modelo sanitario chileno tiene sentido, pues las personas resuelven problemas de salud de diferentes complejidades en diferentes establecimientos; así, un mismo **proceso clínico** por una enfermedad cualquiera tiene etapas que se desarrollan en el centro de salud familiar y etapas en que el paciente es derivado a especialidad, ya sea en forma ambulatoria u hospitalizado. El proceso clínico es, entonces la guía de la gestión en red y permite distinguir redes entre establecimientos, o redes que conectan procesos (“intra-redes”) al interior de un mismo establecimiento de salud. En los procesos clínicos se vinculan acciones, ya sea sobre un determinado grupo etario, programa de salud o patología; también entre unidades diagnósticas o prestadoras de servicios de apoyo con unidades clínicas. Lo central siempre será la voluntad de contribuir eficaz y eficientemente a procesos que se inician en la atención primaria y deben culminar allí, manteniendo la integralidad de la atención y visión coherente de los procesos. Esto último implica un continuo en que el establecimiento genera como productos un egreso o consulta al interior de procesos más amplios, en el contexto de personas comprendidas bio, psico y socialmente, en tanto partes de una familia y de una comunidad.

Dicho de otro modo, la red de atención se constituye en forma flexible sobre la base de satisfacer las necesidades de las personas en cuanto sujetos insertos en un contexto familiar y social, teniendo a la atención primaria, no como mera puerta de entrada, sino como estrategia privilegiada desde donde articular la resolución de dichas necesidades. Por lo tanto, la red se configura desde las personas y sus familias como sujetos protagónicos, y desde la atención primaria como espacio central.

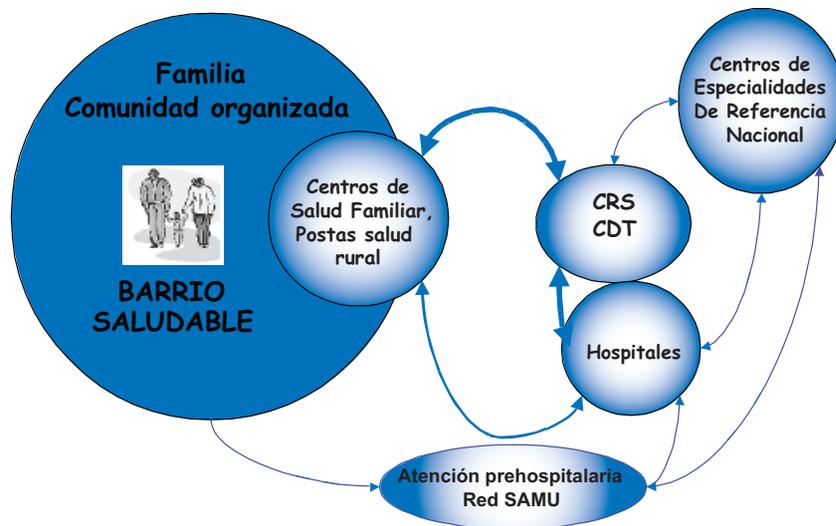
Es así, que las especialidades deben estar presente en un continuo: la persona en familia y comunidad; en un continuo espacial: hábitat-dispositivos de la red-hábitat; y en un continuo temporal: todo el ciclo vital. Y, los distintos procesos sanitarios deben ser mirados holísticamente teniendo a la atención primaria como eje y no reduciéndolos a las parcialidades con que suele reducirse los procesos al mirarlos sólo desde lo curativo, o sólo desde el espacio del tiempo en que un usuario ocupa una cama en un establecimiento hospitalario.

La propuesta de la reforma es articular redes de servicios que vayan: Superando la gestión burocrática y jerárquica; superando la línea divisoria entre actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación; superando las barreras gerenciales y funcionales entre el nivel primario y el especializado; Aumentando la capacidad de resolución; articulando la complementariedad entre prestadores públicos y privados de diverso tipo; garantizando la continuidad de la atención; aumentando la participación de las personas y el grado de control social.

Para que la red pueda cumplir adecuadamente sus propósitos, debe existir claridad acerca de: la misión de la red en su conjunto y los establecimientos o dispositivos que la conforman, el plan estratégico para lograr dicha misión, los servicios ofrecidos en todos los puntos de la red, el tipo y magnitud de las necesidades de las personas, los principales flujos de personas y sus problemas, las insatisfacciones existentes (por listas de espera o rechazos), la articulación con otras redes, su planificación, operación y control. De forma espontánea, esta información generalmente está sólo parcialmente accesible para cada establecimiento en forma individual y por ello se requiere una “administración de la red”, que es la función que la reforma entrega a los Servicios de Salud a nivel territorial y a la Subsecretaría de Redes Asistenciales a nivel nacional. Serán instrumentales claves para las definiciones de la red la información adecuada y pertinente, la priorización de inversión, los instrumentos para asignar recursos y las competencias para modelar a los distintos actores.

FIGURA 1.
Modelo de Red Asistencial⁷

Modelo de Atención Integral de Salud con enfoque familiar



3. El nuevo modelo: Organización hospitalaria y gestión estratégica

Un establecimiento hospitalario es una organización con algunas particularidades. Hoy día se acepta que una organización cualquiera es el conjunto de personas que la conforman, que interactúan para el logro de determinados objetivos, que se expresan en resultados. Esta definición no es menor puesto que hasta hace algunos años, se identificaba la organización con la estructura más que con las personas que la constituyen. Hoy día avanzamos hacia organizaciones en las cuales su principal activo son las personas que la constituyen.

La interacción de las personas en la institución tiene básicamente tres componentes, las declaraciones fundamentales, la estructura y la práctica real.

Las **declaraciones fundamentales** se sitúan en el plano estratégico de la institución, o dicho de otro modo en la capacidad de la organización de pensar estratégicamente, estableciendo las condiciones esenciales que dan sentido a los vínculos y al trabajo que las personas efectúan y originando identidad y resultados coherentes con dicha identidad. Dichas declaraciones, diferencian a la organización de su entorno, pero también la relacionan con él. Cualquier organización es dependiente de su entorno pero también lo influye. Las declaraciones fundamentales de una organización son:

- ¿Para qué existe?: La misión.
- ¿A quiénes sirve? o ¿Hacia quién está dirigida la acción? Red asistencial, usuarios.
- ¿Qué ofrece? Los productos de cualquier organización, se traducen en la definición del servicio que ofrece el establecimiento en concordancia con su red.
- ¿Cómo quiere ser? Son los principios y valores que la inspiran. Este aspecto es cada vez más relevante, especialmente en las organizaciones más modernas que han pasado del control burocrático a una acción más descentralizada y con autonomía de sus profesionales, basados fundamentalmente en aspectos valóricos comunes.
- ¿Cómo vamos a hacerlo? Estrategia y Política

Habitualmente estas declaraciones fundamentales se incorporan a la “Misión” y también se establece la “Visión”. Esta última es una imagen de largo plazo de lo que la institución quiere llegar a ser. Esta visión es importante, en la medida que sea compartida, puesto que identifica a las personas y las compromete en la búsqueda de esa imagen.

La existencia de una “visión” genera un norte estratégico, que permite identificar un horizonte institucional; una brecha entre lo que es actualmente la organización y lo que define su visión; una tensión para cerrar esa brecha a través de la definición de metas y objetivos estratégicos que definan los caminos para llegar, desde la situación actual, a la deseada. En esa búsqueda de rutas posibles para alcanzar con éxito los objetivos institucionales, ha demostrado ser útil la identificación de las fortalezas y debilidades que la propia organización tiene, de forma de aprovechar unas y revertir otras. Por otra parte, dado que las organizaciones interactúan, influyen y son influidas por el entorno, es importante conocer oportunidades y amenazas que el medio presenta a la organización, de forma también de aprovechar las primeras y enfrentar adecuadamente las segundas.

La planificación estratégica hospitalaria, es el proceso colectivo de definición de metas de corto, mediano y largo plazo para alcanzar objetivos estratégicos que permitan cumplir con la misión y hacer realidad la visión institucional, tomando en cuenta el entorno y los diversos actores que actúan sobre la misma realidad. Para el logro de dichas metas se deben definir los recursos que se requerirán, los plazos y los responsables de la ejecución, y los indicadores y mecanismos de evaluación y control para hacer seguimiento de lo planificado.

Más importante que contar formalmente con documentos de planeación estratégica, es el haberlos generado en procesos participativos que generen metas viables, modificaciones en la cultura institucional y con el resultado de haber involucrado a las personas en el logro de objetivos colectivos.

El segundo componente de la interacción en una organización es **la estructura** y responde a la necesidad de organizarse para cumplir los objetivos. Se establecen los roles que se requieren y cómo se organizan los recursos. Surge entonces el organigrama cada vez más dinámico en la medida que se ajusta a objetivos, y los cargos que también se van definiendo en torno a competencias y responsabilidades requeridas para esos mismos objetivos. Se estructuran los procesos y se establecen los sistemas de apoyo. Hasta hace poco la organización misma se confundía con la estructura y era ésta la que en definitiva determinaba los resultados de la organización. Estrictamente son los resultados buscados para el cumplimiento de los objetivos, los que deben determinar la organización necesaria para ello. Nos detendremos en la estructura organizacional más adelante.

El tercer componente de esta interacción es la **práctica real**, que está influida por los dos anteriores pero también por otros aspectos relevantes en cualquier organización: el cómo se hacen en realidad las cosas, las normas no escritas que están en la práctica diaria, el cómo se resuelven los conflictos; en suma, por la cultura de la organización.

Los conceptos aquí definidos son aplicables para cualquier organización y también para un establecimiento hospitalario. Lo que hace al establecimiento diferente y complejo radica por una parte en el tipo de servicio que se otorga, y por otra en las características del que provee el servicio.

Los productos y servicios hospitalarios son el conjunto de actividades o procesos destinados a satisfacer las necesidades o expectativas de cuidados, de atención y de información⁸. En realidad un establecimiento provee o “produce” múltiples servicios pero los más característicos son aquellos demandados directamente por el usuario externo, es decir aquellos que dicen relación con el diagnóstico y las indicaciones terapéuticas, incluyendo la gestión de los cuidados. Lo central en un hospital es la relación equipo de salud - usuario

8 Delfi Cosialls i Pueyo. Gestión Clínica y Gerencial de Hospitales, Ediciones Harcourt, Madrid, 2000, p 75.

que deriva en la indicación de terapias, eventualmente de exámenes y hospitalización que provee una especial intensidad en la gestión de los cuidados.

Distinguiamos entonces, algunos servicios que llamaremos finales, como son las altas de atención ambulatoria o los egresos hospitalarios, de servicios o productos intermedios como son los diferentes tipos de exámenes y consultas, la alimentación y tantos otros que son secundarios a la primera definición: cuál es el diagnóstico y cuál es la terapia indicada. La producción de dichos servicios o productos constituye el “corazón” del quehacer de los establecimientos los define y les da sus particularidades. A dichos procesos, realizados por personas –el equipo de salud– nos referiremos en los próximos párrafos.

El que provee el servicio característico, el personal que establece el vínculo con el usuario externo, es generalmente un profesional integrante del equipo de salud, muchas veces un médico, quien canaliza las expectativas, deseos y necesidades del usuario. En un establecimiento, son los profesionales que están en contacto con los pacientes, los que en forma generalmente autónoma y descentralizada toman decisiones sobre qué hacer a los pacientes y esas decisiones tienen repercusiones institucionales relevantes y también costos. El profesional clínico “no sólo dirige las expectativas, sino que también crea el servicio, induce la demanda de prestaciones o productos intermedios, dentro del propio centro o hacia el exterior”⁹, generando o determinando las acciones y por tanto los gastos para la institución.

Una de las estrategias fallidas para introducir control de gestión en la práctica clínica hospitalaria, fue la incorporación de directivos del área administrativa, separados de los equipos clínicos, que no lograron llegar a interactuar con o a convencer a éstos de la necesidad de racionalizar sus prácticas; por lo tanto, no produjeron los efectos esperados de otorgar un mejor servicio y controlar los costos. Lo anterior sólo se logra si se involucra a los que de verdad toman las decisiones que determinan las diferentes acciones hospitalarias, a través de administración con sentido clínico y con énfasis en el impacto sanitario.

La práctica clínica es entonces fundamental de analizar para la implementación de un modelo de gestión y ésta también ha sufrido sustanciales modificaciones. En efecto, la total autonomía clínica llevó a una alta variabilidad de prácticas, agudizada por la amplia disponibilidad tecnológica actual. Por otra parte, la variabilidad clínica es fruto de desconocer el aprendizaje y la investigación que provienen de análisis basados en evidencias. Ello ha comenzado a ser cuestionado por los propios usuarios, que disponen hoy de gran información.

A nivel institucional también se busca una disminución de la variabilidad, que permita incrementar la efectividad y eficiencia de las acciones y mejorar la planificación.

Este es el fundamento de la nueva tendencia de “gestión clínica”, que busca devolver a los clínicos la responsabilidad no sólo clínica sino también de la mezcla y uso de los diferentes recursos, con la conducción global del proceso, haciéndose responsable no sólo del paciente particular sino del conjunto de ellos.

4. El establecimiento del mañana

El establecimiento del mañana, es una organización amigable, integrada al sistema social del país, en permanente interacción con los otros componentes de la red de servicios de salud, con una imagen corporativa sólida, con resultados eficaces y eficientes, abierta al cambio y sensible a la retroalimentación y al control social.

Realiza, en conjunto y en coherencia con los demás dispositivos de la red, la atención integral de las personas mediante actividades de promoción, protección, diagnóstico precoz, recuperación, rehabilitación

⁹ Delfi Cosials i Pueyo, op. cit. p. 47.

y cuidados paliativos, con un enfoque preventivo, entendiéndose la prevención como una conducta o actitud permanente que cruza todas las otras actividades; todo lo anterior expresado en un plan estratégico que deriva del plan del Servicio de Salud.

En una estructura basada en redes, cada nodo o dispositivo que la integra, tiende a entenderse como un par, que contribuye desde sus ventajas comparativas al logro de objetivos sanitarios comunes, y por tanto, se rompe la arquitectura piramidal que colocaba en la base a los servicios ambulatorios locales y en la cúspide a la cama hospitalaria como sinónimo de súper especialidad. Hoy la complejidad, el conocimiento y la alta tecnología para la resolución de los problemas de salud pueden estar en distintos dispositivos de la red asistencial. En ese contexto, el hospital cumple el rol de efectuar procedimientos de diagnóstico, compensación y/o tratamiento, que por razones propias del usuario y su entorno o de la naturaleza del procedimiento clínico no pueden ser efectuadas en otro punto de la red. Su contribución a la red asistencial no radica exclusivamente en la cama hospitalaria, sino más bien en las competencias de su recurso humano y la disponibilidad de su plataforma tecnológica. Por lo tanto, aunque en el futuro se requiera de menos camas, tal como clásicamente se entendían, los establecimientos hospitalarios seguirán aportando en la medida que se adapten a los cambiantes desafíos de la red asistencial.

El hospital, como se ha señalado ya, es una institución compleja, de múltiples unidades, servicios y productos, que por su naturaleza requiere funcionamiento continuo en el tiempo y demanda la solución de emergencias sin interrumpir su actividad. El modelo de gestión debe reconocer estas particularidades y garantizar la minimización de los riesgos asociados al funcionamiento de todos sus componentes.

4.1. Gestión estratégica y cambio institucional.

En el cambio institucional se implican valores, personas, cultura y capacidad gerencial; se recibe influencias de condicionantes internos y externos; se enfrenta resistencia y obstáculos; ante tal complejidad, para definir el hospital del mañana se requiere de: (i) un proceso permanente de escucha (información) y reflexión (retroalimentación); (ii) un pensamiento y propuesta estratégica compartida (sentido o razón de ser); (iii) un liderazgo que conduzca el cambio; (iv) un plan compartido (participación organizada y corresponsable); y (v) una nueva competencia en la organización para «aprender a cambiar o aprender a aprender» (cultura de aprendizaje institucional).

Los elementos de complejidad planteados se integran y abordan mediante el pensamiento estratégico que es la tarea intencionada por medio de la cual la organización llega a las definiciones de nivel superior o «marco» que la guiarán hacia sus objetivos, en la forma en que intentará relacionarse con el ambiente y asignar los recursos para su acción. Para que los cambios se produzcan, junto a una visión de futuro, se requiere de personas capaces de orientar, catalizar y sistematizar dichos cambios. En los establecimientos públicos, se ha identificado como básico contar con los conocimientos y habilidades, con el apoyo político, con la capacidad de comunicar, comprometer, hacer responsable y evaluar el proceso por parte de los líderes de la organización.

Los establecimientos deben desarrollar una gestión que, escuchando y comprendiendo los fenómenos que conforman el entorno de la organización, sepan identificar y proyectarse a las necesidades de la red y sus usuarios, quienes exigen respuestas crecientemente flexibles, oportunas, efectivas y eficientes.

Es así, que los establecimientos necesitan desarrollar la capacidad estratégica para cambiar intencionada y continuamente; por lo tanto, lo crítico para la construcción del establecimiento del mañana es la habilidad para aprender a cambiar, o lo que es lo mismo: la capacidad institucional para aprender a escuchar, comprender, adaptarse y desarrollarse.

El cambio institucional implica procesos y éstos fundamentalmente corresponden a cambios culturales o paradigmáticos que no son anecdóticos sino profundos a nivel de los campos cognitivos, actitudinales

y de las normas sociales, los cuales tienen la premisa de que sólo de manera consciente y voluntaria las personas modificarán su comportamiento.

En el cambio institucional están implicados valores, personas, cultura y liderazgo; se recibe influencias de condicionantes internos y externos; se enfrenta resistencia y obstáculos; hay luchas de poder entre los distintos grupos internos y externos involucrados o afectados que modulan los avances y retrocesos, como también hay aciertos y errores en tácticas o estrategias, a los que hay que estar dispuesto a encontrarse en el camino del cambio.

A través de un proceso estratégico, el equipo directivo puede elaborar planes y metas específicas para mantener la ruta en la “gestión del cambio”; ante las eventualidades y los imprevistos, hacer la evaluación de riesgos y poder evaluar y señalar los resultados para ir retroalimentando y modulando el ritmo del proceso. Cerrar brechas o avanzar hacia la realización de la imagen deseada implica decisiones estratégicas, que modifican en alguna forma la naturaleza de la organización. Constituyen oportunidades para el cambio situaciones como la introducción de un nuevo servicio, la ampliación de la cobertura, la adopción de nuevas formas de atención. Estas decisiones pueden plantear tareas de envergadura a la organización, pues repercuten sobre muchas de las funciones y rutinas anteriores; por ejemplo, las relaciones con nuevos usuarios, las prácticas y relaciones con los proveedores, la asignación de recursos, las habilidades y conocimientos de trabajadores, las relaciones informales.

El desafío impostergable de este tiempo es avanzar a la excelencia institucional en salud pública; esperamos avanzar sistemática y consistentemente a establecimientos hospitalarios de clase mundial hacia fines de la presente década.

a. El cambio de la cultura institucional

La cultura de una organización es el conjunto de referencias compartidas entre todos, como resultado de una historia y de significados comunes que se dan a las situaciones y a las relaciones mediante el lenguaje cotidiano. La cultura se forja y modifica en las relaciones de cotidianidad de la organización. Los procesos de cambio en organizaciones de salud, no pueden entenderse sino como proceso de cambio de cultura, de cómo las personas se replantean valores y conductas en su quehacer y relaciones diarias.

Los elementos críticos de la cultura organizacional, con relación a un proceso de cambios, son la confianza y el sentido de pertenencia a la organización por parte del conjunto del personal. La actual cultura hospitalaria aún tiene fuertes elementos de desconfianza frente a la autoridad, de desinformación que genera rumores, de conversaciones subterráneas que nunca se expresan abiertamente y formalmente. Es en esos espacios de cara oculta, donde se empobrece la cultura organizacional y surge la desconfianza, la resignación, el resentimiento y la desesperanza en que algo puede ser mejor. Sin embargo, junto a estos factores negativos, en la tradición del sector hospitalario existe un alto grado de adhesión institucional: el funcionario asigna gran valor a su pertenencia a una organización hospitalaria y tiene una fuerte estima de sus capacidades y habilidades técnicas y eso es un activo y un punto de apoyo para que, preservando ese sentido de pertenencia, la cultura pueda cambiar hacia nuevos valores consensuados.

La comprensión de la cultura organizacional y el proceso de cambio, tiene que ver con la capacidad o disposición que las personas tienen para desarrollar un clima de aprendizaje permanente. La cultura organizacional propicia al cambio es, en definitiva, de aprendizaje y desarrollo continuo de nuevas capacidades de realizar más y mejor las prácticas constitutivas de la institución. Lo habitual de nuestra cultura hospitalaria tradicional era su apego al statu quo, el mayor desafío será mover esa cultura a una que valore por sobre todo el desarrollo de capacidades continuas de aprendizaje y de validación de los procesos en relación a evidencia.

La cultura tiene que ver con la comprensión y el cuidado del ambiente laboral, del clima organizacional. Esta es la dimensión subterránea de una cultura de la que muchas veces no se habla pero en la cual se encuentran los principales factores que afectan todo proceso de cambio cultural. El clima de la organización influye en la motivación de las personas, el desempeño, la satisfacción, la forma de establecer relaciones con otras entidades, que manifiestan sus integrantes. Las organizaciones tienden a atraer y conservar a las personas que mejor reaccionan o se adaptan a su clima, y tiende a deprimir o “aplanar” la iniciativa y el entusiasmo de nuevos integrantes. Una frase nefasta en los establecimientos hospitalarios, y que debiera ser transmutada es “siempre se ha hecho así”.

Se hace fundamental, antes de iniciar cualquier proceso de cambios, “escuchar” y permear la cultura. Cada hospital posee su propia cultura, sus “héroes” institucionales; sus tradiciones y métodos de acción que en conjunto definen el clima de la organización. El clima organizacional es el ambiente humano dentro del cual realizan su trabajo los integrantes de la entidad. No se ve ni se toca, pero tiene existencia real y contribuye a dar personalidad. Una de las formas efectivas de permear la cultura es desplegar al máximo en la organización la información y la participación; los fundamentos de las decisiones tomadas deben ser explicitados “hasta el cansancio” por los líderes y, mejor aún, los procesos de toma de decisiones deben ser participativos, con todos los actores involucrados representados, en espacios de trabajo multiestamentarios.

Conocer cómo realmente funciona una organización en términos informales, se ha planteado en numerosas ocasiones como un elemento fundamental, a incorporar como variable cuando se hace un diagnóstico organizacional o bien un diseño estratégico de cambio, que debe estar enraizado profundamente en los recursos humanos y su cultura. En este mismo sentido, resulta interesante previo a la toma de decisiones el efectuar un estudio diagnóstico de clima organizacional^{10,11,12}, que puede ser utilizado como una herramienta de objetivación de elementos culturales de la organización para diseñar una estrategia de cambio participativo.

Los resultados de un estudio de este tipo, permiten visualizar en forma compartida la necesidad de generar cambios en el ámbito de la gestión del recurso humano, aspecto que luego debe ser recogido en la planificación estratégica del hospital. El cambio de cultura pasa necesariamente por un cambio en la gestión del recurso humano, lo que es el más grande y complejo de los desafíos que tienen los establecimientos hospitalarios.

b. La función de la dirección en la conducción del cambio

Cuando un grupo humano tiene la oportunidad de vivir la confluencia de un buen líder, de una misión seductora construida desde los valores de las personas y de un plan de acción compartido, está en medio de una oportunidad de cambio organizacional.

El director y, mejor aún, el equipo directivo, es un grupo - líder multidisciplinario, que debe movilizar a su organización en el cumplimiento de su función pública, la cual debe ser incorporada en carácter de misión institucional y traducida a objetivos estratégicos precisos y verificables.

Para el cumplimiento efectivo de su misión, el equipo directivo debe comprometer a toda la organización para que, repensándose constantemente a sí misma, responda efectivamente a las necesidades de salud requeridas desde la red; se adapte con éxito a las condiciones socioculturales, económicas y políticas del medio; cumpla con los objetivos de producción requeridos por la red asistencial; se posicione adecuadamente en la percepción ciudadana como proveedor de calidad; y dé cuenta ante la comunidad

10 Artaza O. Olguín H. Vásquez C. Hospital Luis Calvo Mackenna: ¿Cómo prepara a una organización pública para funcionar en un modelo de “Autogestión y satisfacción usuaria?”. Cuadernos Médico Sociales XXXVIII, 3, 1997/28-37. Chile

11 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.

12 Marín, J.M.; Melgar, A. y Castaño, C. Teoría y Técnicas de Desarrollo Organizacional. Organización Panamericana de la Salud, PSDCG-T.10, Volumen III, Guatemala, 1989.

y los organismos públicos pertinentes (políticos y de financiación) de los resultados obtenidos con los recursos disponibles.

c. Gerencia pública y liderazgo en los establecimientos hospitalarios

El concepto de gerencia pública, que tiene una legislación específica (ley n° 19.882) y una entidad a cargo –el Servicio Civil–, en el contexto de la modernización del estado, plantea nuevos desafíos a la alta dirección de establecimientos de salud, los cuales son sinérgicos con el proceso de reforma sectorial.

En primer lugar, cuando se habla de gerencia hospitalaria en términos de una función pública (gerencia pública), debemos hablar de liderazgo y tener debida conciencia de estar viviendo un cambio paradigmático respecto de estas materias. El liderazgo y la gerencia ya no son lo que eran en las décadas pasadas: formas de conducción principalmente carismático, ligado a la concepción de que se nace líder, que no se aprende a serlo y por tanto es ejercido sólo por personalidades excepcionales.

El liderazgo se entiende como capacidad de influencia transformadora de la conducta organizacional. Hoy se le concibe más bien como un estilo de dirección, un conjunto de atributos o un perfil que es posible aprender. Esta concepción ha ayudado a superar la discusión de si el líder o gerente hospitalario debe ser un médico o un profesional de las ciencias económicas o administrativas, pues el énfasis se coloca en las habilidades y el conjunto de valores que una persona y su equipo deben poseer para cumplir con los objetivos que hoy la sociedad pide a los establecimientos hospitalarios.

El liderazgo implica aspectos relativos a la ética en la gestión, este concepto es mucho mas amplio que el que abarcan los comités de ética y se escapa del objetivo fundamental de este documento, pero es importante recordar que existe una ética de las empresas^{13,14} que el gestor y su equipo debe considerar al tomar cada una de sus decisiones.

Un equipo directivo, como líder transformador, se mueve entre la rutina, las constantes contingencias y el cambio; a su vez, se mueve desde la complejidad del presente y la coyuntura, hacia el largo plazo.

Entre las competencias deseables en un equipo directivo de establecimiento hospitalario destacan: competencias para generar confianza, seducir y motivar para la modificación de las conductas individuales y colectivas; competencias para pensar el futuro, sortear los obstáculos, generar alianzas, trabajar en equipo con respeto y lealtad, resolver conflictos y orientar la acción hacia el largo plazo; competencias para cuidar la “identidad” de la organización y su posicionamiento en el entorno; todos estos son componentes del estilo de dirección, que guarda relación con la participación, la delegación de responsabilidades, el trabajo en equipo y la capacidad de gestionar la incertidumbre en los procesos de cambio.

Un alto nivel de energía se debe focalizar en comunicar interna y externamente, y en evaluar y mostrar los resultados de los procesos, especialmente mostrando “hitos” de la marcha de éstos, reforzando siempre que se está en un proceso y que cada paso o actividad tiene su lógica en el contexto del proceso de avance global.

La mejor manera de comunicar es a través del contacto personal, generando espacios de diálogo activo; esto permite crear vínculos, evitar la distorsión de la información, recibir evaluación crítica del proceso y aportes que generalmente enriquecen, modulan o reorientan los avances. Esto implica crear las condiciones para que se inviertan centenares de horas en conversaciones en espacios formales e informales; éstas deben ser planificadas exhaustivamente, tener objetivos precisos y explícitos.

13 Escribar, Perez, Villarroel. Bioética, fundamentos y dimensión practica. Editorial Mediterráneo, 2004

14 Adela Cortina. Ética de la Empresa. Editorial Trotta 1994

Además del contacto personal, deben utilizarse los métodos clásicos de informar, tales como boletines, diarios murales, las reuniones y los medios informatizados. Así como en muchos hospitales se ha diseñado sistemas para recoger y analizar la opinión del usuario, para transformarlas en medidas correctivas o en propuestas de rediseño, es interesante también promover sistemas que permitan recoger las propuestas del personal con el fin de compartirlas y transformarlas en acción. Estos sistemas no sólo sirven para las propuestas, sino que también, dentro de reglas de respeto y responsabilidad consensuadas previamente, para descargar “molestias” y también para generar un canal a un potente aliado en los momentos duros de los procesos de cambio: el humor. Lo importante de estas iniciativas es que permite de alguna forma contrarrestar al gran enemigo de la comunicación durante los procesos de cambio: el rumor.

Junto a la comunicación, es vital desarrollar espacios de concertación, donde los temas se puedan transparentar, junto a los puntos de acuerdo y de disenso. Estos espacios de concertación, deben estar basados en la confianza y en reglas del juego claras y persistentes, que permitan un ambiente propicio para la negociación y resolución de conflictos.

Todo proceso de cambios implica riesgos, desde equivocaciones incidentales hasta errores que pueden dificultar seriamente la marcha del proceso. Nada más útil ante ello, que mantener los canales de participación ya mencionados, y usarlos para la autocrítica y para transparentar con humildad y franqueza tanto los éxitos, como las dificultades y los errores.

d. La resistencia al cambio

La resistencia al cambio es una reacción humana normal que se debe tener en cuenta siempre que se pretende hacer cambios. Los tiempos en que los cambios eran violentamente impuestos por las autoridades ya pasaron, la experiencia señala que basta que se retire la fuerza que impuso los cambios para que vuelvan “las viejas conductas”.

Los líderes, al gestionar la resistencia, deben ocuparse de cuatro dimensiones del cambio: personal, interpersonal, gerencial y organizacional. Tienen que “enseñar” a aprender y a creer en los desafíos, ya que las personas son capaces de hacer grandes cosas cuando piensan en grandes cosas. Es decir, “somos lo que pensamos que somos”. La clave de las técnicas que se utilicen para desencadenar el proceso estará en cuán exitosas sean en convocar a un pensamiento “común” de un nuevo establecimiento.

No es raro encontrarse con que en oportunidades se ha decidido instalar un cambio, se ha hecho todo lo necesario, pero el cambio no funciona y no es practicado. Los síntomas que evidencian la no utilización de las nuevas prácticas suelen ser los siguientes, ordenados desde lo leve a lo grave: La innovación fue tácitamente aceptada, pero no está siendo usada; existe indiferencia por parte de algunas personas o grupos completos; se manifiestan contra argumentaciones sin ninguna base real; las innovaciones son ridiculizadas, como faltas de sentido e inteligencia; existe un marcado esfuerzo por anular los efectos del cambio; la implantación de la innovación se dilata sin motivo alguno. Estos síntomas son generados por algunos motivos que a la postre son los que se deben identificar y eliminar para minimizar la resistencia al cambio.

Cualquier intervención en un proceso, sea de orden técnico, organizacional o administrativo implica un cambio social, esto es, que al innovar se crea una amenaza a la continuidad de las relaciones existentes entre los individuos que se verán afectados. La cultura social es un conjunto de actividades y hábitos aprendidos que relacionan a un grupo de personas y hacen que se valore de diferente forma cualquier conducta o acción.

Por su parte, los individuos resisten a las innovaciones por ansiedades e inseguridades: temor de asumir riesgos con los cuales no están familiarizados; temor a tornarse prescindible en su cargo por efecto del cambio; temor de no ser capaz de desarrollar las nuevas funciones; incapacidad o falta de disposición a

adquirir nuevas habilidades o comportamiento; pérdida de influencia en decisiones a nivel de su antiguo puesto; pérdida o disminución de control sobre recursos; Reducción de prestigio o reputación.

Debe también tenerse presente que es más difícil readaptar la cultura de un grupo que de un individuo. Los grupos, como tales, también resisten al cambio en la medida que el poder del grupo es amenazado, que las normas y valores existentes no se respeten, que los cambios se basen en información que es considerada irrelevante o poco confiable.

e. Cómo instalar cambios con resistencia reducida

Lo primero es hacer un diagnóstico de los puntos que tienden a producir resistencia y luego estructurar un proceso con sus actividades bien definidas. En el diagnóstico, hay que considerar: ¿Cuál es el tiempo que se tiene para completar el cambio? ¿Cuál es la intensidad de perturbación política y cultural que se creará? ¿Quiénes serán afectados por el cambio? ¿Quiénes serán los grupos o individuos que apoyarán o resistirán el cambio? ¿Cuáles serán los motivos para apoyar o resistir el cambio? ¿Cuál será la importancia relativa de estos individuos o grupos para el éxito del cambio?. Una vez estudiado y diagnosticado el efecto del cambio, se sugiere las siguientes medidas o técnicas para gestionar la resistencia:

- ❑ **Transparencia:** Informar a toda la organización, tratando de reducir temores y ansiedades. Si se han detectado personas o grupos de mayor resistencia, hay que dedicar mayor atención a éstos.
- ❑ **Participación:** Involucrando a las personas que serán directamente afectadas en el planeamiento y el contenido del cambio, con lo que se logrará disminuir la resistencia. Las personas tienden a dar apoyo a lo que han ayudado a crear.
- ❑ **Educación y entrenamiento:** Es imperativo entrenar a los afectados, ya que cualquier cambio significa olvidar hábitos y adquirir nuevos, aun más, los involucrados en el cambio deberán adquirir nuevas experiencias y olvidar experiencias pasadas, esto es lo que hemos definido como capacitación estratégica (aprender a aprender).
- ❑ **Tiempo:** Se vio que la resistencia al cambio es mayor si se pretende hacer en un corto plazo y disminuye si el cambio es hecho en plazos mayores. Si se estima que el tiempo es escaso, se requerirá una estructura de poder reforzada, y si es necesario habrá que reforzar este poder antes de efectuar el cambio, ya que un cambio fallido es doblemente resistido en un segundo intento.
- ❑ **Secuencia:** Los cambios se pueden hacer en grupos piloto, con la ventaja de poder elegir grupos de baja resistencia, analizar los efectos, corregir y mejorar procesos; si el cambio es exitoso, puede esperarse un efecto de contagio ya que cuando otros grupos o individuos se percatan del éxito querrán imitar. Instalar los cambios en módulos, es decir en partes para ir completando el cambio en forma gradual es otra forma de enfrentar estratégicamente el proceso.
- ❑ **Aplicación de técnicas de desarrollo institucional:** El logro de cambios exitosos y sustentables, requiere de la utilización de técnicas modernas de desarrollo organizacional, desde la planeación estratégica; el mapeo de actores; técnicas de manejo de conflictos. Es clave comprender que cambios complejos no pueden acometerse de forma “amateur” y deberán buscarse las competencias y apoyos necesarios.

4.2. Gestión estratégica de las personas que trabajan en el establecimiento

a. Una gestión por valores.

Las empresas de servicios son intensivas en el uso de recursos humanos, a diferencia de las empresas productoras que tienen una mayor proporción de tecnología dura. Las instituciones de salud, son conjuntos de personas que brindan servicios a personas. Puede llegar a decirse que las empresas de servicios no son sino las personas que las constituyen; por lo mismo, la gestión de recursos humanos es de importancia estratégica para la institución.

Los funcionarios no son un recurso similar a otros. Sólo las personas realizan acciones que construyen la sociedad y la orientan hacia un derrotero definido; en esta medida, el carácter deliberante del recurso humano, le permite proyectar su acción en una dirección determinada. En otras palabras, la capacidad de elegir de las personas es una característica particular, que constituye la identidad (creatividad, libertad y responsabilidad) del sujeto. La gestión del RRHH consiste en el arte de apelar a los valores de las personas para que éstas voluntariamente opten por dar lo mejor de sí, modificando su conducta si ello fuese necesario, de tal manera de cooperar eficaz y eficientemente a la consecución de las metas y objetivos institucionales; a esta visión se le denomina gestión por valores.

Desde una mirada humanista de la gestión, la persona es el centro de cualquier quehacer en los servicios; en primer lugar el usuario, y luego el miembro de la institución. El trabajo es un elemento esencial para el desarrollo de las personas. Por tanto, el trabajo en salud debe entenderse en su doble significación, por una parte como contribución a la calidad de vida de los usuarios de los sistemas de salud, y por otra, como contribución al desarrollo de quienes allí trabajan. Por ello, hay que prestar atención a la dignidad de las personas que trabajan en los establecimientos, sus derechos y sus necesidades. Dentro de esto último, hay que comprender y respetar los aspectos culturales, de género, de preferencia sexual y todos aquellos derivados de la diversidad propia de los grupos humanos.

Las personas que trabajan en la organización tienen una importancia estructural y se constituyen en factor crítico para cualquier cambio que se proponga; esto se vuelve aún más complejo en la medida de que es el personal existente actualmente en el sector, el que protagonizará las transformaciones necesarias. Por tanto, un establecimiento debe entenderse como un conjunto de personas sirviendo a personas, lo que implica que los complejos procesos tecnológicos y productivos que allí se desarrollan, se deben ver como el resultado de la voluntad, la inteligencia, el conocimiento y la emocionalidad de quienes están involucrados en ellos.

Cuadro 1. Paralelo entre gestión normativa y Gestión por valores¹⁵

	GESTIÓN NORMATIVA	GESTION ESTRATEGICA DE VALORES
Concepción	Fuerza de trabajo, no protagonista	Factor estratégico
Políticas	Predeterminadas externamente	Diseñadas por y para el establecimiento
Planeación estratégica	Inexistente	Guía para el trabajo institucional
Manejo financiero del recurso humano	Administración del rol de pagos	Planificada y financiada (incluyendo presupuesto para reconocimientos, capacitación en servicio y desarrollo)
Selección	Criterios generales y acceso clientelar	De acuerdo a perfiles profesionales acordes a la demanda institucional requerida para satisfacer necesidades de la red
Condiciones de trabajo	Desestima importancia de Clima laboral Conflictividad laboral larvada o manifiesta	Diagnósticos e intervenciones planificadas sobre clima organizacional Política de relaciones laborales Solución negociada de conflictos
Motivación e incentivos	Baja, incentivos negativos (menor esfuerzo, evasión del trabajo, ausentismo)	Parte de la política de reconocimientos, que impulsa la autorregulación y la responsabilidad profesional.
Evaluación del desempeño	Bajo nivel de desempeño del personal e insuficiencia de criterios de evaluación sin relación con políticas de retribución	De acuerdo a resultados y competencias requeridas para la contratación. Ámbitos individual y colectivo
Educación	Asistemática, sin relación directa con necesidades estratégicas del hospital	Proceso sistemático de entrenamiento en servicio de acuerdo a las necesidades educativas ajustadas a los procesos de trabajo.
Sistema de información	Muy poco desarrollado	Diseñado para la institución como criterio fundamental para la toma de decisiones.
Quién administra el recurso humano	Unidades de personal aplicando la legislación vigente con baja participación en las decisiones institucionales	Alta gerencia institucional

El cambio en la cultura organizacional del establecimiento hospitalario, que fue explicado previamente, tiene en los recursos humanos el núcleo estratégico que puede determinar el éxito o fracaso del proceso, así como el ritmo y velocidad del cambio.

Lo tradicional en nuestros hospitales era la existencia de unidades administrativas del personal, que se limitaban exclusivamente a los temas burocráticos de registro y control. Actualmente el énfasis está puesto en el desarrollo de políticas propias del establecimiento en materia de recursos humanos, concordantes con su plan estratégico. Dentro de dichas políticas resalta la importancia de la definición de perfiles de los cargos, y de procesos de reclutamiento y selección concordantes con aquellos; el énfasis en la capacitación continua, las políticas de reconocimiento, los esfuerzos por conocer y mejorar el clima laboral, por establecer una visión de desarrollo de las personas que trabajan al interior del establecimiento;

¹⁵ Fuente: La Transformación de los hospitales en América Latina y el Caribe. OPS 2001. OPS/OMS 1996/FESALUD 2000 / ARTAZA, O. FUNDARED 2000. Elaboración: FESALUD 2000 (Dra. Mónica Padilla, Dr. Fernando Sacoto, Dr. Alfredo Campaña)

las innovaciones que se están realizando en el ámbito de la evaluación del desempeño; y los recientes cambios legislativos en materia laboral del sector salud, que permiten estimular el cumplimiento de metas.

Una fortaleza de los campos laborales del área de los servicios, es que éste encanta y motiva a las personas desde su humanidad; esta vocación debe ser destacada por el liderazgo superior de la institución.

La actual legislación ofrece interesantes posibilidades al gestor hospitalario para que el recurso humano de que dispone se adapte mejor a los requerimientos sanitarios. Está claro que el cumplimiento de los requerimientos de la red asistencial y del Régimen de Garantías en Salud, obligará a una capacidad de adaptación distinta a la tradicional. Dado que la rigidez hospitalaria y de su capacidad de oferta está determinada por sus factores productivos, es evidente que en la medida de que el gestor pueda disponer de mayores herramientas en el ámbito de la gestión del recurso humano podrá tener mayor capacidad de respuesta. En esa línea, la actual legislación posibilita al Establecimiento de Autogestión en Red, que pueda transferir personal a la red, o que pueda contratar a personas naturales y/o jurídicas para realizar tareas que le son propias; estas herramientas le permitirán adecuar sus dotaciones y competencias para responder a los requerimientos de forma eficaz y eficiente.

Del mismo modo, la legislación protege los derechos de los trabajadores, su estabilidad laboral, la transparencia de los ascensos y cambios de función. La estrategia de implementación de los cambios debe considerar siempre el sumar a las personas, informándolas y dialogando los cambios propuestos que, en un contexto participativo, en la mayoría de las ocasiones logran concitar el apoyo y colaboración de las personas sujeto de éstos y reducir las resistencias pasivas o activas.

b. La gestión del recurso humano y el cambio de cultura

No es posible pensar en un establecimiento hospitalario que sea armónico con el nuevo modelo de gestión y que permita aprovechar todas las potencialidades que ofrece el nuevo marco legal si no se desarrolla, a través de la gestión del recurso humano, una capacidad estratégica permanente para promover el cambio institucional.

Los elementos constitutivos de la nueva cultura que debe servir como referencia al cambio en los establecimientos públicos son: principios de responsabilidad social; productividad; orientación de servicio al usuario; compromiso con el proceso global de desarrollo y por la excelencia institucional; sentido corporativo del riesgo y de la misión; participación e innovación; transparencia y rendición de cuentas; orientación al trabajo cooperativo en red. Todos éstos, son elementos que habrá que socializar en la construcción de una nueva cultura del establecimiento para el mañana.

Los procesos de cambio suelen generar resistencias, por lo que la gestión de las personas debe considerar hacerse cargo de las inquietudes de las personas que trabajan en la organización. La última década se ha caracterizado por profundos cambios que han afectado las reglas del juego en la prestación de servicios de salud. Esto último, ha sido particularmente notorio en la profesión médica, que ha visto modificarse substancialmente sus condiciones de trabajo tanto en el sector privado como público. La relación médico-paciente ha cambiado por los cambios culturales de los ciudadanos; ha disminuido la influencia de los médicos ante el ingreso de otras profesiones a la toma de decisión; ha disminuido la varianza de la práctica al introducirse protocolos y guías; y han aumentado las exigencias de eficiencia, productividad y calidad, por lo que el médico percibe que en pocos años se ha modificado su realidad laboral sin estar preparado para ello. En Chile, los profesionales no médicos tienen responsabilidades en actividades clínicas y no clínicas, y también enfrentan el desafío de ser parte de un equipo de salud integrado, transdisciplinario y consecuente con los nuevos paradigmas presentados; lo mismo para los profesionales del área de gestión y administración; todos desafiados a generar una organización en red,

en equipo, sana y donde sea tan grato trabajar como ser su usuario. Es evidente que esta realidad exige de respuestas inclusivas, proactivas por parte de quienes conducen los establecimientos.

c. El desafío de incorporar competencias para el desarrollo de las personas

En gestión hospitalaria resulta fundamental la capacidad de gestión efectiva de los recursos humanos, para generar un buen clima organizacional y contar con funcionarios motivados, calificados y disponibles según los requerimientos institucionales. Para esto es clave contar con el liderazgo suficiente para apelar al potencial y el compromiso de las personas, además de disponer de mecanismos de evaluación e incentivos que les permitan un desarrollo humano concordante con la misión y los objetivos fijados para la institución.

En la nueva legislación se propugna la generación de unidades especializadas y profesionales de recurso humano que puedan generar, desde el propio interior de los establecimientos, políticas compartidas que tiendan a generar un ambiente organizacional propicio para la implementación de una gestión clínica y organizacional de excelencia. Para ello, es esencial tener factores motivadores que reconozcan el esfuerzo por aprender, por modificar hábitos y conductas, y por mejorar la calidad y el desempeño. Para esto, la propia ley 19.937 avanza hacia un marco laboral que estimula el cumplimiento de metas, el mejor desempeño y el aprendizaje.

El rol de la capacitación para potenciar la capacidad de flexibilidad y disposición al cambio, frente a las actuales formas y costumbres en el modo de funcionar, es un elemento crítico para lograr el cambio deseado. Como ya se ha señalado, aprender a aprender será la principal herramienta estratégica para el cambio.

Los cambios sostenibles se logran cuando las personas cambian, y eso se consigue sólo cuando éstas han estado dispuestas a modificar sus conductas por propia voluntad. La conducta se puede modificar por temor o coerción (liderazgo autoritario) y dicha modificación permanece mientras se mantienen las causas señaladas; o se puede modificar porque la persona le ha reconocido autoridad (liderazgo) a otra por sus méritos, competencias, habilidades o calidad humana, y está disponible a modificar su propia conducta, dado que el líder y la organización han generado las condiciones que le provocan una necesidad interior de hacerlo, modificación que permanecerá indistintamente, esté o no el líder presente (cambio sustentable).

4.3. Gestión participativa

El apelar a la motivación de las personas y por tanto a que éstas estén disponibles a buscar objetivos comunes, modificando conductas si fuera necesario, requiere de un particular estilo de gestión y liderazgo, denominado gestión participativa. Este estilo viene a romper con el antiguo paradigma de comando y control o modo autoritario de ejercer el liderazgo. El modelo piramidal o jerárquico autoritario, parte del paradigma que sólo unos pocos saben lo que hay que hacer y al resto sólo le cabe obedecer. En dicho modelo, los “mandados” sólo cumplen con lo señalado mientras el supervisor está presente, lo que resultó potenciado con el antiguo paradigma del funcionario público que no tiene incentivos para trabajar mejor.

Actualmente en los establecimientos el conocimiento está repartido en muchos, y la necesidad de autonomía es gravitante en la toma de decisiones. Por otra parte, la mejoría continua de los procesos requiere de personas motivadas y comprometidas, dispuestas a contribuir con su inteligencia y conocimiento al perfeccionamiento de los procesos en los que está involucrada. Así mismo, hoy las personas comprenden a su trabajo como un medio para sus propios desarrollos personales. Por tanto, hoy los líderes tienden a ser más facilitadores que “jefes” en el sentido clásico.

En complementación con el cambio del estilo de liderazgo, las condiciones necesarias para los cambios organizacionales se dan en el contexto de la gestión participativa. Ésta, como ya se ha dicho, requiere del desarrollo de trabajo en equipo y de la comprensión de las dinámicas de los grupos humanos; se basa en líderes que han desarrollado competencias y habilidades en estos ámbitos (de allí que en la nueva legislación se haya optado por procesos de selección en el contexto de la “gerencia pública” que releven este nuevo perfil) y de una organización interna que facilite esta modalidad. Por lo mismo, la nueva legislación incentiva al establecimiento a desarrollar instancias de participación interna, de delegación en las unidades operativas o centros de responsabilidad, entendiendo a éstos como equipos comprometidos tras un resultado, con recursos determinados.

La participación al interior de la organización se da en forma estructurada en equipos y consejos técnicos, reuniones de centros de responsabilidad o unidades funcionales, comités temáticos, grupos de tarea, jornadas y seminarios de información y consulta, cuenta pública. En cada uno de estos niveles deben reproducirse los estilos de liderazgo, conducción, información y participación que este documento recomienda. Momentos particulares, como la realización del plan estratégico, del plan anual institucional y el de cada unidad; el desarrollo de la cuenta pública, o la implementación de un cambio profundo en procesos o modelos de trabajo, son espacios y momentos privilegiados para la participación y para la información de los miembros de la institución.

Una forma particular de participación la constituye la actividad gremial, que puede combinar en forma equilibrada los intereses propios de la relación laboral entre empleador y trabajadores, además de ser un canal de opinión y control social interno respecto del quehacer institucional.

5. Gestión de la actividad asistencial

La actividad asistencial es el corazón del quehacer del establecimiento hospitalario. Todos los esfuerzos para cambiar la gestión a los que orienta el presente documento conducen a que el establecimiento mejore la forma y los resultados de su actividad asistencial.

5.1. Aspectos generales y de contexto

El estado chileno, a través de las leyes de la reforma sanitaria, hizo la opción explícita de que el modelo de atención y de gestión en salud pública es en red asistencial; entonces, los procesos asistenciales deberán ser coherentes con el modelo (ver figuras 2 y 3), y articular los procesos clínicos en función de las necesidades de los usuarios y de la continuidad de la atención, generando resoluciones oportunas y devolviendo los pacientes a su entorno comunitario.

Significa, además, que los mayores esfuerzos deben ponerse en anticiparse al daño y en resolver los problemas lo más cerca de los usuarios y preferentemente en forma ambulatoria. Un desafío propio de la realidad epidemiológica del país es acentuar el auto cuidado y la promoción de la salud, lo que evidentemente lleva a un cambio casi radical en la naturaleza de las intervenciones, privilegiando a la promoción no sólo por su costo-efectividad, o su rentabilidad, sino por una razón ético-social.

FIGURA 2.
El desplazamiento de la ubicación de las intervenciones asistenciales
(modificación del equilibrio del continuo de atención)¹⁶

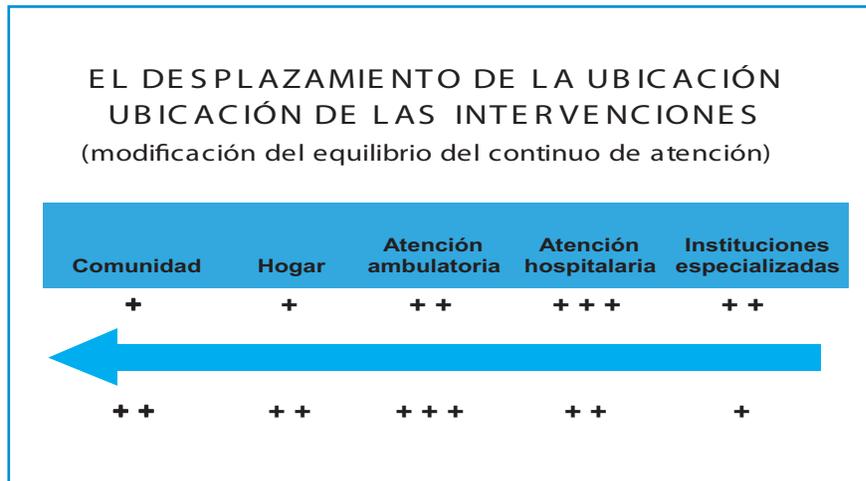


Figura 3.
El cambio en la naturaleza de las intervenciones¹⁷



Las figuras a continuación (4 y 5), ilustran el cambio que se requiere realizar para avanzar en la modernización de los servicios asistenciales. En la situación que predomina actualmente, representada en el sector izquierdo de la figura, el mayor poder, simbolizado por la cúspide de la pirámide organizacional, se concentra en la atención cerrada u hospitalizada, quedando la atención ambulatoria en la base, es decir, en el nivel más alejado de los espacios de decisión. La situación deseable en el futuro, en el sector derecho de la imagen, es la inversión de la pirámide, de manera que el nivel ambulatorio, desde el cual surgen las necesidades de atención de los pacientes que requieren hospitalización, sea el nivel que efectivamente module la demanda hospitalaria.

16 Adaptado de "La promoción de la salud, un eje en la reforma de salud, calidad de vida y reorientación de sistemas y servicios de salud". Dr. Daniel López-Acuña, Director División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud.

17 Id. 13

FIGURA 4.
La atención ambulatoria como centro de la reeducación de la red asistencial¹⁸

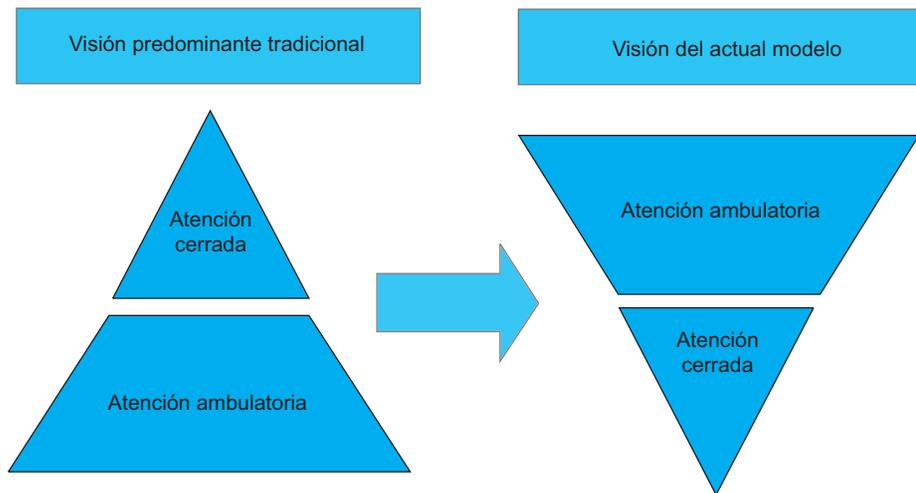
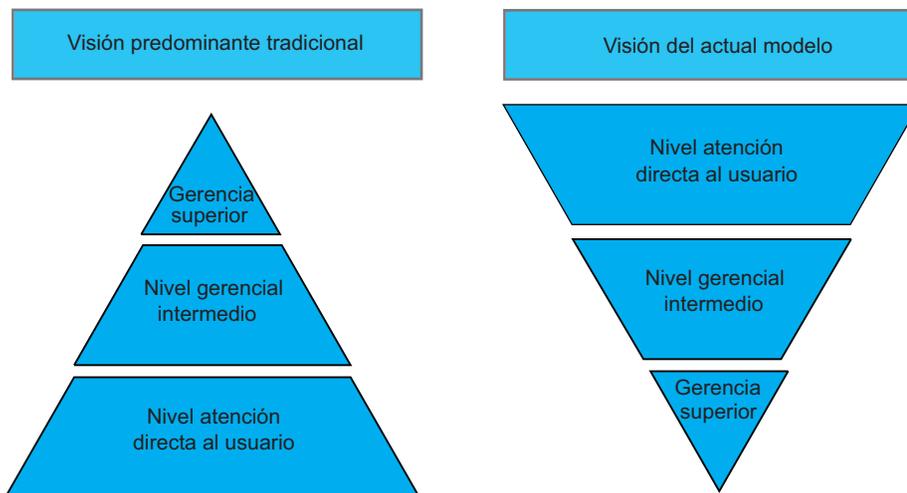


FIGURA 5.
El nivel de atención al usuario como centro de la reeducación de la organización hospitalaria¹⁹

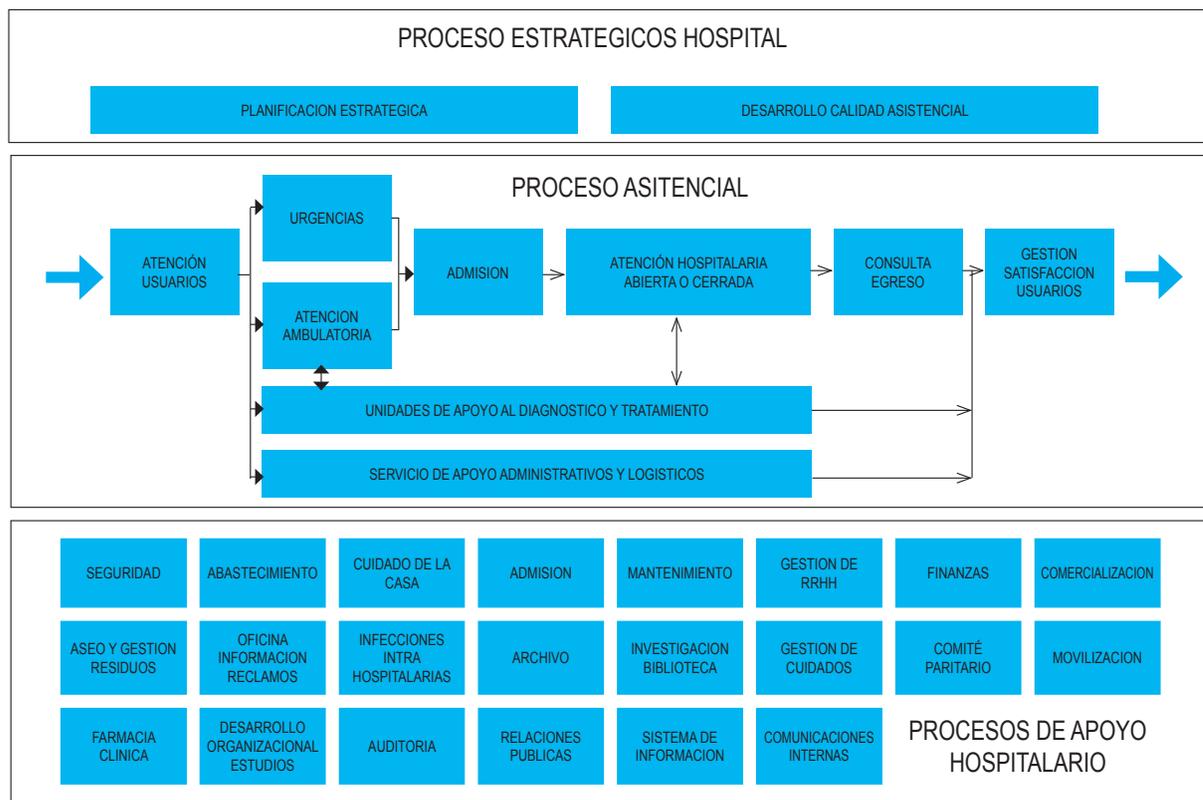


Como la organización debe seguir al modelo de atención, la organización hospitalaria debe avanzar a adquirir una estructura matricial, cuyo núcleo sea la organización por procesos de producción (ver figura 6). En este modelo, el elemento articulador de los diferentes procesos productivos es la necesidad del paciente individual, expresada en tipo de cuidado o parte del proceso clínico. Para ejemplificarlo, podemos definir un proceso: *cuidados quirúrgicos*, e identificar al responsable o encargado del proceso: *jefe de cuidados quirúrgicos*. En torno al proceso *cuidados quirúrgicos*, el paciente va teniendo distintas necesidades (exámenes pre-quirúrgicos, visita pre-anestésica, cirugía propiamente tal, recuperación post-anestésica, post-operatorio intra-hospital, seguimiento post-alta), todos estos componentes del proceso deben estar adecuadamente articulados, independientemente de cual sea el centro de responsabilidad a cargo. De esta adecuada articulación dependerá que el proceso clínico completo se cumpla con efectividad, oportunidad y calidad.

18 Fuente: División de Políticas y Gestión. Escuela de Salud Pública Universidad de Chile. O. Arteaga. "La Transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe". OPS 2001

19 Fuente: División de Políticas y Gestión. Escuela de Salud Pública Universidad de Chile. O. Arteaga. "La Transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe". OPS 2001

Figura 6.
Mapa de procesos hospitalarios



Fuente: Adaptado de *Gestión Hospitalaria*, 3ª edición, Temas y Costa I. Associats

El cambio de paradigma también se expresa en el paso desde un énfasis de coexistencia-competencia a una lógica de complementariedad-cooperación (redes internas) entre unidades clínicas y administrativas, entre plataforma tecnológica y unidades clínicas, entre atención abierta y cerrada, entre lo electivo y la urgencia, entre las unidades de pacientes más graves y las de cuidados más básicos.

Cada unidad productiva se relaciona como demandante o cliente de otras unidades, por ejemplo, hospitalización mujeres demanda exámenes al laboratorio, horas de pabellón a la unidad de pabellones, medicamentos a la farmacia; de esto resultará que cada unidad del establecimiento tendrá varios clientes o demandantes, a los cuales deberá responder con eficiencia y eficacia, y sólo la racionalidad clínica deberá operar a la hora de organizar o priorizar los servicios. Una gestión de esta naturaleza se debe traducir en recursos utilizados oportunamente y en secuencias lógicas y funcionales de uso de éstos. Cada actor pondrá el énfasis en el requerimiento de los usuarios prioritarios para la institución o para las prioridades sanitarias, a diferencia de la defensa actual de “mi paciente”, donde el sujeto es el equipo clínico con más poder en la institución. La programación del uso de los recursos debe considerar esta lógica de múltiples demandantes para cada actividad planeada.

Al definir los procesos y nominar los responsables de los mismos, es posible hacer más sólida la definición de objetivos, lo que permite a los niveles gerenciales del hospital evaluar el cumplimiento de dichos objetivos. Esta es, a su vez, la base para poder incorporar el control de calidad en la práctica cotidiana del hospital.

En suma, el cambio organizacional del establecimiento es un imperativo que se impone también a partir de la necesidad de integración en la red asistencial. Este concepto de red, plantea la cuestión de la continuidad de la atención, en el tiempo y en el espacio, entre los diferentes prestadores de servicios que

son el hospital y los demás establecimientos de salud, en especial los de atención primaria de la zona territorial de derivación a éste, así como también una cuestión de fluidez en la trayectoria de la atención al usuario.

5.2. Los cambios en el ámbito de la actividad clínica

Las unidades funcionales de un establecimiento hospitalario, de acuerdo al nuevo paradigma, serán un conjunto de servicios o unidades ordenadas en lógica de procesos clínicos; cada establecimiento definirá, por resolución fundada, las unidades funcionales que constituyen su organización interna, con su respectiva cartera de servicios. Cada unidad funcional debe tener programados sus recursos humanos, tecnológicos y financieros en forma anual.

El desafío para el establecimiento será organizarse en una red interna, que a la vez se articula con la red asistencial externa. Esta nueva organización implica importantes modificaciones en el campo hospitalario. En el nuevo paradigma, se da relevancia a **la acogida de los usuarios**²⁰ en el hospital (puertas de entrada), es decir, el sistema de admisión, las consultas ambulatorias y la unidad de emergencia. Por otra parte, también se pone énfasis en la **plataforma tecnológica** (conjunto de unidades de apoyo al diagnóstico o tratamiento) por su rol estratégico en la solución que demanda el usuario. Las nuevas modalidades de la atención son la consecuencia directa de esta doble prioridad.

La unidad de emergencia hospitalaria también presenta importantes modificaciones, derivadas de la tendencia a privilegiar, por parte de las redes asistenciales, modelos de atención de urgencia no hospitalarias, en la Atención Primaria (SAPUS), o a través de sistemas de atención pre-hospitalaria. Estos nuevos dispositivos debieran llevar a las unidades de urgencia de los hospitales a ser cada vez más “cerradas” a la demanda espontánea y más orientada a la derivación desde otros puntos de la red, especialmente la atención primaria.

Las reflexiones e investigaciones desarrolladas en varios países sobre el porvenir del sistema hospitalario, conducen a las mismas propuestas: garantizar a los enfermos un acercamiento global y pluridisciplinario de los tratamientos, es decir un acercamiento multi-órganos, multi-competente y transversal. Esto permite, no solamente « curar mejor », sino también « gastar mejor ».

La oncología es una disciplina que ilustra particularmente bien esta nueva organización hospitalaria. Su desarrollo se fundamenta sobre nociones de pluridisciplinariedad, de red de atención clínica y sobre protocolos terapéuticos evaluados. La atención en oncología, necesariamente tiene que ser global, pues, en muchas ocasiones un mismo paciente requiere diversos abordajes terapéuticos complementarios (atención médica, quirúrgica, radioterapia, quimioterapia, psicoterapia, cuidados de enfermería y nutricionales). Los éxitos terapéuticos en la oncología se fundamentan en estrategias terapéuticas multidisciplinarias, haciendo referencia a la conjunción sinérgica de varias disciplinas, incluyendo el pos-tratamiento, la atención paliativa y el manejo del dolor. Las exigencias de calidad y de respeto a los procedimientos experimentados, así como la evaluación de los resultados, son los garantes de la eficacia de estos tratamientos y de los procesos terapéuticos.

El ejemplo de la oncología también evidencia la importancia de las condiciones de la atención al usuario y la calidad de la misma, así como el carácter biológico y psicológico de esta asistencia y las opciones éticas que deben hacer los equipos de salud. En este sentido, hay casos en los cuales es preferible renunciar a un proyecto terapéutico curativo para privilegiar la calidad de vida y la atención paliativa.

En el ámbito de la atención de adultos, es posible prever una acentuación de los fenómenos que ya se están observando respecto de cambios en la demanda por servicios hospitalarios, derivados tanto del tipo de demanda asociada a los cambios demográficos y epidemiológicos, así como de los impactos de la

20 “S.A.P. Cuando la Colaboración es Necesaria, Posible, Rentable, Gratificante, Motivadora y Contagiosa” Vidales M. Alma; Parada L. Mario; Puebla O. Helia; Rojas M. Rafael Impreso por MINSAL 1999

tecnología en la oferta asistencial. Hay servicios que requerirán un desarrollo creciente, entre los cuales pueden mencionarse las unidades de cuidados intensivos y servicios médico-quirúrgicos asociados a áreas como trauma, enfermedades cardiovasculares, oncología y trasplantes, entre otras.

La tendencia a ambulatorizar la atención, analizada en detalle más adelante, se acompaña de un movimiento de mayor complejización de la respuesta hospitalaria tradicional asociada a la prestación. En el caso de la demanda de población adulta por las camas del hospital, existirán servicios cuya demanda por este recurso irá disminuyendo. Es conocido el impacto de la reducción de las tasas de fecundidad sobre los servicios de neonatología y de pediatría. Obviamente, el mismo fenómeno se observa respecto de las dotaciones de camas de las maternidades, debido al impacto sobre la fecundidad de factores como la disponibilidad de programas de planificación familiar y cambios culturales en las expectativas del tamaño del grupo familiar.

En el mismo sentido, aunque más bien influido por los cambios en la tecnología terapéutica, especialidades como oftalmología y dermatología cierran sus camas, pues se acentúa el manejo ambulatorio de los problemas de salud de las personas.

En este escenario, la visión tradicional de servicios clínicos propietarios de parte de la dotación de camas hospitalarias va perdiendo sentido y, por el contrario, significa un obstáculo que requiere ser superado. El manejo flexible de las camas en función de las necesidades del usuario consultante es un imperativo que se impone en un ambiente de gestión que busca adecuarse a las necesidades de las personas. Sin embargo, el desafío no es simple. La atención cerrada hospitalaria corresponde a un área de alta especialización, por lo que la reconversión de recursos humanos y de infraestructura es altamente compleja y sólo es posible de abordar de manera gradual mediante políticas sostenidas en el tiempo.

El manejo flexible de las camas es una estrategia que se debe usar en relación al contexto hospitalario particular; un establecimiento de muchas camas será más eficiente en unidades de cantidad manejable, pudiendo justificarse la mantención de áreas de hospitalización de pacientes afines, por ejemplo, del adulto en el área de la medicina y de la cirugía por separado, y no necesariamente una única dotación de camas²¹.

En el ámbito de la atención del adulto, habrá que cuidar de no caer en la tentación de mirar con un prisma “hospitalocéntrico” la mayor demanda por camas; para ello habrá que ver cuáles son los ámbitos de manejo agudo que son indispensables de realizar en un contexto hospitalario, y cuáles son los problemas de orden crónico que deberán ser manejados desde el punto de vista de los cuidados ambulatorios, familiares y comunitarios. Especial cuidado se debe tener al presentar estas propuestas, de transferir los apoyos y respaldos a las entidades cuidadoras, de modo de no sobrecargar a la familia con cuidados de enfermos agregados a la doble jornada laboral y doméstica que tiene fuerte presencia en la población femenina beneficiaria del sistema público chileno.

Todas las modalidades de gestión flexible de las que se ha hablado anteriormente, obligan a que el hospital y sus unidades funcionales tiendan progresivamente a tener una “arquitectura variable”, entendido esto, como una progresiva capacidad de adaptación de los equipos y los modos de hacer a los nuevos requerimientos funcionales.

Por otra parte, la tendencia a organizar internamente el establecimiento en torno a procesos productivos que tengan un responsable determinado (centros de responsabilidad), genera nuevos requerimientos de plasticidad en la organización interna de los establecimientos.

²¹ Se desarrolla mayor detalle en el capítulo III.

5.3. Los Centros de Responsabilidad

Los Centros de Responsabilidad, son la unidad productiva básica en que se organiza el nuevo modelo. Un centro de responsabilidad es una unidad que origina al menos un producto intermedio (tales como procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos) o final (tales como egresos y consultas), bajo la responsabilidad de una persona determinada. A su vez, cada centro de responsabilidad puede estar constituido por varios centros de costos (subunidades asociadas a productos intermedios y presupuesto conocido).

El concepto de centro de responsabilidad deriva de la importancia de relevar el proceso productivo asistencial, que tiene productos específicos que deben ser conocidos en cuanto a su cantidad y calidad; que tiene procesos donde intervienen personas y otros recursos tecnológicos y fungibles; procesos que tienen costos y etapas productivas susceptibles de estandarizar y mejorar en términos de eficiencia y calidad; y que tienen un responsable, el cual debe dar cuenta de sus productos en términos cuantitativos y cualitativos, así como de la calidad de los procesos y de los gastos realizados. Sin duda que en ello es clave la capacidad del responsable para generar trabajo en equipo, competencias de aprendizaje y de mejora continua, y para dar cuenta al establecimiento en su conjunto de la obtención de metas productivas en un contexto de excelencia.

La estructuración de las unidades funcionales clínicas en centros de responsabilidad obedece a la lógica de que el establecimiento se hace “responsable” ante la red del cumplimiento de ciertas metas, y que dichos compromisos los traduce al interior del establecimiento. Dicho de otro modo, difícil es que un establecimiento se pueda comprometer a ciertas obligaciones ante la sociedad, y cumplirlas, si no son sus propias unidades productivas –los que hacen la labor– quienes las asumen.

Para que la lógica anteriormente descrita pueda ser efectivamente operativa se requiere que el establecimiento: (i) defina junto a su red, la cartera de servicios; (ii) defina su organización interna en base a las unidades funcionales que dan cuenta de dicha cartera de servicios (centros de responsabilidad); (iii) que traduzca sus compromisos con la red y el FONASA en compromisos con cada uno de sus centros de responsabilidad; (iv) que establezca un sistema de información gerencial que permita evaluar y controlar el cumplimiento de las metas en términos de cantidad, calidad y costos; y (v) que establezca sistemas de reconocimiento y de desincentivo según el grado de dicho cumplimiento.

Así como hay que determinar una producción determinada para cada unidad funcional clínica, hay que dotarla de la capacidad de manejar lo más descentralizadamente posible un determinado presupuesto para cumplir con las obligaciones productivas señaladas. Dicho de otro modo, a una unidad se le hace “responsable” de un determinado nivel de recursos que la sociedad pone a su recaudo para que con ellos genere determinada cantidad de productos en ciertos términos de calidad y oportunidad. Por ello el nombre de “centro de responsabilidad”, ya que lo que se pretende hacer en realidad es traducir concretamente la responsabilidad social del establecimiento a responsabilidades productivas específicas.

Un centro de responsabilidad no es “ponerle otro nombre” a los clásicos servicios clínicos, sino que un proceso de repensar el establecimiento. Por lo tanto un centro de responsabilidad puede unir a uno o varios servicios clínicos bajo un mismo responsable, o por el contrario un antiguo servicio clínico originar más de un nuevo centro de responsabilidad. Lo importante es contar con una mejor organización para relevar la función esencial del establecimiento de producir más y mejor a costos razonables con el objeto de contribuir equitativamente a las necesidades de salud.

El responsable no siempre será el jefe de servicio, que actualmente tiene un perfil más técnico que de gestión, sino que más bien se debe buscar la persona del equipo, independientemente de su profesión, que tenga el liderazgo y las competencias (o desee adquirirlas). Los centros de responsabilidad podrán ser dirigidos por un pequeño equipo, donde el jefe de servicio tradicional cumpla un rol junto al profesional (a veces la enfermera supervisora) que complementa los aspectos relacionados con la gestión del centro.

Cada establecimiento podrá ver la mejor forma de dar solución a estos aspectos, lo central es que las metas estén perfectamente definidas, que los recursos para ello estén explícitos y que se rinda cuenta de qué se hizo con los recursos señalados, todo esto bajo un liderazgo claro.

5.4. *Gestión clínica.*

La gestión clínica busca unir de modo virtuoso al paradigma asistencial con el administrativo, bajo un marco valórico común. La ética de la práctica clínica es lo que permite esta integración. La concepción médica tradicional de la ética está relacionada con la búsqueda del mayor beneficio posible para el enfermo: hacer el mayor bien y evitar causar daño. Esta visión tiende a percibirse incompatible con la visión del mundo «económico» que pareciera «no tener ética ni moral». El problema se plantea cuando el recurso sanitario es crecientemente escaso (por su progresivo encarecimiento) frente a demandas crecientes, particularmente aquellas relacionadas con la equidad (por las necesidades de la población con mayor daño y los grupos postergados).

Al dilema ético que siempre ha tenido la gerencia sanitaria de buscar la excelencia clínica y la gestión eficiente de los recursos, se suman los principios de la ética médica de no hacer daño y producir beneficio, y el de respetar la opinión, autonomía y derechos del paciente como protagonista de la atención y responsable de su propia salud. Además, es necesario considerar los requerimientos de ética social de que los recursos disponibles en la sociedad sean asignados y usados con la racionalidad de contribuir eficazmente a la justicia y la equidad. Lo anterior obliga a una mayor conciencia de los diferentes aspectos éticos de la gestión hospitalaria, pasando a ser problema de orden ético importante la utilización racional de los recursos. Si quienes trabajan en un establecimiento no gestionan bien los recursos que la sociedad ha puesto en sus manos, si ahorran cuando no deben hacerlo o dilapidan sin justificación, entonces están faltando gravemente a la confianza que el paciente y la sociedad depositaron en su institución.

Hoy, por lo tanto, la gestión hospitalaria está obligada a repensar qué implica el «buen hacer», la gestión «bien hecha»: producir el mayor bien, para la mayor cantidad de gente, con el mejor uso de los recursos posible. Cuando no se gestiona bien, ¿a cuántos se habrá dejado fuera del sistema? ¿A cuántos se les limita su potencial de desarrollo humano? Estas son algunas de las apremiantes preguntas que hoy se deben hacer los gestores y clínicos en los hospitales. Sin duda que esquivarlas es más fácil, más cómodo, pero ello constituye un problema ético en sí mismo. Al tener cada acto médico consecuencias no sólo en un paciente en particular, sino en los recursos que la sociedad dispone para muchos otros, urge integrar la ética clásica de la relación equipo de salud -usuario con una que puede llamarse «ética social de la gestión sanitaria», que implique la debida evaluación de los efectos sociales que conllevan las decisiones asistenciales cotidianas.

La ética social de la gestión sanitaria insiste hoy más que nunca en la necesidad de fortalecer el concepto de excelencia profesional más allá del dominio de la disciplina científica; esto requiere de gestores y profesionales de la salud que cultiven y ejerzan la excelencia en su desarrollo como personas íntegras. También requiere de equipos que superen la mirada tradicional del paternalismo implícito en la «beneficencia» clásica, al reconocer en el paciente derechos que emergen de su condición humana y deberes propios de personas provistas de libertad, responsabilidad y autonomía.

Pero, además de todo aquello, hoy la búsqueda de la excelencia requiere de la eficiente gestión de los recursos: una gestión productiva, justa o equitativa de ellos. Lograr el justo equilibrio de lo anteriormente señalado es el mayor desafío de la hora presente. No es fácil, pero habrá que lograrlo; requiere de un esfuerzo sistematizado que además de unir la clínica a la gestión, responda a las múltiples demandas tendientes a reorientar el rol de la atención especializada en un modelo más centrado en la salud de las personas que en la enfermedad.

Este desafío de compaginar la autonomía de los profesionales clínicos con una eficaz capacidad de autorregulación para el logro de objetivos en los ámbitos de efectividad sanitaria, eficiencia económica, calidad técnica y percibida, y satisfacción usuaria, son los aspectos claves en la ética de gestión hospitalaria en un nuevo milenio.

Las experiencias con sensación de fracaso ante múltiples intentos de involucrar a los clínicos en la gestión, nos lleva a plantear la hipótesis de que tal vez el propósito y la forma de realizarlos han sido errados. Creemos que es necesario volver a insistir mediante la creación de «puntos de encuentro» (áreas de interés común) entre clínicos y gestores, que hagan converger eficacia clínica y calidad técnica (interés del clínico) con eficiencia administrativa y de los costos (interés del gestor), sin perder de vista el interés principal: el de la comunidad usuaria. Del mismo modo, será necesario identificar áreas de interés compartido entre los clínicos y gestores y los políticos, convirtiendo en objetivos positivos aquellos aspectos institucionales que interesa desarrollar a todos, como la satisfacción de los usuarios (calidad percibida), la relación costo/beneficio de nuevas tecnologías o intervenciones (eficiencia económica), la confianza y apoyo social (sustentabilidad política y financiera).

Esta dialéctica entre distintos actores, es la que está detrás de la gestión clínica, la que se puede definir como el más adecuado uso de los recursos profesionales, humanos, tecnológicos y organizativos para el mejor cuidado de los enfermos²². Por lo tanto, el objetivo último de la gestión clínica es el de ofrecer a los usuarios los mejores resultados posibles en la práctica (**efectividad**). Esto, acorde con la información científica disponible que haya demostrado su capacidad para cambiar de forma favorable el curso clínico de la enfermedad (**eficacia**), y que considere los menores inconvenientes y costos para el usuario y para la sociedad en su conjunto (**eficiencia**). Desde este punto de vista la gestión clínica siempre ha estado presente en el quehacer de todos los profesionales de la salud, sin embargo se observa hoy en cada establecimiento y servicio clínico una variabilidad de la práctica clínica que es indispensable enfrentar.

Por otra parte, el ordenamiento institucional optimiza el uso de los recursos y libera posibilidades de usos alternativos de éstos. Por ejemplo, si se coordinan bien consultas y controles con tomas de muestras para exámenes u horas de Imagenología y hospitalización, se ahorrará una cantidad no menor de exámenes repetidos, que el respectivo centro de responsabilidad podrá reorientar de acuerdo a las prioridades que establece el plan estratégico.

El cambio que buscamos es la sustitución progresiva del empirismo científico y la intuición en la toma de decisiones clínicas por decisiones basadas en el conocimiento científico acreditado. Reducir el empirismo significa responder de forma rigurosa a estas y otras preguntas: lo que se hace en la consulta, en la sala de hospitalización, ¿beneficia al usuario? ¿Cuál es el balance riesgo / beneficio? ¿Los exámenes complementarios aportan mayor información sobre el cuadro clínico del usuario? ¿Qué evidencia respalda esta u otra conducta?

Para que la aplicación de todos los avances científicos y tecnológicos asegure el máximo beneficio para los usuarios y la comunidad, es imprescindible evaluar los resultados. La práctica clínica de futuro se basa en la evaluación, la reflexión, la autocrítica, porque sin ellas no es posible mejorar la atención.

En este contexto surge la gestión clínica como una iniciativa dirigida a optimizar los resultados de la actividad clínica. Tradicionalmente, la práctica clínica se inicia con la valoración y diagnóstico del paciente; continúa con el plan terapéutico y dura mientras se mantiene la relación profesional-usuario. Todas las decisiones, y en los diferentes momentos, las toma el profesional con, o en nombre del paciente, incidiendo directamente en el proceso productivo hospitalario. Parece absolutamente razonable que el profesional se incorpore a la gestión de los recursos de las unidades clínicas si se pretende mejorar los resultados.

²² Documento gestión clínica Minsal 2001

Practicar gestión clínica es integrar la mejor práctica clínica con el mejor uso de los recursos disponibles. La Gestión Clínica tiende a favorecer la obtención de los mejores resultados asistenciales con la aplicación de conocimientos sistematizados y con evidencias. No en vano la eficiencia, o mejor balance entre los resultados y los costos ha sido considerada por Donabedian como el “virtuosismo de la medicina”²³

La base ética tradicional de la Medicina es el principio de Beneficencia: procurar el mayor bien posible de los enfermos, y no hacer el mal o “no maleficencia”. Con posterioridad se incorporaron otros dos principios, que en la actualidad se consideran consustanciales a la práctica de la Medicina. Por una parte está el principio de Autonomía o de Autodeterminación de los pacientes, por el cual cada individuo, con capacidad y disponiendo de información adecuada, es el dueño absoluto de las decisiones que se adoptan con respecto a su propio cuidado.

Por otra parte, el principio de Equidad o de Justicia, por el que se debe intentar “lo mejor posible para todos los pacientes” muchas veces enfrenta al concepto tradicional de la relación equipo de salud-paciente de “lo mejor para mi paciente”, poniendo en contrapunto lo colectivo con lo individual. Las bases conceptuales de la Gestión Clínica entroncan con estos fundamentos éticos de la Medicina de alcanzar la mayor excelencia profesional de los profesionales de la salud, y de lograr los mejores cuidados de salud posible para los usuarios.

El profesional de la salud en las diferentes instituciones y especialmente en un hospital, actúa como oferente y demandante del servicio. Se trata por lo tanto de una figura clave en el proceso de gestión, y a la vez es el mejor garante de que las decisiones de mejora de la eficiencia se tomarán sin detrimento de la calidad en la atención de los usuarios. La gestión clínica, entendida como el conjunto de procesos implicados en la relación entre este profesional y el usuario se puede articular en tres niveles diferenciados: (i) Nivel individual, referido a la elección de un determinado tratamiento o indicación quirúrgica de mayor eficacia. Utiliza herramientas como son la medicina basada en la evidencia, la epidemiología clínica, y las técnicas de evaluación clínicas; (ii) Nivel asistencial, referido a la efectividad clínica de los recursos empleados. Una vez diagnosticado un problema de salud determinado, decidir dónde debe atenderse, si es ambulatorio u hospitalizado, así como también el número de días de hospitalización por término medio para un diagnóstico concreto, las pruebas de laboratorio y de Imagenología solicitadas en cada situación etc. Utiliza como herramienta de análisis, la evaluación tecnológica, y la mejora continua de la calidad; (iii) Gestión de la unidad, es lo que tiene que ver con la eficiencia, la organización interna del servicio, el número de personas que se consideran necesarias para cada tipo de actividad o técnica, y con aspectos más globales como la motivación del personal, la capacitación y la gestión de los recursos asignados. Utiliza los presupuestos clínicos, las políticas de recursos humanos o los sistemas de costos.

Como hemos visto, existen métodos y sistemas para mejorar la toma de decisiones en cada uno de los niveles de la gestión clínica. La unidad clínica debe desarrollar guías de actuación para mejorar la eficacia, la efectividad y la eficiencia. En un primer momento, las comparaciones sólo podrán hacerse con los resultados de las mismas unidades en otros períodos, pero cada vez más será posible compararse con unidades similares y con estándares públicos.

Para hacer gestión clínica es necesario: Investigar y mejorar la eficacia y efectividad de los procedimientos de diagnóstico y tratamiento del paciente; Analizar y optimizar los procesos de atención a los usuarios; Dotarse de la estructura organizativa y de control de gestión adecuada.

Una de las condiciones básicas que requiere la gestión clínica, es el contar con la información que apoye los procesos de toma de decisión. Esto establece demandas específicas de información en el ámbito de las definiciones técnico-médicas y en el ámbito financiero. Entre las primeras, resulta fundamental la existencia de algún sistema de clasificación de usuarios, pues sobre la base de la estandarización de las causas

23 Citado de “Compromisos internos de gestión clínica” documento de trabajo P. Olivares (Unidad de Gestión de Servicios, MINSAL)

de ingreso de éstos también se puede estandarizar el tipo de atención requerido en cada caso. Desde la perspectiva del ámbito administrativo-financiero, al establecer las pautas terapéuticas, es posible identificar los recursos requeridos para desarrollar dicha atención y, por ende, conocer los costos involucrados. Al conocer los procesos y establecer los productos con criterios técnico-médicos, también es posible establecer criterios de calidad que puedan medirse, tanto en el proceso como en el resultado (letalidad, mejoría, porcentaje de infecciones intra hospitalarias, satisfacción con la atención entre otros). Cabe señalar que toda información implica un costo, el que debe valorarse a la luz del beneficio que dicha información proporciona. Si el costo en el cual se incurre para obtener una determinada información es mayor que el beneficio que produce en el proceso de decisión, deben buscarse alternativas o, simplemente, tomar las decisiones con la mejor información que esté disponible.

Consecuentemente con lo recién expresado, los sistemas de clasificación de usuarios y los sistemas de información administrativa asociados a ellos, deben estar basados en criterios que los hagan viables y útiles. Estos sistemas debieran cumplir con al menos tres condiciones: ser prácticos, específicos e independientes. El que sea práctico, implica que permitan acceder a la información importante y relevante de una manera sencilla y costo-efectiva. La especificidad significa que la información permita medir, y por ende evaluar, cantidad, calidad y oportunidad (tiempo). La característica de independencia se entiende en el sentido que la información de una categoría o nivel corresponde a ese y no a otro.

En términos más generales, puede decirse que la gestión clínica ofrece un espacio de construcción conjunta donde pueden encontrarse la visión ética médica, orientada a maximizar el bienestar individual de cada usuario, y la ética social de los administradores, orientada a maximizar el bienestar del conjunto de la sociedad. En este proceso de encuentro, ambas visiones pueden contribuir, desde sus propias perspectivas, a resolver los problemas reales que se derivan de las decisiones que cotidianamente los clínicos y los gestores deben tomar en los hospitales.

- **La práctica basada en evidencia**

Este enfoque está en directa relación con la evaluación de tecnología de salud, pues el método más comúnmente usado en dichas evaluaciones es la búsqueda sistemática de la mejor evidencia disponible.

La construcción de bases de datos de información médica y las posibilidades de acceder a ellas ha permitido poder difundir ampliamente el conocimiento científico asociado a las diferentes intervenciones de salud. De este modo es posible compartir el saber acumulado y cotejarlo con la evidencia construida sobre la base del saber y experiencia de muchos otros.

El concepto más ampliamente difundido es el de medicina basada en evidencia. Sin embargo ésta es sólo una de las facetas en el enfoque de aplicación de la evidencia en la atención de salud. Podría decirse que la medicina basada en evidencia corresponde a la aplicación de investigaciones sistemáticas a decisiones que involucran usuarios individuales.

Por otro lado, también es posible hablar de política basada en evidencia e incluso de atención de salud basada en evidencia, las que podrían entenderse como la aplicación de investigaciones sistemáticas a política de salud que involucran ya no usuarios individuales sino que grupos de pacientes y poblaciones. Una consecuencia natural de este enfoque en el hospital sería el desarrollo de gestión basada en evidencia.

De igual modo que en los dos enfoques previamente analizados, es necesario tener algunas precauciones al considerar los aportes de la práctica basada en evidencia. Entre las dificultades cabe destacar que el desarrollo de revisiones rigurosas y sistemáticas puede demandar mucho tiempo, o al menos horizontes de tiempo que exceden los márgenes disponibles para los procesos de toma de decisión. Otro problema es la calidad de la información disponible, pues no siempre se encontrará evidencia de acuerdo al “*estándar de oro*”, es decir en la forma de ensayos clínicos aleatorios y controlados, metodología que, por otra parte,

tiene problemas de validez externa o de generalización de sus resultados debido a que las muy especiales condiciones en que se realizan los estudios son muy diferentes a las condiciones reales de los sistemas y servicios de salud.

Si el gestor hospitalario está conciente de las fortalezas y debilidades de los diferentes métodos estará en mejores condiciones para obtener el mejor provecho de ellos. Esta aseveración es valedera, ya sea que el gestor use los métodos en el ámbito específico de su establecimiento o para dialogar de manera informada con niveles jerárquicos superiores (autoridades sanitarias o aseguradores) que puedan estar usando estos enfoques para orientar el quehacer del hospital.

Equipos de trabajo y de asesoría a la dirección como el comité de farmacia o los servicios clínicos deben tener acceso a las publicaciones que recopilan la evidencia científica disponible, y fundar sus recomendaciones y/o decisiones en el análisis de dicha evidencia.

- **La gestión de los cuidados**

La gestión de los cuidados es un aspecto clave de la calidad de la atención de los usuarios. Implica la continuidad de la atención, desde su ingreso desde la comunidad hasta su reinserción a ésta. En esta continuidad no sólo está la responsabilidad de los profesionales de la salud de aplicar las indicaciones del equipo de salud, particularmente las médicas, vigilar y acompañar al usuario, o de velar por que se le practique una determinada cantidad de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, con arreglo a ciertos estándares y en cumplimiento de determinadas normas, sino que también la integración de dichos cuidados asistenciales a otros ámbitos tales como la satisfacción de necesidades psíquicas y sociales del usuario, la coordinación con los diversos actores que intervienen, la gestión de los recursos involucrados, particularmente de los recursos humanos (destacando en ello la contribución a definir los perfiles adecuados, las cargas de trabajo, a contribuir a la selección y desarrollo del personal.

En la gestión de los cuidados, se dice está el “corazón” de los procesos asistenciales. El profesional médico está algunos minutos con el usuario, pero son otros profesionales y técnicos, quienes no reducen su accionar a un mero cumplimiento de “instrucciones médicas”, sino que por lo contrario agregan parte medular del proceso asistencial completo. Siendo parte tan importante de los procesos productivos, se han relevado a través de la creación de unidades, departamentos o coordinadores de la “gestión de los cuidados” generalmente a cargo de enfermería, coordinado los procesos productivos asistenciales, en el contexto de lo que el propio establecimiento defina en su estructura interna para la organización del proceso de producción asistencial. La constitución de dichas unidades o departamentos debe ser una decisión estratégica con el objeto de facilitar la marcha del establecimiento como un ente integrado y flexible capaz de superar los compartimentos estancos. Asimismo al mismo tiempo que facilitar la integración, debe también facilitar el funcionamiento de los distintos servicios como centros de responsabilidad.

La gestión clínica de cuidados pretende garantizar que los servicios y técnicas que realiza enfermería, otros profesionales de la salud y el personal técnico a su cargo estén respaldados por los resultados de la investigación y la experiencia; pretende también conseguir que los servicios que se prestan y la idoneidad de los procedimientos que se utilizan, sean los que generen el máximo beneficio para el paciente y la comunidad; y asegurar que todos los cuidados se presten con la mayor calidad y los recursos adecuados para el mejor costo-beneficio. La gestión de cuidados debe estar racionalmente organizada y en línea con el plan estratégico del establecimiento y la red que lo contiene.

La reforma de la salud considera la gestión de los cuidados entre las estrategias indispensables con que deben contar los servicios de salud y los establecimientos de atención cerrada y ambulatoria, incorporándolas en los manuales de organización de los establecimientos. Esto implica, que en la planificación estratégica de los establecimientos deben haber metas específicas en el ámbito de la gestión de los cuidados, así también, el establecimiento debe definir la forma en que los cuidados se sitúa en los procesos productivos desde el

punto de vista organizacional, tanto al nivel de los centros de responsabilidad, como en la estructura que el hospital defina para la coordinación del área asistencial.

Los cuidados y por tanto la gestión de cuidados puede requerir de diversas “intensidades” de recursos puestos a disposición del paciente para la prevención, diagnóstico, curación rehabilitación y/o cuidados paliativos. En todos ellos participan profesionales y técnicos. Estos cuidados pueden ser ambulatorios en una consulta externa, un pabellón o un box de procedimiento, En la hospitalización, la gestión de cuidados es intensiva y las más de las veces la responsabilidad recae en la enfermera. Puede referirse a una hospitalización domiciliaria o una hospitalización de larga estadía donde el profesional encargado organizará los recursos disponibles. En todos estos casos estos profesionales tienen responsabilidad profesional y autonomía en la organización de los cuidados, siendo el equipo de salud el que determina la “intensidad” requerida, para un usuario concreto, por ejemplo al indicar una hospitalización, procedimiento o terapia específica. No hay que olvidar que no son las camas las “complejas”; “intermedias” o “básicas”, sino que son personas, usuarios de servicios de atención, que en un determinado momento requerirán de distintos niveles de intensidad de los cuidados, y es la organización la que debe girar en torno a la satisfacción eficaz y eficiente de dichas necesidades de soporte.

- **Estandarización diagnóstica y terapéutica (protocolos, guías clínicas)**

La sistematización de la mejor evidencia disponible y la evaluación sistemática de las estrategias y actividades realizadas, permite concordar modalidades de enfrentar grupos similares de usuarios y construir algoritmos que faciliten las decisiones de los equipos de salud en sus distintos niveles, los que podrán formar parte de guías clínicas o de protocolos. Estos podrán ser de alcance local o nacional, como por ejemplo los antiguos protocolos PINDA²⁴, o los protocolos de los grupos de enfermedades con prestaciones garantizadas.

En ocasiones guías clínicas y protocolos se usan como sinónimos. sin embargo los conceptos presentan algunas diferencias que explican las confusiones en que a veces se incurre al analizarlos.

El concepto de **guía clínica** connota una recomendación experta que ofrece ciertos márgenes para que el receptor o destinatario de la guía pueda moverse en el ejercicio de su práctica específica. El concepto connota una asimetría en virtud de la cual una parte que se supone con mayor dominio técnico sobre el tema abordado en la guía hace ciertas recomendaciones para las partes con nivel menor de conocimientos expertos.

Por otra parte, el concepto de **protocolo** connota necesariamente un acuerdo entre las partes que lo asumen como instrumento de relación. El protocolo es, por decirlo de alguna manera, un instrumento que surge de la voluntad de concertarse que expresan las contrapartes. Por esta razón, en la construcción del protocolo son tanto o más importantes que los elementos de contenidos del mismo, los elementos involucrados en el proceso de construcción del instrumento.

La importancia del protocolo es que las partes involucradas se sientan efectivamente comprometidas con los acuerdos alcanzados (ejemplo: manejo de una persona diabética en el centro de salud de nivel primario y condiciones que ameritan su derivación a atención del especialista en el centro ambulatorio del hospital, y las conductas que siguen a la evaluación del paciente por parte del especialista). Desgraciadamente, no son pocos los casos en los cuales existen protocolos para ciertos tipos de problemas de salud y que en la práctica no se cumplen. Es posible que en varios de estos casos las partes no se sientan comprometidas con el protocolo simplemente porque no participaron en el proceso de construcción del mismo.

El modelo de garantías explícitas en instalación en las redes de salud chilenas establece guías clínicas que se deben aplicar en los establecimientos y redes, en el ámbito ambulatorio y en la atención cerrada,

²⁴ Programa Infantil de Drogas Antineoplásticas

y que por retroalimentación desde las unidades locales, se han modificado o enriquecido en los períodos sucesivos. Esta modalidad, más algunos grupos de patologías que, por ser multisistémicas, involucran a varios especialistas, han ido haciendo más aceptables los protocolos por parte de los clínicos. No hay que olvidar, que guías y protocolos al tratar un problema en su integralidad (desde el fomento, la promoción, la prevención a la rehabilitación), deben ser ejecutados con visión de red, y en concordancia con el modelo de atención, teniendo el gestor de red una irrenunciable responsabilidad en velar por una implementación efectiva.

6. Gestión de la organización

El desafío hospitalario actual es una transformación de cultura de la mayor magnitud y difícil de implementar. Un requisito básico para dar viabilidad a los cambios es la profesionalización de la gestión, de manera que efectivamente se vaya construyendo una inteligencia gestora que permanezca en el tiempo y permita al establecimiento irse beneficiando en forma progresiva de los esfuerzos de optimización.

La tendencia actual, es a juntar cada vez más lo “asistencial” y lo “administrativo”. Es así que los organigramas estáticos, han dado paso a formas cada vez más dinámicas, horizontales y matriciales de organización. La nueva legislación da amplias facultades a los equipos directivos de los hospitales -particularmente a los de autogestión en red- para darse su propia forma. Así como en el área de la producción asistencial hay un subdirector médico o cargo equivalente (función de gerencia de producción), bajo el cual se ordenan todos los servicios o centros de responsabilidad que generan productos intermedios y finales, está la Subdirección Administrativa o cargo equivalente (gerencia de apoyo a la producción), donde se ordenan las funciones relacionadas con el apoyo a dichos procesos productivos.

Apoyar los procesos comprende dotarlos de sistemas de información, de los recursos financieros y humanos, la logística, el control de gestión y auditoría de procesos. Por la complejidad institucional, resulta obvia la necesidad de profesionalizar dichas tareas y dotarlas de tecnología.

El establecimiento, para asumir plenamente su responsabilidad de satisfacer adecuadamente a su mandante, la red asistencial, deberá emprender acciones de reestructuración y profesionalización, trabajar matricial y coordinadamente de modo de crear las condiciones para que la estancia del enfermo sea lo más segura y agradable posible, a los familiares se les proporcionen lugares adecuados, cómodos y comunicados para la espera, y con los proveedores se promuevan las relaciones de confianza a largo plazo, para que conozcan a fondo las necesidades del establecimiento y participen en la atención en el contexto de transparencia que impone la ley de compras públicas. A la comunidad, en suma, se le garantizará un establecimiento accesible, que no contamine el ambiente, que sea un ejemplo de gestión transparente de los recursos y con sentido social. Todo lo anterior, requiere de estrategias que apunten a la transformación hospitalaria.

7. Mejoría continua de la calidad

En los últimos años se hace evidente un gran auge del tema de calidad y de diferentes métodos para conseguirla. El Dr. Avedis Donabedian, la define como “lograr los mayores beneficios, con los menores riesgos posibles para el paciente, dados unos recursos”. La Dra. Heather Palmer de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard la define como “la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario.”, y el Dr. Vicente Falconí como “atender perfectamente, de manera confiable, de manera accesible, de manera segura, y en el tiempo exacto las necesidades de un usuario”.

La calidad, en síntesis, se puede comprender como el esfuerzo de los establecimientos en la práctica de hacer “bien lo correcto en el momento oportuno”²⁵. Donde lo correcto está definido por lo que la sociedad define como sus necesidades prioritarias (necesidades expresadas por las redes asistenciales y Régimen de Garantías en Salud); y lo bueno está determinado por la evidencia científica, la auditoría de procesos, la evaluación periódica de resultados y el consenso de expertos sobre la mejor manera de enfrentar determinados procesos.

En salud, la calidad partió como concepto importado de procesos industriales, tales como el control de la calidad, con el cual se busca la conformidad de un producto o servicio con las normas establecidas. La metodología consiste en prever lo que se hará, escribir lo que se prevé, hacer lo que está escrito, controlar y corregir las disparidades, y llevar un registro por escrito, que se resume en la espiral de Deming (planificar-hacer-controlar-actuar).

Posteriormente, el concepto evolucionó al de garantía de la calidad, con la cual se busca la confianza en la obtención de la calidad. Con ese fin conviene demostrar que se respeta la metodología señalada en el párrafo precedente y garantizarlo mediante un control externo (fiscalización, certificación, acreditación). Finalmente aparece el concepto de “calidad total” o de “mejoramiento continuo de la calidad” o de “gestión o gerencia para la calidad”, definido en consenso internacional como “modalidad de gestión de un organismo centrada en la calidad, basada en la participación de todos sus integrantes, que busca el éxito de largo plazo mediante la satisfacción del cliente y ofrece ventajas para todos los integrantes del organismo y para la sociedad”.

Este último concepto, pretende constituirse en un paradigma o marco filosófico que ilumina toda la gestión hospitalaria y que compromete a la alta gerencia del establecimiento. En este paradigma se pretende equilibrar resultados (eficacia) con uso racional de los recursos (eficiencia) y con la mayor satisfacción usuaria (calidad percibida), con el objeto de contribuir a la equidad del sistema. La calidad comprende dos componentes: los técnicos, es decir, la calidad clínica y de percepción usuaria; esta última contiene la accesibilidad, la oportunidad, el quehacer asistencial propiamente tal, el entorno de la atención, el trato. **Las estrategias de mejoría continua de la calidad buscan que el establecimiento de salud resuelva necesidades (sea eficaz), a tiempo (con oportunidad), con costos razonables dado los recursos disponibles (eficiencia), dando satisfacción a expectativas del usuario y produciendo motivación en los que dan los servicios y prestigio a la organización.**

El Ministerio de Salud ha definido, en el contexto de la nueva legislación, utilizar tres niveles de control-incentivo al mejoramiento continuo de la calidad, todos los cuales contemplan evaluaciones periódicas efectuadas por personas externas al establecimiento:

- ❑ Primero, para el nivel de dirección superior y organización del propio establecimiento hospitalario, utilizar el Modelo de Excelencia de Malcolm Baldrige, que representa una metodología y un camino definido para que la dirección superior ordene el desarrollo institucional en torno a un plan estratégico y a una organización sinérgica de sus recursos productivos.
- ❑ Segundo, para el nivel de la actividad técnico - clínica de los centros de responsabilidad o unidades funcionales, se utilizará el Programa de Evaluación de la Calidad de la Atención Hospitalaria, PECAH. Este incluye componentes del programa de prevención y control de infecciones intrahospitalarias, evaluación de estándares de atención y calificación de unidades para la atención de patologías complejas.
- ❑ Tercero, la acreditación periódica orientada a evaluar la planta física y los recursos tecnológicos para los grupos de patologías con garantías explícitas, que legalmente corresponde ser efectuada por la Superintendencia de Salud.

8. La gestión de la atención y satisfacción de los usuarios.

La gestión de la atención al usuario está relacionada con ámbitos muy diversos que deben estar concatenados: la gestión de la agenda asistencial, la gestión de la ficha clínica, gestión de la hospitalización, gestión de la satisfacción y gestión de los deberes y derechos del usuario.

En la gestión pública chilena se están haciendo esfuerzos por dar un enfoque común en todas las reparticiones públicas a los puntos de resolución de las solicitudes de las personas, lo que se ha traducido en estandarización de las Oficinas de Informaciones, Reclamos y Sugerencias (OIRS), que cuentan con normativas extensas y explícitas que el establecimiento hospitalario debe respetar e integrar en su plan institucional. A menudo estas unidades están dispersas en distintas personas y unidades del hospital. Por ello, es relevante coordinar y unificar sus objetivos y profesionalizar su gestión.

En la perspectiva de la satisfacción de usuarios y sus familias, destacan aspectos como el transporte de pacientes, las facilidades de visita durante hospitalización, el confort de las salas de espera y de las dependencias cénicas, la calidad de la alimentación, entre otras. Sin embargo, en la satisfacción del usuario siguen siendo los factores más importantes la confianza en la calidad técnica del equipo tratante, la calidez del trato, la oportunidad de la atención y la calidad de la información y de la relación entre el usuario, su familia y el equipo de salud. Junto con los aspectos ya señalados, en la gestión integral del paciente hay que preocuparse también de los siguientes ámbitos:

- ❑ Desarrollar competencias para que el establecimiento pueda dar apoyo de carácter social al usuario y su familia, para asegurar la continuidad del tratamiento, preocuparse de la reinserción del usuario a su comunidad y centro de salud, y de que existan redes de apoyo local que puedan seguir respaldando al usuario y su familia.
- ❑ Desarrollar competencias en la organización para dar apoyo psicológico y espiritual al usuario y su familia, respetando la cultura y creencias de todos. En este aspecto hay que relevar los esfuerzos que se desarrollan en el ámbito de la incorporación de cosmovisiones étnicas a los procesos asistenciales.
- ❑ Desarrollar competencias en la organización, para que ésta pueda incorporar exitosamente al usuario y a su familia al proceso de cuidados, potenciando la co-responsabilidad y la colaboración. Es oportuno destacar el valioso rol de los familiares en la gestión de los cuidados, particularmente de pacientes pediátricos, geriátricos y terminales. Se debe velar porque dicha incorporación sea un resultado de la opción del establecimiento por respetar los derechos del usuario a ser acompañado y de la familia a participar de los cuidados, más que un modo de remediar insuficiencias del propio establecimiento en el ámbito de los cuidados.
- ❑ Desarrollar competencias en la organización para organizar a los usuarios en entidades comunitarias tales como las agrupaciones de usuarios, clubes de crónicos que deseen seguir conectados con el establecimiento para apoyar a otros usuarios o a sus familias. Estas organizaciones son efectivas en la realización de actividades como colaborar en la continuidad de los tratamientos, desarrollar nuevos hábitos y conductas o mantener actitudes solidarias, establecer nexos entre hospital y comunidad o empoderar a los usuarios para su relación con la red sanitaria.
- ❑ Desarrollar competencias en la organización para, a través de oficinas de atención al público, buzones o encuestas, recabar reclamos y sugerencias de los usuarios y sus familiares y transformar los datos obtenidos en información útil para la gestión, especialmente en el ámbito de la calidad.

En la gestión de la atención al usuario, es clave la introducción constante de métodos de mejora de la calidad, pues esta área capta las insatisfacciones y las fallas cometidas por el sistema, las que deben tener alta prioridad en su acogida y resolución; esto constituye un apoyo importante a la eficiencia de los procesos clínicos, particularmente en grandes establecimientos con informatización deficitaria o débil, en los cuales es más frecuente enfrentar pérdidas de la continuidad de la atención.

La señalética es un aspecto de la orientación a los usuarios que debe ser desarrollado y cuidado, pues los establecimientos hospitalarios suelen ser extensos, desordenados, desde la perspectiva del visitante y tienen recintos de circulación restringida.

Función relevante en la gestión de atención al usuario tienen las unidades de admisión, las cuales participan en la recepción de los pacientes, en la gestión de la agenda médica ambulatoria, la asignación de camas, los traslados desde otros establecimientos, las altas y los traslados hacia otros dispositivos en coordinación con la red asistencial, además de la gestión de los traslados intra hospitalarios, y la gestión de la agenda quirúrgica. Además, generalmente colabora en tareas de información al usuario y debe coordinar su labor estrechamente con unidades tales como archivo de fichas clínicas, recaudación y unidades especializadas de atención al cliente. La mayor parte de las veces los procesos de admisión se superponen a procesos relacionados con la facturación al usuario, a la seguridad social o a entidades privadas. De la debida coordinación de dichos procesos depende que se introduzcan mejoras, como las *ventanillas únicas*, y el personal polifuncional.

La unidad de archivo no sólo se debe hacer cargo de la ficha clínica, sino que ha de participar en la gestión de sus flujos, preservar la confidencialidad de la información, así como propiciar la mejora continua del instrumento y de los procesos de auditoría. Las tecnologías de la información deberán tender a reducir el archivo de información y a mejorar la eficiencia del registro de la actividad clínica, aunque simultáneamente se observe un aumento de los problemas relacionados con el uso confidencial de dicha información.

8.1. La gestión de los derechos y deberes de los usuarios

El establecimiento debe tener explícita y en conocimiento de sus usuarios, una Carta de los Derechos del Usuario, que además contiene las obligaciones que el usuario y su familia tienen hacia el establecimiento.

Dentro de los derechos, son básicos: (i) la información que debe recibir el usuario y su familia frente a cualquier procedimiento, y la obligatoriedad de que se le solicite su consentimiento o expresión de voluntad, a través de mecanismos formales, correctos y comprensibles; (ii) la necesidad del usuario de ser visitado y acompañado, para lo cual debe abrirse el establecimiento a visitas diarias en caso de hospitalización; (iii) el derecho del usuario de identificar al equipo de salud y de que exista una persona responsable a quien acudir, para lo cual deben establecerse sistemas de identificación del personal y de comunicación por escrito al paciente y familiares del nombre del médico tratante y horas y lugar en que es posible comunicarse con él/ella.; (iv) la posibilidad del usuario de expresar su opinión y de pedir todo tipo de información.

Dentro de las obligaciones o deberes de los usuarios, están los de cumplir con las indicaciones del equipo de salud o expresar sus discrepancias o desacuerdos en este ámbito; colaborar con el establecimiento, cuidar sus dependencias; y las de cumplir con la normativa interna.

Es aconsejable que el establecimiento, además de explicitar derechos y obligaciones en una Carta pública y de fácil acceso al usuario, haya establecido mecanismos formales de compromiso por escrito entre el equipo de salud y el usuario y/o su familia, que expliciten derechos y obligaciones específicas ante actividades relevantes, tales como la hospitalización.

8.2. La participación del usuario y su comunidad

El establecimiento se debe a su red y a los usuarios de ella. Los establecimientos no son islas, están comprometidos con la realidad social de su entorno. La vinculación con la comunidad usuaria es clave para la inserción social del establecimiento. Reconocer como actores a los usuarios no es fácil para los equipos de salud, sin embargo se debe intencionar constantemente el acercamiento, el diálogo, la información simétrica, la búsqueda de opinión y de aportes de los usuarios para enfrentar los problemas y potenciar

las oportunidades. Para ello, la nueva legislación ha generado instancias como el Consejo Consultivo de Usuarios, el cual debe conocer el plan Anual de Actividades y la Cuenta Pública, y asesorar al director y a su equipo.

Es esencial abrir el establecimiento a la participación real de la comunidad, organizada o no organizada. Esto implicará, para respetar globalmente el modelo de atención, incorporar y traducir el concepto de salud familiar al interior del establecimiento, dar un rol creciente a las familias y a las comunidades en el cuidado de sus pacientes, dar responsabilidades a los propios usuarios en los procesos de atención a través de las agrupaciones de usuarios. El paradigma subyacente es que las personas y las comunidades son los principales responsables de su propia salud, y que el poder debe volver a donde debe estar radicado en sociedades realmente democráticas: las personas, los ciudadanos.

En complemento a la participación expresada en el párrafo anterior, la comunidad organizada y particularmente las organizaciones que enfocan su quehacer a la calidad de vida y a grupos vulnerables, son interlocutores válidos, necesarios y generalmente grandes aportadores a la toma de decisiones institucionales.

Este proceso de incorporar a los ciudadanos usuarios y sus comunidades a la gestión sanitaria, es clave hacerlo desde el respeto: el respeto a la diversidad, contemplando en el quehacer los aspectos interculturales, de género y tomando las medidas que terminen con las barreras hacia las minorías de todo tipo. La mejor manera de combatir la exclusión en salud, es desarrollando una labor incansablemente inclusiva, lo que se facilita ampliamente con políticas de puertas abiertas y el desarrollo de múltiples instancias de participación.

9. La cuenta pública

La cuenta pública es un instrumento importante de la estrategia de la gerencia pública por hacer más transparente y cercana la gestión a los ciudadanos. La cuenta pública no sólo es un esfuerzo por responder ante los ciudadanos por los recursos que la sociedad ha dispuesto para la consecución de ciertos resultados, sino que también es un esfuerzo por hacer parte a la propia comunidad del quehacer del establecimiento.

Por las razones antes expuestas, la comunidad a través de los órganos de participación del establecimiento debe participar en señalar los aspectos a evaluar y presentar; conocer formalmente los resultados en términos de producción, manejo financiero, satisfacción usuaria, y debe poder formular reparos y propuestas.

III ESTRATEGIAS AL SERVICIO DE LA TRANSFORMACIÓN HOSPITALARIA

1. AMBULATORIZACIÓN DE LA ATENCIÓN

1.1 Centros ambulatorios de especialidad

La creciente complejización de los hospitales, el cambio epidemiológico y el desarrollo de tecnología sanitaria condujeron a la creación de centros de especialidades médicas para la atención ambulatoria de pacientes. En la nomenclatura tradicional de la organización de salud chilena, esto corresponde a lo que se llama Nivel Secundario y que se ubica como un nivel resolutivo intermedio entre el nivel primario y el nivel de atención hospitalaria. Estas funciones, adjuntas a los hospitales, se han desarrollado en los Consultorios Adosados de Especialidad o Centros de Especialidades Médicas.

Dentro de éstos cabe mencionar los *Centros de Diagnóstico y Tratamiento (CDT)* y los *Centros de Referencia de Salud (CRS)*.

Los CDT corresponden a centros ambulatorios de alta complejidad, que no cuentan con camas para hospitalizar personas usuarias y que son organizados para brindar prestaciones diagnósticas y terapéuticas de la mayor capacidad resolutiva efectuadas principalmente en forma ambulatoria. Entre las prestaciones cabe mencionar la realización de las técnicas de diagnóstico por imágenes, tomografías (scanner), así como cirugía ambulatoria y su recuperación, consultas por especialistas, procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos como endoscopías, tratamientos kinesiológicos y de rehabilitación; en suma, toda la actividad ambulatoria de especialidades, de acuerdo a la complejidad del establecimiento.

Las prestaciones diagnósticas y terapéuticas ofrecidas corresponden a todas o casi todas las especialidades, con la característica común de ser ambulatorias, para lo cual cuenta con una cantidad de pabellones quirúrgicos habilitados con la tecnología necesaria para realizar cirugía ambulatoria de alta resolución. Algunos de estos centros han sido concebidos como establecimientos autónomos respecto de los hospitales, aunque con bastante relación con los mismos, debido a que se ubican en su cercanía territorial. Dada la experiencia acumulada, la actual legislación explicita la posibilidad de distintas formas de relación entre hospital y CDT, estableciendo claramente la posibilidad de generación de “complejos” con administraciones conjuntas, ya que en la mayoría de los casos, ambos establecimientos comparten recursos productivos: humanos y tecnológicos.

Los Centros de Referencia de salud (CRS) tienen las mismas funciones, pero un nivel de complejidad menor a los CDT, pues han sido concebidos para albergar principalmente las especialidades médicas básicas (Pediatría, Medicina Interna, Cirugía y Ginecología-obstetricia). Su rol corresponde al de derivación intermedia y en muchos casos resolutiva, entre el nivel primario y el nivel de mayor complejidad ambulatoria (CDT) o cerrada (Hospital). Los CRS cuentan también con el equipamiento que les permite desarrollar una adecuada atención ambulatoria diagnóstica y/o terapéutica en las especialidades que lo constituyen. Estos establecimientos pueden ubicarse geográficamente distantes de los hospitales de la red asistencial de la cual forman parte.

Los CDT y los CRS no son los únicos dispositivos ambulatorios de especialidad de la red asistencial; cabe mencionar también a los Centros Comunitarios de Salud Mental-COSAM, unidades de la red de salud mental que se instalan a nivel comunal o intercomunal, que se relacionan con los centros de salud familiar, con los dispositivos de hospitalización diurna y con los establecimientos hospitalarios para efectos

de la hospitalización (corta estadía) de personas con cuadros agudos. Probablemente en el futuro, la red asistencial se vea enriquecida con nuevas y diversas formas de estructurar la oferta de las especialidades.

Generalmente en los centros ambulatorios de especialidades de las redes públicas se produce gran cantidad de prestaciones diariamente. El desempeño exitoso de estos centros depende de la adecuada articulación de actividades de apoyo a la gestión como son: la organización de agendas, citación ordenada y racional de usuarios nuevos y pacientes a control, pérdida mínima de consultas, articulación de procesos clínicos desde la consulta, toma de exámenes y/o procedimientos, uso ordenado de los espacios de atención, dispensación de fármacos, generación de información para la gestión, supervisión de los resultados, gestión de altas oportunas y manejo de los usuarios en espera. Estos son los ámbitos principales de la gestión de consultas y procedimientos en estos centros, que requieren un equipo profesional de gestión que ordene y articule todos estos factores, en vista de brindar un mejor servicio a los usuarios, apoyar a la Atención Primaria y cumplir con su rol en la red asistencial.

1.2. Principales estrategias de gestión y desarrollo de atención abierta de especialidades

a) Incrementar la proporción de horas médicas asignadas a la atención ambulatoria. Este requerimiento nace del desbalance existente en la mayoría de las especialidades y subespecialidades entre oferta y demanda, sumado a la ya expuesta tendencia de los clínicos a privilegiar la actividad cerrada por sobre la ambulatoria. Para ello, el establecimiento deberá programar la actividad de cada médico contratado, de acuerdo a criterios de rendimiento horario, tanto de las actividades ambulatorias, como de los procedimientos propios de la especialidad y la atención a usuarios hospitalizados, de acuerdo a los índices que el establecimiento maneja. La programación se debe traducir en una agenda de trabajo semanal para cada médico que garantice los cuidados del usuario hospitalizado y respete la programación de la actividad ambulatoria. En cada programación anual o ante nuevas contrataciones de personal clínico, el establecimiento deberá tender a aumentar la oferta ambulatoria. Esta estrategia debe ser similar para otros profesionales no médicos que efectúan actividad clínica en el establecimiento. Es evidente la necesidad de romper con la tradición de la atención sólo en las mañanas, por lo que habrá que hacer los ajustes necesarios al establecimiento en su conjunto para extender el horario, tanto para optimizar la infraestructura disponible, como para aumentar la accesibilidad y productividad del establecimiento.

b) Organizar los servicios de apoyo diagnóstico para mejorar el acceso de las especialidades ambulatorias a exámenes y procedimientos. Este es uno de los aspectos más difíciles de la gestión de usuarios y procesos en el ámbito hospitalario; por el uso de la agenda de un equipo de tomografía computada, de un ecógrafo o mamógrafo, compiten las indicaciones generadas desde la unidad de emergencia, de las consultas ambulatorias, de los pacientes hospitalizados, muchas veces de otros derivadores de la red y ahora de los usuarios con patologías cubiertas por garantía de oportunidad; si a este “cóctel” le agregamos información precaria y listas de espera, más la ausencia de un actor que ordene la demanda, tenemos un uso de los equipos ordenado por intereses y presiones ajenos a la necesidad de los usuarios, y un caos en términos de resolutivead.

Para mejorar la organización de la oferta, se recomienda que cada equipo asociado a la prestación de un servicio (cada máquina de Imaginología, cada endoscopio y el pabellón asociado, cada pabellón de cirugía o procedimiento, sillones de diálisis o quimioterapia,) sea agendado pensando en un establecimiento que puede y debe funcionar en forma constante, considerando las horas que cuenta con un operador, el rendimiento de cada examen y las pausas asociadas a la mantención y buen cuidado del propio equipo; esta agenda debe estar bajo la responsabilidad de un coordinador en el centro de responsabilidad respectivo. Por otra parte, los diferentes demandantes del equipo deben ser conocidos y tener su demanda cuantificada; la coordinación entre ambas informaciones permitirá destinar tiempos de la agenda de cada equipo a cada demandante y conocer las brechas de oferta, que permitirán argumentar la toma de decisiones en la red asistencial respecto de priorizaciones y de invertir o comprar servicios. Por el contrario, si el ejercicio

demuestra mayor oferta que la demanda, el establecimiento podrá ofrecer servicios a otros integrantes de la red o a privados.

Un procedimiento similar debe llevarse con respecto a la toma de muestras de exámenes de fluidos corporales, intentando coordinar el momento de la realización de un examen con el momento en que el paciente está citado a control, de modo de evitar pérdidas por obsolescencia de resultados.

c) Priorizar el cierre de brechas de equipamiento necesarias para la ambulatorización; El establecimiento no debiera generar listas de espera intermedias una vez que un usuario accedió a consulta de especialidad ambulatoria; para ello, debe organizar sus procesos clínicos tras la oportunidad de atención y la resolución integral de los motivos de consulta. En este contexto, se debe priorizar el cierre de brechas de equipamiento en especialidades ambulatorias.

d) Incorporar la gestión por proceso clínico; En el ámbito ambulatorio esto se traduce en montar un expedito sistema de admisión de usuarios, que garantice la citación de los usuarios priorizados en lo posible por el equipo de salud de atención primaria (para primeras consultas); que cite en forma oportuna y se anticipe a las ausencias, de modo de no perder consultas por ausentismo; que los usuarios accedan a los controles sucesivos con todos los exámenes y procedimientos que el clínico encargó; que las altas de atención abierta de especialidades sean explícitas y con debida información al equipo derivador; que la atención ambulatoria derivada de las unidades de emergencia o de otros dispositivos de la red tenga acceso protocolizado; que los profesionales cumplan con los policlínicos programados; que la calidad clínica sea evaluada y auditada en forma programada; que se organicen y protocolicen los procesos encadenados, por ejemplo: la relación de consulta quirúrgica – exámenes preoperatorios – visita preanestésica – tabla quirúrgica – hospitalización.

e) Coordinación de las atenciones y procedimientos a un mismo usuario: En una visión de organizar la atención pensando en el usuario y no en la “comodidad” del prestador de servicios, debe tenderse no sólo a una coordinación óptima de toma de muestras, y realización de procedimientos, con relación a las consultas, intentando concentrarlas en el tiempo, sino que también habrá que coordinar a los distintos especialistas que pudieran requerirse, de tal forma que den cita en forma coordinada, evitando viajes repetidos del usuario y dando un enfoque multidisciplinario a la atención. Por ejemplo, en el manejo del niño con fisura labio palatina, en vez de que éste deba venir en distintos momentos a la consulta del cirujano, del foniatra, del odontólogo, del otorrino, se organiza la agenda de tal forma que en una misma visita, es visto por los distintos profesionales, quienes luego ponen en común sus observaciones y diseñan colectivamente un plan de trabajo.

f) Intervenir los flujos de atención, mediante incremento de la proporción de altas del nivel secundario, aumento de consultas nuevas para atención primaria y disminución de la proporción de interconsultas internas en la atención de especialidad. Esta última es una práctica que distorsiona la red asistencial; si un usuario que es controlado en determinada especialidad presenta un motivo de consulta diferente, que excede las habilidades de su especialista tratante y éste lo quiere derivar, en la gran mayoría de los casos deberá hacerlo al nivel primario, pues lo más probable es que se trate de un cuadro de medicina general; sin embargo, los especialistas con gran frecuencia derivan donde sus colegas del mismo centro, generando con ello una carga innecesaria a la demanda por especialidades. La generación de interconsultas al interior de un establecimiento de especialidades ambulatorias debe estar protocolizada, y la dirección del establecimiento debe velar porque estos protocolos se cumplan.

El establecimiento deberá contemplar una forma adecuada de apoyar a la red de urgencias local, estableciendo formas protocolizadas de gestionar la atención especializada derivada desde la urgencia, de acuerdo al modelo de gestión en red, considerando las especificidades de aquellos casos que por razones clínicas, deben acceder en tiempos más breves al especialista.

Existe el desafío de crear otras formas de intervenir los flujos de atención, concordadas en la red asistencial, considerando reorganizar o reasignar recursos; un ejemplo lo constituyen las personas con hipotiroidismo, que se controlan una vez al año o menos en medicina interna o endocrinología, y donde bastaría con autorizar la realización de exámenes y transferir los medicamentos para que el equipo de salud de otro establecimiento de menor complejidad asuma los controles, dejando a los especialistas para los casos que realmente lo ameritan. Como éste, hay muchos ejemplos que las redes pueden ordenar mejor, en beneficio de los usuarios y del mejor uso de los recursos.

g) Instalación de prácticas de mejoramiento continuo de calidad, de tal forma de desarrollar una cultura de constante revisión de los procesos e instalación de nuevas prácticas basadas en el análisis crítico. Aportan al mejoramiento continuo de la calidad prácticas sistemáticas de auditoría, el análisis de las encuestas realizadas por el establecimiento; el análisis de las quejas y reclamos; el fortalecimiento de sistemas de información a los usuarios; la instalación del consentimiento informado; la implementación de propuestas innovativas y la capacidad de evaluación de resultados.

El sector público, en todos sus puntos de encuentro con los ciudadanos, ha establecido mecanismos comunes de entrega de información, acogida a las demandas y solicitudes, canalización de los reclamos y felicitaciones (OIRS). En los establecimientos hospitalarios debe haber constante preocupación por generar y mantener este nuevo trato, ciñéndose a las normativas específicas que para estos efectos se reciben. Particularmente, debe trabajar concientemente por mejorar el trato a las personas en todos los puntos de contacto entre usuario y establecimiento, particularmente en el ámbito ambulatorio, donde el volumen de prestaciones diarias es elevado. Como parte de estos procesos, el establecimiento debe medir la satisfacción usuaria en forma sistemática.

Se debe verificar que esté debidamente incorporado el consentimiento informado en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos pertinentes. El equipo clínico debe tener especial cuidado de entender el consentimiento informado como un proceso en el cual se entrega información en forma oportuna, veraz y comprensible al usuario y su familia, se da el tiempo para que la familia pueda hacer las consultas que estime pertinente y se respeta la toma de decisiones que libremente ellos hagan; del mismo modo, las decisiones del usuario y su grupo familiar deben quedar consignadas en consentimientos informados con copia en la ficha clínica.

Las estrategias enumeradas en los puntos anteriores son particularmente relevantes en el modelo de garantías explícitas, cuya lógica es precisamente el seguimiento de la persona durante todo el proceso clínico, resguardando el cumplimiento de los tiempos y los procesos a los cuales el usuario tiene derecho. En el mediano plazo, esta forma de organizar las tareas debiera ser la que ordene todas las acciones clínicas de los establecimientos de las redes asistenciales.

1.3. Incrementar proporcionalmente la Cirugía mayor ambulatoria - cirugía de día

Una de las innovaciones de manejo terapéutico más significativas es la *Cirugía Ambulatoria*. Este concepto, cuya definición abarca a todo procedimiento quirúrgico mayor, ya sea electivo o de urgencia, que es resuelto sin que el paciente pernocte en el establecimiento. La *Cirugía de Día*, definida como los procedimientos quirúrgicos ejecutados en el mismo día que el paciente llega, para luego ser enviado a su casa antes de la noche, es una de las variedades que presenta la cirugía ambulatoria. El concepto también se hace extensivo a la permanencia del usuario en el hospital por un periodo menor a 24 horas y que utiliza camas de tránsito.

Son cada vez más las tecnologías que permiten abordar de manera más simple problemas de salud que antes requerían una gran infraestructura y apoyo logístico, y que se expresaban en prolongadas permanencias de los usuarios en los hospitales. Si bien, esta tendencia a la ambulatorización del manejo del usuario puede considerarse como una tendencia bastante general, los grados de avance en este proceso, así como los límites

del mismo, dependerán de circunstancias que exceden el ámbito de competencia de los establecimientos o de las capacidades técnicas del equipo de salud. Resulta evidente que las condiciones generales de vida de las comunidades, la accesibilidad geográfica y las fortalezas relativas de las redes de apoyo familiar y social, condicionarán la posibilidad de ambulatorizar el manejo de cada usuario en forma específica.

Es necesario que los programas de cirugía ambulatoria, considerando en ellos a la cirugía de día, incluyan en sus protocolos pre-quirúrgicos la evaluación social del paciente y que consideren a éste y a su contexto familiar de manera protagónica, de modo que el equipo de salud evalúe en conjunto con el usuario y/o sus familiares la mejor alternativa terapéutica para sus circunstancias individuales.

Este tipo de práctica estará supeditada además a la realidad geográfica de cada localidad, y la posibilidad que tengan los pacientes de acudir al establecimiento en caso de complicaciones. Esta debe ser una instancia que permita articular la red y haga participar a los equipos de la Atención Primaria de tal forma que ellos también conozcan el proceso, los riesgos y se enfrente la situación en forma sinérgica y colaborativa.

1.4. Hospital diurno

Esta modalidad también se inscribe dentro de las tendencias al manejo ambulatorio de los problemas de salud. Se entiende al hospital diurno como un tipo de atención que brinda apoyo al usuario sobre la base de la concurrencia de éste al hospital, o bien al centro de especialidades ambulatorias, de manera de recibir en sus dependencias algunos tratamientos durante el día, pero que no requieren que la persona permanezca en el recinto ocupando una cama.

Podrían incluirse en esta modalidad las unidades de diálisis, de quimioterapia, las salas de medicina física y rehabilitación, unidades de terapia ocupacional en salud mental, de terapia contra adicciones, etc.

El hospital diurno de psiquiatría es una alternativa a la hospitalización para personas con trastorno mental grave y que cuentan con red social de apoyo, y como post alta para acortar el tiempo de hospitalización. El Hospital de Día ofrece particulares ventajas en la inserción territorial, por su capacidad de actuar como interfase entre el abordaje clínico y el psicosocial, con amplia apertura hacia ambos espacios de relación; por los menores costos en infraestructura y gastos corrientes, incluidos el efectuado en recurso humano; por su alta capacidad resolutive de cuadros agudos, considerando el abordaje integral de la persona (incluyendo el usuario directo y su familia) integrando ampliamente las variables psicosociales e iniciando procesos de rehabilitación.

2. Urgencia – Emergencia

Existen, al menos, dos visiones desde las cuales se puede abordar la atención de urgencia. Desde la perspectiva de la demanda, existen ciertas necesidades de atención que las personas valoran subjetivamente como imposterables y que las motivan a buscar atención con mayor premura que frente a otros problemas de salud. Por otro lado, desde la perspectiva de la oferta, también existen ciertas condiciones que son evaluadas por los equipos de salud como requirentes de atención imposterable. Ambas visiones son complementarias, aunque no necesariamente idénticas. La primera, conocida como *Atención de Urgencia* propiamente tal, se construye desde la subjetividad del usuario, o de quienes se encuentran cerca de él, en el momento de necesidad. En el segundo caso, nos encontramos con una valoración normativa del equipo profesional a partir de la aplicación de criterios clínicos. En este caso se habla de *Atención de Emergencia*.

La atención de urgencia ha sido generalmente organizada como prestaciones ofrecidas en forma inmediata en establecimientos de salud de diverso nivel de complejidad asistencial. Sin embargo, la evolución de los servicios ha permitido conceptualizar este tipo de atención en dos componentes: *intramuros* y *extramuros*. El

primer componente está representado por la atención que se brinda en establecimientos de salud, cualquiera sea su nivel de complejidad. El segundo componente se ha conocido como *Atención Pre-hospitalaria* y corresponde a aquella atención que se otorga antes que el usuario sea admitido en el establecimiento de salud (en la vía pública, en lugares de asistencia masiva, en domicilio).

Además de las atenciones de urgencia habituales que los establecimientos hacen en el contexto de las necesidades de su red asistencial, los establecimientos deben estar preparados para reaccionar coordinadamente con las autoridades regionales y nacionales ante accidentes, incendios, y catástrofes naturales.

Desde un enfoque sistémico y en consonancia con el concepto de modelo de atención que fuera previamente definido, el sistema de atención de urgencia es un núcleo estratégico de gran importancia en la respuesta de los sistemas de salud a las necesidades de la población. Este sistema se organiza en la **red de urgencias**, integrada por los dispositivos que atienden urgencias en la atención primaria (Servicios de Atención Primaria de Urgencia - SAPU, y dispositivos de urgencia rural), las Unidades de Emergencia Hospitalarias y el sistema de Atención Prehospitalaria. Esta red está definiendo roles para cada dispositivo asistencial e intencionando el uso adecuado por los usuarios, de acuerdo a complejidad y con sistemas expeditos de derivación mutua. Los SAPU han permitido mejorar la accesibilidad y disminuir la presión de urgencias hacia los centros hospitalarios.

Los cambios que se han estado observando en la atención de urgencia en los sistemas de salud, han tenido como concepción subyacente la atención progresiva del usuario, desde que éste presenta la necesidad de atención hasta que dicha atención le es entregada en la unidad asistencial cuyo nivel sea el más adecuado para su problema específico.

El perfil de la consulta de urgencias de adultos ha sufrido un rápido cambio que acompaña el cambio epidemiológico poblacional: el aumento de la consulta no quirúrgica de adultos de 50 y más años portadores de enfermedades crónicas multisistémicas descompensadas, lo que ha llevado a la necesidad de reorientar el perfil de los especialistas en turno, que históricamente eran cirujanos y traumatólogos mayoritariamente, debiendo destinarse cada vez más horas de médico internista.

Los servicios de urgencia tradicionales han visto reducir sus camas de hospitalización para transformarse, de manera creciente, en estaciones transitorias de manejo del usuario, en las cuales se realizan procesos terapéuticos que finalmente concluyen en la decisión de remitir al usuario a la comunidad de donde procede, o bien, internarlo en la unidad de atención cerrada más adecuada a su problema de salud.

2.1 Atención prehospitalaria

Desde un punto de vista sanitario global, el objetivo de la atención pre-hospitalaria es brindar atención al usuario en el lugar donde se produce la emergencia, en el menor tiempo posible, así como trasladarlo en las condiciones de estabilización que requiera hasta el centro asistencial más adecuado a su situación específica. En el continuo de atención, el sistema pre-hospitalario concluye con la entrega del usuario en el establecimiento asistencial, donde seguirá su atención de acuerdo a sus condiciones específicas de salud y a los protocolos que se hayan establecido. Por la naturaleza de esta actividad, ésta se instala prioritariamente en grandes ciudades y en carreteras con alta tasa de accidentabilidad.

La organización de sistemas de atención de urgencia pre-hospitalaria, desde que se genera la alarma de atención, involucra una serie de procedimientos que incluyen la recepción de la llamada en un centro especialmente habilitado para ello, la evaluación de la necesidad de la persona demandante de atención por parte de personal adiestrado, la decisión respecto al tipo de intervención requerido y su implementación en terreno, así como la evaluación, estabilización y el transporte del usuario hacia el centro asistencial en adecuadas condiciones.

Universalmente se han estado observando esfuerzos orientados a organizar sistemas de atención de urgencia pre-hospitalaria cuyo objetivo es llevar la respuesta ante la emergencia al lugar donde ésta se requiere. Desde un punto de vista estructural, estos sistemas consideran un sistema telefónico con un número público sencillo, al que las personas pueden llamar solicitando atención. La llamada es recepcionada por una operadora especialmente adiestrada, quien efectúa un tamizaje, para lo cual cuenta con un conjunto de protocolos que guían su accionar, permitiéndole resolver el problema o derivarlo al profesional que brindará la orientación médica que corresponda. El sistema de recepción y regulación sanitaria de las llamadas se complementa con otro componente fundamental del sistema prehospitario, constituido por los vehículos y el personal de rescate.

Los sistemas de atención de urgencia pre-hospitalaria, para funcionar de manera adecuada, requieren de recursos humanos profesionales y no profesionales especialmente adiestrados en el manejo de la emergencia, así como sistemas de comunicación y transporte con características distintivas.

Entre los recursos humanos que cumplen funciones diferentes a la que prestan en otras unidades de los servicios de salud, cabe mencionar al receptor de llamadas telefónicas, quien trasciende el rol de telefonista, pues entrega un primer nivel de orientación sanitaria y, eventualmente, toma decisiones respecto del despacho de vehículos de baja complejidad. En el extremo efector de la respuesta, se encuentra el equipo de rescate, cuya composición debe ser flexible en función de las condiciones específicas de cada situación. Entre el receptor de la llamada y el equipo de rescate se ubica, como recurso estratégico, el profesional modulador o regulador de la respuesta. El regulador entrega un mayor nivel de orientación sanitaria a la población que llama demandando atención, decide respecto del despacho de vehículos de diferente nivel de complejidad y, eventualmente, entrega soporte técnico a distancia a quienes concurren en el vehículo de rescate a brindar la intervención de emergencia.

Independientemente de la composición de los equipos humanos de atención pre-hospitalaria, todos sus integrantes deben cumplir con un requisito de capacitación en el manejo de la emergencia médica, siendo la certificación de aprobación satisfactoria del o los cursos específicos, una condición básica de su acreditación para poder desempeñarse en el sistema de atención pre-hospitalaria.

En relación con el apoyo logístico, éste se centra en los sistemas de comunicaciones y de transporte. Los sistemas de comunicación deben considerar los medios telefónicos y radiales, que posibiliten la comunicación de las personas que demandan atención con el centro de recepción y regulación de los llamados, así como la comunicación, en todo momento, entre éste y los equipos de rescate. Debido a la heterogénea geografía de los países de la Región, los sistemas de comunicación que garanticen la mejor conectividad, pueden tener diseños y características técnicas diversas. En el mismo sentido, los vehículos, en términos de su equipamiento y del personal que transportan, deben tener diferentes características para poder concurrir al lugar donde se requiere la atención con la capacidad resolutoria más adecuada, maximizando de este modo, la eficiencia en el uso de los recursos. La ubicación en la que permanecen los vehículos y los equipos de rescate, en espera de la llamada que desencadena la respuesta del sistema, debe considerar, como variables más importantes, la densidad poblacional y el tiempo que el vehículo se tarda en llegar hasta el punto más distante de su radio de acción. Esto significa considerar el estado físico de las vías, accesibilidad (terrestre, aérea, marítima o fluvial) así como las condiciones de tráfico. Obviamente, todo esto determina que la ubicación de los equipos y vehículos de rescate tenga una concentración diferente en ciudades que en carreteras y zonas rurales.

2.2 Unidad de Emergencia Hospitalaria (UEH)

Es el dispositivo de entrada de las urgencias y emergencias de mayor complejidad en un establecimiento hospitalario; atiende las especialidades quirúrgicas y no quirúrgicas, contando con los recursos para resolver situaciones de emergencia vital, estabilizar personas, intervenir quirúrgicamente si es necesario, acceder a la hospitalización de acuerdo a la complejidad y expectativas del usuario e iniciar tratamientos

o estabilizar a aquellos usuarios que pueden resolver su problema o ser derivados a atención ambulatoria. También colabora con procedimientos médico – legales en situaciones de violencia en la comunidad o accidentes de diferentes tipos.

Por su naturaleza, las UEH deben permanecer abiertas y accesibles todos los días y a toda hora, ya sea que reciban usuarios derivados o consulta espontánea.

La atención debe organizarse por prioridad sanitaria, es decir, en esta unidad es legítimo que el criterio clínico de emergencia predomine sobre el orden de llegada para recibir atención; el jefe de turno debe contar con acceso a procedimientos, a decidir el uso de las camas del establecimiento al que se asocia o pertenece la unidad, y a conseguir los medios para tratar o compensar al usuario; por ejemplo, a conseguir cama en una unidad de paciente crítico de la red o ajena a ésta si fuese necesario.

- **Priorización o categorización en Unidad de Emergencia Hospitalaria**

El procedimiento para priorizar la consulta espontánea es conocido como *triage*, aún cuando las palabras *priorización* o *categorización* representan un concepto más exacto del procedimiento. Se han descrito diferentes ventajas de la categorización, destacando como su mayor beneficio la seguridad del usuario, que es sometido a una valoración clínica a su llegada a urgencias, para determinar en forma objetiva, si requiere de manejo inmediato o admite espera para la consulta médica. A esto se agrega la tranquilidad que ofrece al usuario y la familia entrar en contacto rápidamente con un representante del equipo de salud que le explique sobre su condición clínica.

Desde la perspectiva del equipo de salud, el sistema de priorización conduce a la organización del trabajo diario de manera confiable, siempre y cuando exista relación entre el resultado de la priorización y el diagnóstico final; del mismo modo, permite la utilización racional del recurso humano y técnico, dada una realidad de demanda que sobrepase la capacidad del equipo para dar atención de urgencia dentro de tiempos aceptables.

Las características actuales de alta resolutivez de la Unidades de Emergencia Hospitalaria (UEH) en establecimientos de mayor complejidad, hacen que muchos usuarios prefieran solicitar atención en ellas para satisfacer en forma habitual sus necesidades de salud, declinando consultar en forma electiva en Centros de Salud de nivel primario, donde la población que se inscribe se atiende habitualmente en forma programada, y donde se realizan actividades con enfoque más preventivo e integral. Esta conducta atenta contra el modelo de atención general, basado en autocuidado y educación; y es uno de los fundamentos de orientar la consulta no calificada como emergencia a los centros de salud primaria.

- **Categorías de usuarios de UEH:**

La categorización en uso, basada en la experiencia internacional de categorización en catástrofes masivas, clasifica a los usuarios por complejidad desde C1 hasta C4:

- Usuario C1: Requiere reanimación inmediata por riesgo vital inminente. Pasará a unidad o box de reanimación, donde será estabilizado y recibirá las acciones terapéuticas según protocolos (médicas y quirúrgicas). Habitualmente estos usuarios, una vez estabilizados, tendrán que ser hospitalizados en la Unidad de Paciente Crítico (UPC).
- Usuario C2: De alta complejidad o que por el carácter de su patología requerirá de acciones diagnósticas y/o terapéuticas que determinan un período de observación u hospitalización antes de su alta.
- Usuario C3: De complejidad media que por el carácter de su patología requerirán de acciones diagnósticas y terapéuticas que determinan un período de observación u hospitalización antes de su alta.

- Usuario C4: De complejidad baja o usuarios de patología banal que debería ser resuelta en un SAPU o centro de atención primaria. De preferencia los pacientes de esta categoría serán orientados a atenderse en otro punto de la red; se les hará un diagnóstico, se les dará una receta y/o se les remitirá directamente a atención primaria a continuar tratamiento, con documento que acredite haberse evaluado en la Unidad de Emergencia Hospitalaria.

• **Unidad de Emergencia y rol en la red**

Las rápidas variaciones del perfil epidemiológico, particularmente en la atención de adultos, demandan flexibilidad y capacidad de respuesta por parte del establecimiento, de modo que la oferta de atenciones se adapte a la nueva realidad. En particular, los turnos de urgencia deberán tener un equilibrio diferente al histórico entre médicos internistas, cirujanos generales (y anestesistas), traumatólogos y neurocirujanos, más otros especialistas de acuerdo a la red de que se trate; del mismo modo, el jefe de turno, con visión de red y enfocado a dar servicio a los requerimientos de la Atención Primaria, es fundamentalmente un gestor de demanda que debe dirigir el proceso propio de la unidad: categorización de pacientes – atención de los prioritarios y ordenamiento de los recursos involucrados, reeducación de los no prioritarios por parte del turno – flujo de salida hacia hospitalización o hacia domicilio – mantención del equipo dispuesto a reiniciar el ciclo de la atención.

El equipo de enfermería organiza y apoya los procesos diagnósticos y terapéuticos, la vigilancia de usuarios en proceso de compensación, la coordinación de procedimientos diagnósticos y terapéuticos y de traslados, la dispensación de fármacos, la categorización de usuarios y los procesos de gestión del recurso humano en turno. La gestión de los cuidados en la unidad de urgencia debe guardar continuidad y estrecha coordinación con la atención en la atención primaria y en las unidades de atención cerrada del establecimiento.

La Unidad de Emergencia de un establecimiento hospitalario debe ser considerada como unidad de apoyo, debe estar articulada con todos los establecimientos de la red y debidamente coordinada con la hospitalización del establecimiento, de modo que los equipos clínicos sean integralmente responsables de los pacientes de su especialidad, desde el momento de su ingreso a la unidad de emergencia. Las camas del establecimiento, idealmente organizadas en atención progresiva, deben organizarse en torno a las necesidades de la red, por lo tanto la unidad de urgencia debe ser considerada prioritariamente.

El establecimiento debe cooperar activamente a la educación de la población para que ésta recurra a los SAPUS y no acuda innecesariamente a los servicios hospitalarios. Para ello se deben definir estrategias comunes junto a la red asistencial.

3. Organización de servicios y principales estrategias de desarrollo de la atención cerrada

3.1. Hospital organizado por cuidados progresivos de pacientes

La Atención Progresiva es una forma de organizar la atención de las personas enfermas, de acuerdo a sus necesidades. En forma restringida se aplica a los hospitalizados; pero en su concepción más amplia abarca la atención a la salud de un determinado grupo de población en el cual hay sanos y enfermos y se utiliza para definir tres o cuatro niveles de complejidad.

Inicialmente algunos autores la definieron como “la confección a medida de los servicios hospitalarios para satisfacer las necesidades del enfermo” y también como “el enfermo preciso, en la cama precisa, con los servicios precisos, en el momento preciso”. En Chile, este proceso se inició con la tendencia a unificar unidades intensivas e intermedias y la eliminación progresiva de camas en los servicios de urgencia.

La necesidad de las redes en el proceso de reforma es gestionar las camas hospitalarias según riesgo – dependencia del paciente e intensidad del uso de recursos, predominando estos criterios por sobre la diferenciación de camas por especialidad. Ello no significa eliminar toda clasificación de camas, pues en el tipo de cuidados se puede definir la separación entre camas quirúrgicas, médicas, obstétricas, psiquiátricas, pediátricas y otros ámbitos que, por la naturaleza de los cuidados o de los servicios que presta el establecimiento, pueden mantenerse como unidades diferenciadas.

El surgimiento de nuevos sistemas organizacionales, como los matriciales, la inclusión de nuevas técnicas como el planeamiento estratégico y el avance de nuevas ciencias como la psicología social, llevó a plantear esta forma de organización. A la clásica disposición vertical de agrupamiento de las camas por especialidad se le superpone una modalidad de organización horizontal que da homogeneidad a la atención de aquellos usuarios que presentan un similar grado de compromiso de su salud o una similar necesidad de prestaciones, prácticas y cuidados.

Con esto se busca dotar al sistema de la máxima sencillez operativa como aporte al éxito de su implementación, de manera tal que para asignar cada usuario a una unidad, se usan criterios prácticos, lógicos, protocolizados y uniformes, concordados al interior de cada establecimiento.

En el ámbito hospitalario esta modalidad de atención permite la interacción de equipos interdisciplinarios, en beneficio del usuario, así como una mejor utilización del recurso cama. Para ello se organiza en niveles de complejidad creciente según las necesidades de atención de las personas. Se han descrito cinco categorías definidas por niveles de cuidado o de atención, que consideran tanto la atención intrahospitalaria como la atención entregada en el domicilio: Cuidados básicos; Cuidados moderados; Cuidados intermedios e intensivos; Hospital de día u hospital de noche; Programas de atención domiciliaria.

Desde el punto de vista operativo la asignación del recurso cama se hace centralizadamente, por una unidad especializada que puede ser homologada a una unidad de admisión, lo que optimiza el rendimiento de este recurso y propicia la mayor integración de los Servicios clínicos del Hospital, evitando el uso compartimentado.

Esta unidad tendría a su cargo la gestión de todas las camas del hospital incluyendo las que corresponden a cuidados intermedios e intensivos, para lo cual es imprescindible generar las condiciones adecuadas para ello mediante la formulación de protocolos, normas de ingreso y egreso, pautas de evaluación de usuarios las que permiten definir su necesidad de cuidado y por lo tanto la unidad a la que debe ser ingresado.

A manera de ejemplo, tradicionalmente se señala que un paciente es asignado a Cuidados Intensivos cuando tiene riesgo de vida y expectativa de recuperación; a Cuidados Intermedios cuando requiere atención de enfermería en intervalos frecuentes, medicación e hidratación parenteral, varios controles médicos en cada turno o manejo de intubaciones o drenajes complejos; a sala de agudos cuando los cuidados requeridos son menores que en el caso anterior, pero el usuario se encuentra aún inestable o descompensado. Los restantes pacientes que requieran internación y no integran ninguno de los grupos anteriores son incluidos en Cuidados básicos.

Hay que recordar que no son las camas las “básicas” o “complejas”, sino las personas usuarias las que requieren de diversas intensidades de cuidados en forma dinámica, y es la organización la que debe adaptarse para prestar eficaz y eficientemente dicho nivel de cuidados y no al revés. Es necesario cuidar de no rigidizar y parcelar innecesariamente la atención cerrada; por el contrario, habrá que tender a la mayor flexibilidad centrándose en cada usuario en particular. Las personas que demandan atención cerrada cada vez más requieren de un nivel de cuidado complejo (“intensivo” o “intermedio”), debatiéndose hoy si acaso las tradicionalmente llamadas “camas básicas” no deben estar en dispositivos distintos al establecimiento hospitalario de alta complejidad.

Algunas ventajas del cuidado progresivo de pacientes:

- ❑ Aumenta la accesibilidad a las camas, poniendo éstas al servicio de la prioridad clínica de los usuarios. Se evita así la paradoja de que un usuario con indicación de hospitalización no se interna por estar la sala de la especialidad completa, mientras otra tiene camas libres. En este sistema prima el principio que la cama es del primero que concurre en su demanda si se cumplen los requerimientos clínicos de complejidad y priorización.
- ❑ Se hace más flexible la utilización de los recursos, adaptándolos en forma rápida y eficaz a las cambiantes necesidades que se puedan plantear en la comunidad.
- ❑ En caso de catástrofes o desastres que alteran la capacidad natural de respuesta de un efector, resulta más sencilla la adaptación del hospital a la emergencia por contar ya con sectores predeterminados, personal y equipamiento adecuado para atender las distintas complejidades, siendo sólo necesario habilitar un sector para usuarios graves no recuperables.
- ❑ El trabajo en equipo y una mayor atención en la confección y uso de la historia clínica, con actualizaciones y supervisión diaria, redundan en un aumento de la calidad de atención. Hay un aprovechamiento intensivo del trabajo profesional específico y el impacto de un buen jefe de servicio puede ser mayor.
- ❑ En lo referente a enfermería, resulta conocido el déficit de personal con adiestramiento profesional lográndose con este modelo un aprovechamiento más racional e intensivo del mismo, ya que con poco personal bien entrenado se puede atender un importante sector de cuidados básicos, mientras se destina el resto de personal al cuidado de pacientes que más lo necesitan; es decir se regula la energía asistencial con relación a los requerimientos de atención.
- ❑ El paciente es visto como un todo biopsicosocial, reconoce a un equipo de salud a cargo, lo que hace que se sienta más seguro; se favorece el uso adecuado de la tecnología, conveniente, necesaria y suficiente a través de una apropiada redistribución interna.

El cuidado progresivo se organiza en base, al menos, a los siguientes niveles, dependiendo de la complejidad del establecimiento:

- En el ámbito de las Unidades de Pacientes Críticos (UPC): son las unidades de atención a usuarios más graves e inestables, que requieren apoyo multisistémico hasta la compensación de sus signos vitales y hemodinámicos. Las UPC tienen áreas de tratamiento intensivo e intermedio, y algunas específicas como de recuperación cardiológica. Generalmente funcionan en forma independiente las UPC de adultos, pediátricas y neonatológicas. La complejidad e integralidad del cuidado de estos pacientes ha conducido al surgimiento de la especialidad médica de intensivista; por ello, se debe evitar el surgimiento de unidades de cuidados intensivos de especialidades y tender al desarrollo de unidades integrales.
- En el ámbito de las Camas de agudos: son camas medicoquirúrgicas, que se utilizan en una fase de descompensación del paciente. Se asocian a una fase de descompensación del paciente, que en general debiera compensarse en horas o pocos días, por lo que deben tener un índice ocupacional bajo. La dependencia de cuidados de enfermería es alto y con grados de monitorización variables.
- En el ámbito de las Camas de cuidado básico: también pueden ser médicas y/o quirúrgicas, de adultos, pediátricas o gineco obstétricas; reciben pacientes desde otros puntos de la red o desde atención más compleja; deben gestionarse en forma eficiente para completar un proceso terapéutico o diagnóstico, y actuar preparando el retorno del paciente a su domicilio.

3.2. Equipo tratante y organización de los cuidados

a. Visita clínica médica: El paciente hospitalizado debe ser evaluado al menos diariamente por el equipo tratante, (ello estará protocolizado de acuerdo al tipo de cuidado, en las categorías arriba mencionadas) quien ajustará las indicaciones al estado del paciente y a los resultados obtenidos de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Los registros clínicos deben cumplir con los atributos de máxima calidad.

Se debe asegurar a los pacientes hospitalizados un profesional de cabecera que coordine la atención e información para el usuario, sus familiares y el equipo de salud de atención primaria: En cada unidad de hospitalización se debe establecer quién es el médico a cargo de cada paciente; éste debe conservar dicho rol, de modo que la relación con la familia no sufra los vaivenes del cambio de interlocutor. En algunos establecimientos se apoya esta función con profesionales del área social, que gestionan la relación administrativa y los preparativos al alta, de modo que la cama hospitalaria tenga el uso más eficiente. El médico a cargo del usuario, además de informar a la familia y al propio enfermo, debe informar a los equipos clínicos de cabecera de éste (en el centro de atención primaria), a través de la epicrisis o acogiendo sus requerimientos de información. Al informar al usuario debe obtener los consentimientos que las intervenciones diagnósticas y terapéuticas requieran.

No se puede olvidar que el recurso cama es evidentemente escaso, particularmente para usuarios adultos que requieren de cuidados más complejos, por lo tanto **es clave utilizar diferentes estrategias tendientes a disminuir los promedios de días de estada**, ya que esto implicará mayor accesibilidad para los usuarios y mayor productividad para el establecimiento, lo que redundará favorablemente en la equidad. Dentro de estas estrategias cabe señalar el articular lógicamente y funcionalmente las unidades de apoyo diagnóstico, de modo de disminuir los tiempos muertos o perdidos por espera de exámenes, procedimientos o quirófano; el contar con la posibilidad de alta todos los días de la semana, incluidos fines de semana y festivos; y contar con policlínicos de seguimiento a altas precoces.

b. Gestión de apoyo al cuidado del paciente hospitalizado: El apoyo de enfermería en sala de hospitalización debe contemplar la implementación eficiente y oportuna de las diversas acciones que responden a las necesidades diagnósticas, terapéuticas y de confort del usuario, requeridas por el equipo tratante y por los protocolos de cuidados: la toma de exámenes de laboratorio, la coordinación de otros procedimientos diagnósticos, las curaciones, manejo de vías y equipos conectados al usuario, la administración de fármacos, la obtención de informes y resultados, la coordinación de pabellones e interconsultas.

c. Interconsulta intrahospitalaria: Modalidad mediante la cual un usuario es evaluado por uno o más especialistas, a requerimiento del profesional de cabecera; la organización interna debe garantizar que las solicitudes sean atendidas en plazos al extremo breves, de modo de optimizar el avance de los procesos clínicos del paciente hospitalizado; el especialista interconsultor deberá consignar en la ficha clínica todo lo concerniente a la consulta, y articular con el médico a cargo y con enfermería los procedimientos que solicite o recomiende, así como las siguientes visitas de evaluación del paciente.

3.3 Los servicios clínicos y el modelo

El nuevo modelo propuesto en este documento, propugna el fortalecimiento de los servicios clínicos, entendiendo que el centro del quehacer del servicio clínico debe girar en la búsqueda de la excelencia en su área específica de quehacer asistencial, en la óptima atención de los pacientes, en el desarrollo del conocimiento, la generación de guías y protocolos en base a la evidencia, así como el aprendizaje continuo, la docencia y la investigación.

La diferencia es que el servicio clínico deja de ser sinónimo de un número determinado de camas. El servicio clínico pasa a ser la unidad de identidad y desarrollo de competencias que se organiza en torno al desarrollo de sus propias experticias, y que presta servicio a distintas unidades funcionales o centros

de responsabilidad tanto de atención abierta como cerrada, independientemente que dicho apoyo deba darse en dispositivos de la atención primaria o en unidades de cuidados intensivos.

El usuario demandante de atención abierta o cerrada pasa a ser responsabilidad de un equipo indistintamente el espacio o lugar funcional en que este vaya permaneciendo. Por tanto la responsabilidad clínica de la especialidad es un continuo desde la atención primaria, la urgencia, la hospitalización de carácter progresivo, hasta la resolución de su problema y/o su devolución al equipo de salud de cabecera en atención primaria.

Los servicios clínicos sistematizan sus avances y su desarrollo clínico a través de las reuniones clínicas, que deben ser fuertemente retroalimentadas por información de la red asistencial, sus prioridades, los avances, resultados y datos del quehacer asistencial de toda la red.

4. Modalidades de atención cerrada a atención domiciliaria

En este capítulo, desarrollaremos otras opciones de atención cerrada, o que se encuentran en la frontera entre lo abierto y cerrado, muchas de las cuales dependen funcional y administrativamente de los establecimientos hospitalarios:

En materia de duración de la hospitalización, es posible establecer una gradiente que se extiende entre dos extremos: en uno, la hospitalización de larga estadía, y en el otro, la hospitalización domiciliaria.

4.1 Hospitalización de larga estadía:

A medida que las innovaciones terapéuticas y el incremento de costos han impactado sobre el hospital tradicional, el carácter de establecimiento para pacientes de tipo agudo ha obligado a desarrollar otras alternativas para el manejo de pacientes por periodos más extendidos. Surgen así los servicios, unidades o establecimientos de larga estadía, en los cuales la atención médica requerida no es de alta complejidad, pero los cuidados de enfermería y otras profesiones paramédicas son más relevantes. Este fenómeno irá cobrando creciente importancia a medida que las poblaciones van envejeciendo y se vaya mejorando la capacidad de respuesta social a las necesidades de los adultos mayores.

La hospitalización de larga estadía siempre ha estado presente en la atención hospitalaria, pero ha ido modificándose a medida que los tratamientos han evolucionado haciéndose más eficaces. Un ejemplo clásico en este sentido son los sanatorios para pacientes tuberculosos.

También en el ámbito del cuidado en salud mental, ha sido relevante la definición de larga estadía, acotada en la actualidad de modo de evitar la institucionalización de por vida de pacientes crónicos.

4.2 Hogares y residencias protegidos:

Dentro de los dispositivos impulsados por Salud Mental, hay que destacar modalidades como los “Hogares Protegidos”, la que se define como una instancia residencial transitoria para personas con discapacidad por causa psíquica que no tienen habilidades para vivir independientemente y no cuentan con el apoyo de sus familias, y que comparten una vivienda inserta en la propia comunidad; toda persona ingresada a un Hogar Protegido tiene derecho a utilizar todo el sistema de atención. La continuidad del proceso de tratamiento y rehabilitación debe ser responsabilidad del equipo de Salud Mental y Psiquiatría Comunitaria en coordinación con los profesionales que atienden los usuarios en otros componentes de la red.

Estas viviendas constituyen la mejor alternativa habitacional, en la cual las personas con discapacidad psiquiátrica puedan mejorar sus habilidades y funcionamiento en un ambiente de “Hogar”, facilitando así el proceso de rehabilitación, y buscan facilitar la reinserción social, familiar y laboral.

Por otra parte, a diferencia de los hogares, están las residencias protegidas, las que están planteadas para personas que requieren de mayor cuidado. Estas últimas se definen como una instancia residencial para personas que por su discapacidad psíquica, social y clínica, no tienen las habilidades para vivir en forma independiente, no cuentan con el apoyo de sus familias y requieren un ambiente terapéutico con un mayor nivel de cuidados de enfermería y de protección que los residentes definidos para hogar protegido

Este modelo a su vez, aparece muy atractivo para personas que por su condición de salud, requieren de baja complejidad en el apoyo tecnológico y alta intensidad en los cuidados, ya que éstos pueden darse en el contexto de dispositivos insertos en el hábitat de las personas.

4.3 Hospitalización domiciliaria

En la actualidad los cambios demográficos, sociales y de los patrones de morbilidad, así como las constantes innovaciones en el campo de la tecnología, están estimulando la aparición y difusión de nuevas formas de asistencia y atención hospitalarias²⁶. Como consecuencia, se han ideado y promovido numerosas opciones institucionales, ambulatorias y domiciliarias de atención de la salud. La Hospitalización Domiciliaria, una de ellas, está adquiriendo cada vez más importancia en las distintas organizaciones sanitarias y sociales, así como en diferentes sectores de la sociedad (usuarios y familiares, administración sanitaria, profesionales y servicios sanitarios).

La Hospitalización Domiciliaria es una alternativa asistencial del sector salud que consiste en un modelo organizativo capaz de entregar un conjunto de atenciones y cuidados profesionales de rango hospitalario, tanto en calidad como en cantidad, a los usuarios en su domicilio, cuando ya no precisan de la infraestructura hospitalaria pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja. En esta modalidad, el paciente es manejado en su casa en condiciones de apoyo médico, de enfermería y tecnológico equivalente al manejo que tendría en el hospital. En este caso, la miniaturización y las innovaciones tecnológicas que favorecen la portabilidad de los equipos es uno de los elementos que ha impulsado el desarrollo de esta modalidad. Por cierto que detrás de este esfuerzo se encuentra la búsqueda de la sinergia entre el apoyo tecnológico disponible y la fortaleza del medio ambiente familiar del paciente.

Por lo anterior, es necesario diferenciar de esta definición conceptos como Asistencia domiciliaria, Visita domiciliaria, Cuidado domiciliario, Cuidados paliativos domiciliarios, Asistencia de urgencia domiciliaria y Atención de postrados, entre otros.

Para el usuario y su familia tiene las ventajas de favorecer una asistencia más personalizada y humanizada y para la red de servicios un mejor uso de sus recursos. Las desventajas posibles pueden derivarse de una mala elección del caso, de sobrecarga emocional y de trabajo para el cuidador del paciente incorporado al programa, así como de transferencia innecesaria de gastos a la familia.

En el desarrollo de programas de hospitalización domiciliaria es importante, entre otros aspectos, contar con la aceptación de la familia, con las condiciones de estructura y soporte adecuadas para el cuidado, y con una adecuada coordinación con el equipo tratante.

26 Rev. Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health 10(1), 2001

IV LA GESTIÓN DE LAS UNIDADES DE APOYO A LOS PROCESOS GENERADORES DE PRODUCTOS FINALES

1. Conceptos generales

Las unidades de apoyo clínico y administrativo no son un elemento aislado y ajeno a la atención directa del paciente y, por lo tanto, constituyen uno de los elementos integrantes de la funcionalidad y la calidad del establecimiento hospitalario contemporáneo. Estos establecimientos, como empresas sociales de gran complejidad y de uso intensivo de recurso humano cada vez más calificado, afrontan decisiones estratégicas de creciente dificultad en torno a la definición de sus áreas principales de producción. En este sentido, surge la necesidad de obtener productos intermedios con ganancias en eficiencia y calidad. Por ello, es clave decidir dónde, cómo y con quién obtenerlos. Por otra parte, surge la necesidad también estratégica de crear o reforzar unidades especializadas de apoyo en servicios poco destacados con anterioridad, como la atención al usuario o la coordinación de pacientes en red.

En este contexto, las unidades administrativas clásicas dependientes de las direcciones administrativas de los hospitales (servicios generales, abastecimiento, recursos humanos, recursos financieros, entre otros) se constituyen en apoyos estratégicos para el conjunto de procesos productivos.

En la pasada década se han subcontratado aisladamente diversos servicios de apoyo, empezando por la limpieza, la lavandería y la alimentación. También se ha experimentado con la subcontratación de esterilización y unidades de apoyo diagnóstico, así como para procesos relacionados con el abastecimiento y el bodegaje. Lo que se pretende con esto es disminuir la dispersión de procedimientos administrativos y reorientar las plantas de funcionarios. La externalización de estos servicios requiere el desarrollo de competencias vinculadas a definir con precisión qué se necesita, dónde, cuándo y en qué condiciones; se debe ser muy preciso y cuidadoso en los términos de referencia de las licitaciones, y en las evaluaciones de las empresas contratadas, de modo de obtener los productos de la calidad y oportunidad esperadas.

En este ámbito, hay que examinar críticamente las tendencias actuales, evitando aplicar la externalización como un dogma; cada hospital deberá examinar la conveniencia de contratar o no algunos servicios de apoyo. Entre los antecedentes a considerar en la toma de decisión, se debe analizar la infraestructura disponible y su uso alternativo, la disponibilidad para reconvertir el recurso humano, el costo unitario de producción y la situación del mercado local. La decisión de externalizar debe guardar relación, fundamentalmente, con la focalización de los recursos humanos en lo medular del quehacer del establecimiento: la producción asistencial. Por lo tanto, tiene que estar contextualizada en el plan estratégico del establecimiento y previsto los desafíos de gestión del cambio, particularmente comunicación, concertación y capacitación.

Lo que nunca puede olvidarse, es que no se puede externalizar la “responsabilidad” que el establecimiento ha contraído con la sociedad. Por tanto, los procesos productivos esenciales que guardan relación con la generación de los productos finales son responsabilidad y deben ser ejecutados por el propio establecimiento. Los centros de responsabilidad clínicos encargados de generar productos finales tales como egresos y consultas, son parte del “núcleo esencial” del giro del establecimiento, por tanto no son “externalizables”, dado que la responsabilidad de definir los lineamientos productivos (políticas y estrategias) y la de establecer el diagnóstico y definir la conducta (gestión clínica esencial) son constitutivas del “ser mismo” del establecimiento. Asimismo, los procesos intermedios que se decida externalizar en compra a privados o en alianza con la red, deben quedar fuertemente supervigilados por quienes tienen la responsabilidad de los productos finales.

Cabe destacar que externalizar no debe entenderse como sinónimo de privatizar. Un servicio que se externaliza puede ser proporcionado por un proveedor privado, pero también puede serlo por un proveedor

público (por ejemplo, un tomógrafo en un establecimiento público que proporciona prestaciones a pacientes de otros establecimientos públicos). No existen soluciones únicas y el gestor deberá estar permanentemente evaluando la conveniencia de acceder al producto específico mediante la compra a actores externos o bien optar por el desarrollo propio; del mismo modo, la red asistencial podrá concentrar procesos diagnósticos, terapéuticos o de apoyo en establecimientos determinados de su red, de acuerdo a sus diagnósticos y brechas, orientando sus procesos de la forma más costo – efectiva para los usuarios.

Otro ámbito de innovación estratégica para establecimientos hospitalarios lo constituye la posibilidad de asociarse con otros establecimientos para obtener economías de escala en inversiones, abastecimiento u otros desarrollos. Algunos establecimientos pueden asociarse para comprar a mejor precio, o para compartir sistemas de apoyo logístico (mantenimiento, bodegaje) y para compartir plataforma tecnológica, incluso al nivel de equipamiento quirúrgico y laboratorios. La nueva legislación abre amplias posibilidades para la asociación entre establecimientos, llegando esto incluso a la administración compartida y a la estructuración de complejos hospitalarios.

La descentralización y el camino del hospital hacia una gestión con mayor autonomía, pero en función de su red, harán que en el futuro aumente para el establecimiento la responsabilidad de tomar decisiones en el área logística. Esta responsabilidad no sólo implica el cumplimiento de las leyes aplicables, sino también atender la pérdida de beneficios potenciales de economías de escala tales como las compras centrales.

En la literatura internacional²⁷ se recomienda que no se descentralicen aquellos servicios que generan economías de escala y que afectan por igual a toda la población, aquellos que requieren un elevado grado de coordinación y aquellos que pueden dejar de hacerse a corto plazo.

La idea de asociarse para producir (mantenimiento, lavandería, esterilización, movilización) o comprar debe ser estudiada en busca de beneficios para el hospital y sus usuarios. Esta idea desarrollada para funcionar en redes puede tener buenos resultados, siempre y cuando exista una planificación adecuada y reglas muy bien definidas por las instituciones participantes. Gran parte de los insumos que el hospital requiere, pueden adquirirse en programas conjuntos centralizados, a través de la Central de Abastecimiento, o de otros procedimientos que diseñe la red asistencial.

El establecimiento, en cualquiera de las modalidades de abastecimiento, debe contar, primero, con una unidad especializada que defina, en función de los requerimientos clínicos, aspectos tales como arsenal farmacológico y de insumos, reservas críticas, especificaciones técnicas; en segundo lugar, debe contar con capacidad para gestionar la información de los requisitos y los gastos por centro de costos, y tercero, con el control de la calidad de los productos y procesos.

Si se compra descentralizadamente o en programas centralizados, es clave que el hospital cuente con las competencias de contraparte necesarias para controlar y evaluar permanentemente la funcionalidad, conveniencia y los resultados de los sistemas, convenios o contratos que se hayan establecido. Se debe disponer de una unidad formal que funcione como contraparte de la empresa contratada y tenga suficiente y adecuada capacitación y experiencia en la materia del contrato, capacidad de control, evaluación y la posibilidad de emitir recomendaciones. Junto a la existencia de unidades profesionales que efectúen la función de contraparte técnica, es esencial la existencia de comités de usuarios internos que asesoren en la toma de decisiones en el área del abastecimiento. Por una parte, es clave escuchar la opinión fundamentada del usuario de insumos, y por otra, es crucial hacerlo responsable de las decisiones. Estos comités de usuarios internos se suelen concretar en el Comité de Farmacia y el Comité de Adquisiciones.

²⁷ “Financiación capitativa, articulación entre niveles asistenciales y descentralización de las organizaciones sanitarias” Vicente Ortún Rubio; Guillem López - Casasnovas. Universitat Pompeu Fabra, España

En lo que respecta a los requerimientos de sistemas de gestión para dar cuenta del quehacer clínico - asistencial, particularmente haciéndose cargo de ambulatorizar y gestionar los pacientes con el enfoque de procesos clínicos integrados, los sistemas de información sobre cada usuario requerirán responder a un set estandarizado de información básica que permita un manejo expedito y oportuno; los sistemas de apoyo diagnóstico extra-hospitalarios deberán estar protocolizados y se deberán monitorear permanentemente, pues su cumplimiento está en directa relación con el éxito de las alternativas de manejo ambulatorio de los usuarios. Los sistemas administrativos de apoyo a distancia a los usuarios sometidos a procedimientos quirúrgicos ambulatorios o en modalidades de hospitalización domiciliaria deberán ser seguros y confiables, lo que demanda un cierto nivel de complejidad tecnológica del cual los gestores deben estar conscientes.

La gestión de recursos humanos, de infraestructura y equipamiento en las modalidades de atención abierta implican grandes desafíos. El solo objetivo de hacer funcionar los establecimientos con un ritmo similar durante todo el día, ya representa un desafío de envergadura. En efecto, la modalidad contractual prevaleciente deriva en la concentración en las mañanas de la actividad profesional. Las necesidades de contar de manera oportuna con médicos de especialidades altamente demandadas y falentes requiere la generación de sistemas flexibles de contratación que no son simples de implementar y que, probablemente, impliquen aprovechar al máximo las posibilidades que la nueva legislación da a los establecimientos de autogestión en red, en el ámbito de la contratación de personas naturales y/o jurídicas para desarrollar labores habituales.

Como puede observarse, las soluciones administrativas que deben acompañar los diferentes caminos de desarrollo hospitalario son diversas y complejas. Si bien hoy existen soluciones tecnológicas a la gran mayoría de estos problemas, la realidad de los establecimientos públicos muestra que la disponibilidad de dicha tecnología es dispar. En una perspectiva de futuro cercano, no parece que las condiciones de restricción al acceso de dicha tecnología vayan a variar muy significativamente respecto de la actual situación.

Un mecanismo nuevo otorgado por la ley de autoridad sanitaria a los establecimientos de autogestión en red, consiste en la posibilidad de contratar a personas naturales y jurídicas en labores habituales del establecimiento hasta por el 20% del presupuesto de éste. Dicha herramienta, fue diseñada para fortalecer al sistema público prestador, posibilitándole ajustar rápidamente su oferta de servicios a las necesidades de la red asistencial. En el ámbito de las actividades clínicas, antes de “comprar afuera”, hay que preguntarse primero si no será más conveniente “desarrollar adentro” utilizando esta herramienta, o “desarrollar en conjunto” con otros establecimientos de la red.

2. La gestión de las unidades de apoyo diagnóstico y terapéutico

- **Banco de sangre**

Hasta hace unos años, la aspiración de todo establecimiento hospitalario era contar con su propio banco de sangre; hoy se considera más apropiado participar de un banco de sangre centralizado de tipo regional y reservarse sólo las funciones de control transfusional. Esto no sólo responde al objetivo de reducir los costos de operación asegurar la calidad y mejorar el uso de los equipos, sino también a las crecientes dificultades para obtener donaciones de sangre, a que se requieren mayores márgenes de seguridad para usar los hemoderivados y a que la utilización de subderivados asciende y es preciso aumentar la eficiencia en el uso integral de la sangre.

- **Laboratorio clínico**

Hoy, producto de la veloz innovación tecnológica y de la necesidad de los fabricantes de instalar sus equipos, surgen modalidades que permiten tener y renovar equipos con una frecuencia acorde a la

velocidad de cambio tecnológico, por la vía de establecer comodatos que se pagan incluidos en la compra de insumos. La nueva tecnología automatizada permite generar economías de escala por volumen de exploraciones; en ese contexto, se deberá estudiar si resulta más conveniente establecer alianzas para contar con laboratorios centrales que sirvan a varios establecimientos, logrando economías de escala y mejoras de calidad con relación a los costos.

La gestión adecuada de la disponibilidad de resultados en el punto donde se encuentra el paciente, en forma oportuna a la toma de decisiones clínicas es una preocupación relevante para optimizar el desarrollo de los procesos clínicos de atención abierta y cerrada.

- **Imaginología**

El diagnóstico por imágenes no sólo precisa de tecnología más sofisticada y de rápida obsolescencia, sino también de personal más calificado, que en la actualidad es escaso. Además, la tecnología de la información está permitiendo, por ejemplo, que un radiólogo pueda ver e informar una imagen a miles de kilómetros de distancia, lo que en las condiciones de dispersión de nuestro país puede ser un factor importante de recuperación de equidad para algunas regiones y tiene ventajas desde el punto de vista de los volúmenes de archivos y su almacenamiento.

En el ámbito de la Imaginología, los establecimientos públicos hoy presentan fuertes puntos críticos que obligan a gestionar y tomar decisiones trascendentes a los equipos directivos: el nivel primario de atención no cuenta en todas las redes con acceso directo a la Imaginología básica, que debe ser provista desde los establecimientos hospitalarios o de especialidades ambulatorias; la necesidad de optimizar el uso de camas hospitalarias también presiona por el uso de las agendas disponibles de los equipos; el país tiene brechas tecnológicas producto de décadas de baja inversión en equipamiento; la Imaginología digital es un gran recurso diagnóstico no invasivo, cada vez más requerido por los clínicos de todas las especialidades; la sobrevida de pacientes oncológicos, por citar un ejemplo, se traduce en crecientes cohortes de pacientes demandando seguimiento periódico; la irrupción de patologías con garantía de oportunidad compitiendo por el uso oportuno de los equipos; la escasez de radiólogos y tecnólogos médicos formados; la necesidad de no postergar a los enfermos portadores de enfermedades no garantizadas. Todos estos elementos presionan por la búsqueda de soluciones innovadoras en cada red asistencial, que debieran ser objeto de diagnósticos serios y generación de estrategias específicas que conduzcan a gestionar su oferta en forma diferenciada, con agendas específicas y muy buen manejo de información de la demanda y de las brechas que se generan. Esta información será muy dinámica, dada la inversión anual en equipamiento en estos años de instalación de las garantías.

- **Pabellones quirúrgicos**

Los pabellones quirúrgicos suelen ser una de las áreas más críticas del hospital moderno. En ellos intervienen centenares de procesos, entre los cuales destaca la gestión de la tabla quirúrgica, la gestión del recurso humano, la infraestructura, la tecnología asociada, el requerimiento de camas críticas, la gestión de anestesia, el cuidado postoperatorio, los insumos. Los flujos de personas e insumos deben ser programados y exactos.

El pabellón establece relaciones funcionales y formales con diversos equipos, personas y unidades, todos ellos estratégicos y encadenados con otras: pabellón y anestesiología, postoperados y cuidados intensivos, banco de sangre, laboratorios, esterilización, farmacia, urgencia, servicios de hospitalización. No es de extrañar que se estén explorando diversos instrumentos de gestión y de la información para facilitar dichos procesos.

En la actualidad se debe avanzar a que los pabellones sean unidades que ya no dependen de un servicio específico, sino que constituyan una unidad funcional, que preste servicios a todas las unidades clínicas

que lo requieran. También existe la tendencia a constituir bloques arquitectónicos funcionales donde se concentren todas las áreas de alta tecnología –“plataforma tecnológica”– que generan productos intermedios, tales como pabellones quirúrgicos, unidades diagnósticas y de cuidados intensivos. Así mismo estos bloques pueden ser compartidos por distintos establecimientos. La unidad de pabellones deberá tender a ofrecer servicios, agendando la disponibilidad de pabellones con todos los recursos necesarios, de modo que el establecimiento defina, de acuerdo a sus prioridades sanitarias planificadas, el destino de dichas agendas.

La introducción de estrategias propias de la cirugía ambulatoria permite optimizar los tiempos de recambio de pacientes y obtener un mejor rendimiento de la unidad de pabellones.

• **Farmacia**

La Farmacia es una unidad de apoyo diagnóstico y terapéutico, su responsabilidad es brindar servicios farmacéuticos que aseguren la entrega oportuna, segura e informada de medicamentos e insumos clínicos a cada usuario hospitalizado o ambulatorio. Colabora con el médico y el equipo de salud para promover el uso racional de los medicamentos haciendo que todo el proceso terapéutico sea más eficiente para cada usuario que requiera farmacoterapia, conteniendo los costos para el prestador y contribuyendo a mejorar la calidad de vida de los habitantes del país.

Los Servicios Farmacéuticos son un grupo de prestaciones relacionadas con el medicamento, destinados a apoyar las acciones de salud que demanda la comunidad; se desarrollan a través de la Atención farmacéutica ejecutada por químico-farmacéuticos y sus equipos, con capacidades y experiencia en el área asistencial. Contribuyen al cumplimiento de la terapia en cada paciente, integrando todos los aspectos relacionados con la efectividad y eficiencia final de los tratamientos, interactuando con el equipo de salud, la Red de Atención de Salud y el usuario.

Los Servicios Farmacéuticos comprenden las siguientes prestaciones:

- Dispensación de medicamentos acorde a los protocolos o guías terapéuticas.
- Seguimiento farmacológico.
- Elaboración de preparados magistrales estériles.
- Elaboración de preparados magistrales no estériles.

Son herramientas de gestión para el desarrollo de los Servicios Farmacéuticos en el ámbito clínico, el desarrollo de programas de farmacovigilancia, la farmacia clínica y programas de atención farmacéutica destinada a grupos de población o de patologías específicas.

Para otorgar los Servicios farmacéuticos se requiere de :

- Recurso humano profesional y técnico capacitado.
- Comité de Farmacia y Terapéutica legalizado y activo.
- Arsenal farmacológico y terapéutico aprobado por resolución y actualizado. Los medicamentos que consigna el arsenal deben tener correspondencia con aquellos contenidos en los arsenales de los demás establecimientos que integran la Red asistencial.
- Guías clínicas, protocolos de tratamiento de las distintas patologías.
- Lista estandarizada de los insumos clínicos requeridos en los procesos productivos.
- Sistema informático que permita coordinar la dispensación de los medicamentos en la red asistencial y con los sistemas de acceso a la atención.
- Procedimiento de logística con garantías de calidad que abarque desde la adquisición de medicamentos e insumos clínicos, conservación, almacenamiento hasta su distribución al Servicio de Farmacia o al Servicio clínico según corresponda.
- Equipamiento para sistemas de dispensación individualizado.
- Planta física, equipamiento, mantención técnica adecuada.

En relación al Comité de Farmacia y Terapéutica asesora a la dirección del establecimiento en las decisiones sobre el suministro y uso de los medicamentos. Su funcionamiento debe ser sistemático, tanto en la incorporación como eliminación de medicamentos, y las recomendaciones y decisiones de éste deben estar basadas en evidencia.

- **Anatomía patológica**

Unidad prestadora de servicios a gran parte de las dependencias clínicas, involucrada en importantes procesos clínicos garantizados; el establecimiento debe procurar la excelencia clínica y de gestión de esta unidad estratégica, y garantizar la oportunidad de la entrega de resultados de análisis que son relevantes en la toma de decisiones clínicas.

3. Las tendencias en las funciones de apoyo logístico

En la filosofía de la gestión clínica, que busca introducir mayor participación y responsabilidad de los profesionales en la calidad de los procesos y en la utilización de los recursos, se necesita integrar la clínica tradicional y la administración. El gestor clínico debe conocer y ser responsable del proceso completo y ser partícipe de los procesos intermedios de los cuales él es cliente. Los procesos intermedios de apoyo asistencial o no asistencial tienen como cliente al servicio o unidad responsable del producto principal del hospital. Asimismo, los costos implicados en los productos intermedios deben ser imputados a los centros de costos que producen los egresos o consultas según corresponda. Esto obliga a que el equipo directivo y/o los encargados de centros de responsabilidad, según corresponda, tenga una visión sistémica de todos los procedimientos y de sus costos directos e indirectos, lo cual les permite participar en las decisiones pertinentes al funcionamiento de dichos procesos intermedios.

Desde esa perspectiva, las unidades de apoyo no asistencial deben contemplar a las unidades clínicas intermedias y finales como sus clientes. La información que las unidades clínicas requerirán, no sólo ha de incluir la relacionada con producción, costos y calidad, sino también la opinión de los usuarios, la gestión de quejas y reclamos, la recepción de sugerencias y la elaboración de encuestas de satisfacción, que constituyen parámetros importantes para los directivos y jefes intermedios, a la hora de gestionar los procesos más relevantes.

Las unidades administrativas de una institución con las complejidades que hemos analizado, deben profesionalizarse y tener la dignidad y la calidad que les permita ser parte del desafío de integración clínico administrativa y del logro de la excelencia institucional. He aquí otro desafío al cambio cultural.

- **Gestión de la información**

La información es un aspecto estratégico de la organización. Hoy no se puede entender una gestión eficiente sin contar con un sistema adecuado que provea la información que se precisa para la toma de decisiones. La información guarda relación con lo que se produce en términos cuantitativos (cantidad y costos) como cualitativos (calidad) y con relación a quién lo produce (centros de responsabilidad, profesionales). En el proceso de la autogestión en red, es clave contar con sistemas de información para la gestión hospitalaria, los que a su vez deben comunicarse fluidamente con la red asistencial.

La información producida en los establecimientos de una red asistencial debe ser compatible, coherente y complementaria, de modo que pueda ser agregada o desagregada, dependiendo del usuario de ésta. La información debe servir al interior de un establecimiento, en la red y en los niveles nacionales.

De acuerdo al Modelo de Excelencia de Malcolm Baldrige que el nivel central y el sector público han impulsado para el mejoramiento sistemático de la gestión de establecimientos, se avanza a la excelencia en la medida que se cuenta con series de datos de la propia gestión en el tiempo, y con la posibilidad de compararse con otras entidades similares en base a dichos datos. Las redes públicas chilenas cuentan con los datos clásicos de gestión hospitalaria ambulatoria y cerrada en series de larga data bien monitoreadas; sin embargo, en el área de información cruzada con costos o con uso de recursos humanos, tecnológicos o fungibles no se cuenta, en general, con datos relevantes ni menos con series de éstos.

La información debe traducir productos intermedios y finales, y en el nuevo modelo de gestión de garantías a las personas, las redes están desafiadas a generar información que les permita seguir personas durante procesos clínicos completos, de acuerdo a protocolos establecidos.

La gestión hospitalaria chilena, entre sus pobreza históricas, ha carecido de sistemas informáticos que apoyen la gestión clínica y administrativa en forma coherente, sinérgica y útil; por ello, persisten usos de tiempo en recopilar datos en todos los niveles de gestión, que pudieran ser redestinados después de inversiones relevantes en estos sistemas.

- **Esterilización**

Es una función relevante en la gestión y cuidado de los riesgos hospitalarios; evoluciona técnicamente con rapidez, de modo que su industrialización permite concentrar el servicio para varios establecimientos de una red.

La esterilización debe estar en manos de profesionales de la salud expertos y con acceso a evidencia científica, que permita anticiparse a los daños generados por la obsolescencia de técnicas.

Es una función cuya eficiencia se vincula a la eficiencia de los procesos clínicos de la gran mayoría de unidades productivas de los establecimientos de salud.

- **Abastecimiento**

Es vital forjar, sobre la base de la confianza, alianzas estratégica entre el establecimiento y los proveedores, con transparencia y apego a las normas legales. En las mencionadas alianzas, el proveedor percibe que la relación comercial se fortalece en la medida en que agrega valor a la entrega de un producto. Por ejemplo, en el contrato de entrega de un determinado insumo, el proveedor ofrece hacerse responsable del bodegaje y la distribución, contribuir al sistema de información de la farmacia o dar soporte financiero a la capacitación de enfermería o a una investigación de interés común para ambas instituciones. Existen muchos ejemplos de cómo los intereses del hospital y del proveedor pueden potenciarse sinérgicamente con una visión a largo plazo y sin violar normativas de transparencia, probidad o ética.

La falta o escasez de insumos ha representado para el hospital un problema constante. Los intentos para solucionarlo se han centrado principalmente en la reingeniería de los procesos de compra, almacenamiento y distribución, incluyendo la modificación de los modelos de planificación para identificar necesidades, determinar cantidades y tiempos de distribución. Es de gran relevancia forjar una relación de confianza entre las bodegas o la farmacia con los distintos servicios clínicos y unidades del hospital; una cultura de desconfianza mutua explica la tendencia, culturalmente aceptada, de generar *micro bodegas* periféricas donde con frecuencia se empozan ineficientemente recursos de alto valor.

Respecto al objetivo de lograr la continuidad en el abastecimiento, la gestión de compras también encuentra dos factores adversos que suelen ir a la par: la escasez de recursos y el aumento del costo. El modelo de planificación que se desarrolle deberá considerar la posibilidad de que se presenten uno

o ambos factores. Ante tal eventualidad, se dispone de dos soluciones alternativas, para no caer en el endeudamiento o depender del crédito del proveedor:

- Sustituir insumos, lo cual exige que el arsenal terapéutico del hospital y los protocolos de atención incluyan productos sustitutivos que, aunque no sean la opción de elección, pueden ser utilizados en determinados casos.
- Segundo, revisar el proceso productivo, de forma de estandarizarlo, evitando pérdidas por ineficiencia. En complemento a lo anterior, habrá que revisar, en conjunto con la red asistencial, las metas de producción, de forma de no comprometer estándares básicos de calidad y seguridad para los usuarios.

Vale mencionar que el crédito otorgado por los proveedores suele ser el más caro de los créditos y que siempre implica caer en el círculo negativo del progresivo endeudamiento, disminución de la capacidad de negociación y credibilidad del establecimiento con el consabido resultado en términos de pérdida de calidad y desabastecimiento.

En el establecimiento también existen factores que influyen en el proceso de compra. Entre ellos, hay que destacar la persistencia de modelos obsoletos de planificación, la carencia de recursos tecnológicos (soporte informático), la falta de control y auditoría de procesos, la mínima inversión en capacitación y, acaso el más importante, la gran diversidad de patrones de consumo derivada de una elevada e inadecuada variabilidad en la práctica clínica.

Sobre este último punto, los hospitales deben recurrir a la protocolización de su arsenal terapéutico y a la estandarización de sus procedimientos médicos. Ello permite ordenar los calendarios de compra, reducir la diversidad de productos y la reserva en los almacenes, y desemboca en importantes disminuciones de los costos. El Comité de Farmacia ha demostrado ser un importante instrumento para lograr racionalidad en la función de compra y utilización de medicamentos e insumos.

Otro aspecto que debe considerarse es la forma como el mercado entrega al hospital los productos farmacéuticos; muchas veces los medicamentos se entregan en presentaciones inadecuadas para su óptimo uso intrahospitalario, lo que obliga a optar entre adquirir o preparar las dosis unitarias que va a recibir el paciente. Debates similares se han producido en torno a dilemas tan simples como comprar tómulas de algodón o prepararlas en el hospital o a decisiones tan complejas como subcontratar áreas tales como esterilización, laboratorios o todos los procesos no clínicos.

- **Bodegaje y distribución.**

La tendencia actual es a disminuir las bodegas (entregando al proveedor dicha tarea), optando por sistemas “justo a tiempo”, decisión que debe considerar las limitaciones del mercado nacional para disponer de ciertos insumos y mantener los stocks críticos.

Es clave desarrollar procesos simples y expeditos, junto al sistema de información (código de barras u otro) que facilite colocar el producto que requiere el médico, la enfermera y los técnicos en el punto exacto donde se va a utilizar y que identifique al centro de costo y en caso necesario al paciente.

Los deseos de muchas jefaturas de que los insumos se utilicen debidamente, los han llevado a instrumentalizar esquemas de distribución racionados y a menudo a secuestrar los insumos en gabinetes bajo llave y a exigir para su uso un sinnúmero de autorizaciones. Estos modelos generan descontento y apatía en el personal del hospital. Los modelos de gestión del suministro deberán en el futuro dirigirse más a la asignación de recursos por centro de responsabilidad, cumpliendo con la generación de información

de producción y costos que “responsabilice” a los propios usuarios de los insumos y recursos utilizados. Los servicios deben transferir la responsabilidad del control a las propias unidades clínicas.

- **Lavandería**

Es una función esencial y relevante, por las características y los riesgos inherentes a la actividad clínica. En el pasado los servicios de salud contaban con extensas áreas industriales que prestaban servicios a los establecimientos de la red y que progresivamente dieron paso a la externalización de este servicio, en la mayoría de los establecimientos de alta complejidad. Sigue siendo un trabajo hospitalario relevante la distribución oportuna y el manejo adecuado de ropas limpias y sucias.

- **Alimentación**

Al igual que en el caso de lavandería, muchos establecimientos hospitalarios han desarrollado experiencias de externalización de este servicio, que es considerado un soporte importante al bienestar y cuidado de los pacientes hospitalizados. La calidad y horarios de distribución de los alimentos a pacientes hospitalizados es un tema emergente en calidad y calidez hospitalarias, que será siempre de responsabilidad del hospital.

- **La gestión del equipamiento**

El establecimiento debe contar con políticas y planes de gestión del equipamiento que contemplen inversiones, mantenimiento preventivo y sistema eficiente de reparaciones.

Esta área de gestión requiere de decisiones estratégicas que deben estar contempladas en las planificaciones del establecimiento. Dichas decisiones tienen que ver con los ámbitos de la profesionalización de la gestión de esta área, y de la configuración del presupuesto del establecimiento.

- **La gestión de la infraestructura**

Un ámbito de gran importancia en el apoyo a las labores hospitalarias y cuyas deficiencias producen gran frustración y molestias en las personas, tiene que ver con la infraestructura del establecimiento, incluyendo el mantenimiento general y de aspectos como reparaciones menores, pintura, iluminación, vidrios, gasfitería, mobiliario. Al igual que en los casos anteriores, el hospital puede organizar el mantenimiento interno o contratarlo externamente.

El enfoque que requiere la seguridad y la continuidad de funcionamiento de los establecimientos es el de mantenimiento preventivo, particularmente de la red eléctrica, de agua, gases, ascensores, techumbres.

A menudo, el personal se afecta más por la desidia y los fallos organizativos en este ámbito que por las dificultades para reparar o mantener equipos.

La cultura chilena respecto del cuidado de los espacios públicos, comunes y laborales es débil; las personas somos indiferentes al gasto en luz o agua producto de aparatos no apagados o llaves no cerradas; a excepción del ferrocarril metropolitano, son escasos los bienes públicos que no sufran deterioro intencionalmente. En las redes sanitarias, esta cultura debe ser cambiada, en bien de la durabilidad de los bienes de los establecimientos, que están al servicio de las personas. Nuevamente, la participación y la profesionalización de áreas de gestión son las herramientas para mejorar el cuidado del establecimiento y de los gastos que subyacen a éste. El apoyo de la unidad de comunicaciones será bienvenido para revertir este proceso cultural.

- La auditoría de procesos.

La función de auditoría interna involucra tanto los procesos clínicos como los administrativo-financieros. El auditor de un establecimiento debe tener el suficiente poder e independencia, para detectar y detener los actos que se salen de normas y protocolos, en todos los ámbitos del quehacer.

En gerencia pública, la función de auditoría está normada y dirigida desde el gobierno central, y los establecimientos están obligados a aplicar la normativa específica.

Los procesos clínicos y administrativos deben ser auditados permanentemente y el hospital debe fijar los mecanismos para que esto así suceda. Una política de calidad no tiene sustento sin los insumos básicos que permitan modificar el quehacer hospitalario; estos insumos básicos provienen de la búsqueda intencionada. La auditoría no debe entenderse desde un prisma “sancionatorio”, sino por lo contrario, como un mecanismo fundamental para el aprendizaje y la mejoría continua. Los procesos de auditoría comprenden revisiones de fichas clínicas; análisis de casos clínicos determinados (mortalidad, infecciones hospitalarias, rechazos o postergaciones quirúrgicas, rehospitalizaciones); análisis de procesos tales como ausentismo o accidentes laborales; procesos completos de compra, facturación y distribución de insumos; cumplimiento de la agenda médica.

Todo esto, implicará que la dirección del hospital destine recursos y priorice dicha función.

V GESTIÓN PRESUPUESTARIA Y FINANCIAMIENTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS

Las políticas de inversión y de financiamiento a las redes y establecimientos, y su expresión en mecanismos de pago corresponden a la autoridad. Es por tanto responsabilidad de ésta las decisiones que implicarán incentivos para la consecución de metas sanitarias, la equidad, la calidad y la productividad. Que sea responsabilidad de la autoridad, no exime al gestor del establecimiento y al equipo de salud de tener una mirada de sistema y, particularmente, de red, a la hora de proponer sus propios presupuestos y planes de inversión. Para estos efectos no debe olvidarse la frase de “pensar globalmente y actuar localmente”. Sólo así se podrá optimizar resultados con la lógica de red que nuestro modelo pide.

Lo que se señala en el presente capítulo guarda relación con las competencias propias de los establecimientos. La gestión presupuestaria y financiamiento de los establecimientos guarda relación con la capacidad del establecimiento de plantear un determinado presupuesto a la autoridad en base a la producción planificada y sus costos. Dicha planificación debe basarse en los requerimientos planteados desde la red asistencial y en los criterios de financiamiento de FONASA, así como en el correcto cumplimiento de protocolos y estándares en los procesos intermedios y finales involucrados. Una vez concordado el presupuesto, el establecimiento debe realizar su producción cumpliendo las metas sanitarias y presupuestarias, logrando equilibrio en ingresos y gastos. La nueva legislación define metas precisas en cuanto a dicho equilibrio y con relación a la capacidad de pago del establecimiento a sus proveedores. Para que la gestión presupuestaria sea conforme a los nuevos requerimientos es básico contar con un sistema contable integrado a las funciones asistenciales, que identifique ingresos y gastos por centro de responsabilidad y permita un control presupuestario ex ante.

1. La Gestión Económica y Financiera

La gestión económica y financiera de los establecimientos debe buscar crear condiciones favorables para que los recursos que la sociedad invierte en atención de salud tengan los mayores beneficios posibles para la población. Un resultado evidente de la eficiencia con que se administre un establecimiento hospitalario es su grado de equilibrio financiero en relación con la producción y los ingresos percibidos. Por otra parte, la ineficiencia se traduce en pérdidas de calidad, de eficacia y equidad.

La determinación del ¿qué se financiará, como **producción hospitalaria?**, en el contexto de la red asistencial, depende de al menos tres aspectos relevantes:

- De la capacidad de la autoridad sanitaria y de las redes de precisar las necesidades de salud y sus prioridades, además de la capacidad conductora o liderazgo que tenga la autoridad responsable de la red de la cual el hospital forma parte (gestión de red) y de las competencias de articulación del seguro público.
- De los costos de producción del propio establecimiento hospitalario.
- De la capacidad resolutoria que presente el nivel ambulatorio de atención (incluyendo en éste al nivel primario de atención y al nivel de atención médica de especialidades).

En la búsqueda del **equilibrio financiero** se debe considerar:

- La cantidad de prestaciones y complejidad de éstas (lo que debe ser definido fundamentalmente por la red asistencial).

- El estándar de calidad del proceso en que dichas prestaciones se ejecutan (lo que debe estar basado en normas y protocolos verificables).
- Los costos medios en que la actividad se produce a un determinado nivel de calidad.
- La eficiencia productiva del establecimiento, lo que señala la capacidad del establecimiento de producir al menor costo y al mayor nivel de calidad.

Con relación a la **eficiencia productiva** el establecimiento debe plantearse:

- Si su infraestructura y equipamiento es el adecuado, y si es utilizado con la intensidad óptima (¿cuánto se ocupa la infraestructura y el equipamiento?, ¿con qué eficiencia se ocupa un recurso, por ejemplo la cama?);
- Si su dotación de recurso humano guarda relación con el tipo de actividades y complejidad solicitada (¿qué nivel de productividad tiene el recurso humano?, ¿hay una distribución racional de las cargas de trabajo?);
- Si hay ahorros posibles a nivel del soporte administrativo y del apoyo logístico.

En la búsqueda de la **eficiencia financiera** es clave que:

- El establecimiento participe cooperativamente en la gestión de la red asistencial, de forma de asegurar que las actividades asistenciales se ejecuten donde se obtenga mayor rentabilidad social (ejemplo, las atenciones de urgencia de baja complejidad en el nivel primario, los procedimientos de especialidad en niveles ambulatorios intermedios).
- Buscar el mayor nivel de productividad, de tal forma de optimizar rendimiento de los gastos fijos y así obtener costos medios inferiores.
- Potenciar la capacidad de reconvertir factores de producción.
- El establecimiento tienda a realizar las actividades en cantidad o complejidad que tienen sustento presupuestario.
- El establecimiento potencie economías de escala buscando alianzas en red, tanto para sus requerimientos de insumos y medicamentos, como para ámbitos de apoyo logístico tales como esterilización, mantenimiento y otras del área logística, así como para productos intermedios tales como procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Por otra parte, en el logro del equilibrio financiero, es clave que el establecimiento reciba financiamiento que haga sustentable la actividad asistencial requerida. Por lo tanto, además de estar claramente definidas el tipo y número de actividades por parte de quien financia, debe estar claro cuánto cuesta producir dicha actividad y deben hacerse las transferencias en los montos y oportunidad comprometida.

En relación a cómo pagar a los establecimientos hospitalarios, las tendencias actuales buscan mezclas de mecanismos de pago. Por una parte, el pago contra resultado que busca incentivar que el establecimiento realice las actividades (pago asociado a diagnóstico o a problema resuelto), que fija un precio relacionado al costo promedio de una canasta de actividades (que suele surgir de estudios de costos que promedian distintos prestadores para canastas que son fruto del consenso de expertos). Bajo este mecanismo de pago, si el establecimiento es eficiente en su gestión puede obtener superavit, para invertirlo en otras áreas menos equilibradas; si, por el contrario, el establecimiento realiza más prestaciones que las acordadas, o lo hace con mayores costos, puede ser un factor de desequilibrio. Por otra parte, están los mecanismos de pago globales, como son los presupuestos históricos y los pagos capitados, en que se transfiere el riesgo financiero al establecimiento. Actualmente, en el financiamiento hospitalario cada vez cobra más importancia el pago por resultados y se tiende a transparentar el nivel de actividad y su respectivo costo con el presupuesto restante.

Respecto de la estructura de costos de un establecimiento, es clave estandarizar los procesos productivos: (i) conocer la cartera de servicios; (ii) tener protocolizado el proceso y explícita la intensidad del uso de recursos en cada fase del proceso, para cada uno de los servicios, al menos los más importantes en

volumen y/o costo de los factores involucrados; (iii) tener instrumentos para evaluar el cumplimiento de los protocolos, así como de resultados. Considerando las dificultades de los establecimientos, se sugiere ir costeadando los procesos principales por centro de costos año a año en forma progresiva, de modo de generar los aprendizajes y mantener actualizados los costos.

2. Construyendo el presupuesto

a. Estableciendo un plan de actividades concordado y con sentido sanitario

Desde el punto de vista de la red asistencial y del seguro público, el presupuesto tiene un sentido estratégico. El presupuesto debe dar señales claras y transparentes de lo que se pide hacer al establecimiento. Un presupuesto no tiene sentido estratégico si no tiene un correlato sanitario y una relación con lo que se espera producir. La falta de sentido sanitario al financiar un establecimiento sólo genera ineficiencia y agrava las inequidades, ya que dicho presupuesto dará sustento a actividades no siempre deseadas o prioritarias.

Desde el punto de vista del establecimiento, un presupuesto no financiado sólo genera desequilibrio y por tanto pérdidas de calidad y de productividad potencial. Por lo que será clave: (i) que la red asistencial y seguro público, expliciten claramente tipo de actividades, nivel de complejidad y número de prestaciones asistenciales que debe realizar el establecimiento; (ii) que el establecimiento conozca los gastos que dicho nivel de producción le implica, considerando gastos fijos, variables y la inversión requerida; (iii) una negociación basada en la transparencia, la confianza y la disposición de información fidedigna; (iv) que el acuerdo se lleve a una suerte de “contrato” o compromiso; (v) que existan mecanismos para controlar el cumplimiento de lo acordado por todas las partes.

El Plan de actividades del establecimiento es la explicitación de sus metas productivas, en concordancia con lo requerido desde el seguro público y la red asistencial, con un correlato presupuestario determinado. Por tanto, dicho plan debe ser fruto de la negociación entre la capacidad de oferta del establecimiento y las necesidades o demandas expresadas por quien lo financia.

b. Estableciendo un Plan de Inversiones que sustente las actividades

Para dar sustento al Plan Anual de Actividades, el establecimiento debe efectuar un Plan de inversiones para el año, que debe contar con el financiamiento para: (i) la ejecución durante el período de proyectos de infraestructura y el mantenimiento de la infraestructura existente; (ii) la adquisición o renovación de equipamiento y el mantenimiento preventivo y reparativo de éste.

Junto a lo anterior, el establecimiento debe contemplar en sus políticas de inversiones, la planificación de modificaciones a su infraestructura y equipamiento de acuerdo a la demanda asistencial planteada por la red asistencial y sus propias políticas de comercialización, considerando siempre que toda inversión implica gastos recurrentes y puede tener impactos positivos o negativos sobre la equidad.

Todos los gastos de inversión tienen un efecto inmediato en los gastos de operación. Construida una nueva dependencia hay que mantenerla y ponerla en funcionamiento. El impacto de la inversión y los gastos de funcionamiento asociados, alteran la distribución relativa de recursos y por tanto el tipo y capacidad de servicios que se ofrece a la comunidad. Si de esta manera se producen desequilibrios importantes, estos seguirán afectando la capacidad resolutoria de la red en su conjunto por muchos años. En definitiva, la decisión de inversión no es neutra desde una perspectiva de equidad, pues puede transformarse en un efectivo instrumento para reducir las brechas de inequidades, pero si la decisión es inadecuada puede contribuir a aumentar dichas brechas.

Con el Plan de Actividades y su respectivo Plan de inversiones el establecimiento está en condiciones de presentar un proyecto de presupuesto a la autoridad para que le sea aprobado. Cualquier modificación de dicho presupuesto debe ir acompañada de la sugerencia explícita de qué partida debe modificarse para así asegurar el equilibrio presupuestario y orientar al establecimiento en sus decisiones de qué hacer.

c. Seguimiento presupuestario y el control de la gestión

Una vez aprobado un marco presupuestario, el establecimiento debe traducirlo a presupuestos por cada centro de responsabilidad. El Plan Anual de Actividades debe estar expresado claramente en metas productivas por centro de responsabilidad y estar desglosado el presupuesto global del establecimiento en los marcos en que cada uno de los centros debe ajustarse en cumplimiento de sus metas de producción. Estos marcos presupuestarios deben señalar expresamente el marco para gasto en recurso humano tanto en su componente fijo como variable (horas extraordinarias), así como para el gasto en medicamentos e insumos, y en lo que a cada centro le corresponde de los gastos generales del establecimiento. El proceso de definir presupuestos por cada centro de responsabilidad debe acompañarse de “contratos” o compromisos explícitos que traduzcan la parte del compromiso global del establecimiento que le corresponde a cada unidad productiva de éste.

Para mantener el equilibrio financiero, es recomendable que los establecimientos cuenten con sistemas de información gerencial que les permita conocer periódicamente el cumplimiento de metas productivas y ajuste a marco presupuestario de cada uno de sus centros de costos. Asimismo, la tendencia es a abandonar la contabilidad tradicional reducida al registro de los gastos devengados, por una contabilidad proactiva que sólo permite autorizar aquellos gastos que tienen sustento presupuestario.

En el control de la gestión presupuestaria se tiende a producir un triple requerimiento: (i) por parte de los propios equipos clínicos; (ii) por parte de red asistencial y del seguro público y; (iii) por parte de la comunidad usuaria. Para ello se requiere de informes periódicos de la gestión presupuestaria a cada centro de responsabilidad; de informes financieros periódicos hacia la autoridad; de las auditorías internas al proceso financiero contable; de las auditorías externas en su caso; y de la cuenta pública de resultados como mecanismo de rendición a la comunidad.

En capítulos anteriores se ha tratado la necesidad de establecer objetivos, metas y compromisos para cada centro de responsabilidad, los que manejarán los recursos, tanto humanos como tecnológicos y de insumos requeridos para el cumplimiento de dichos compromisos. De la misma manera el establecimiento debe establecerlos con el Servicio de Salud. La necesidad de conocer el grado de avance del cumplimiento de las metas pasa a ser una actividad clave de los directivos, tanto del establecimiento como de cada Jefe del centro de responsabilidad respectivo. A ello llamaremos **control de gestión**.

Al jefe de un centro de responsabilidad le interesará conocer algunos elementos claves de su quehacer que no necesariamente serán de interés del equipo de Dirección del Establecimiento. Por otra parte al Directivo del hospital le interesará conocer otros que no necesariamente son los mismos que los del Servicio de Salud. Efectivamente, cada nivel de gestión debe crear, seguir y controlar sus propios indicadores de gestión para asegurar la buena marcha actual y futura de su unidad de tal manera de asegurar el cumplimiento de los objetivos globales de la institución.

No es este el espacio para detallar la multiplicidad de indicadores posibles de seguir en un hospital, sin embargo existen elementos conceptuales que pueden facilitar la labor a la hora de establecer un set de indicadores básicos para el seguimiento y control, por ejemplo lo que se ha llamado el “Cuadro de mando integral” o “Tablero de mando integral”.

Para conformar un tablero de mando, se seleccionan los ámbitos de interés, que corresponden a las diferentes visiones necesarias para mantener y desarrollar la institución. Ellos son:

- La perspectiva del “mandante”, que para el caso de la Dirección del establecimiento será el Servicio de Salud que representa a la red asistencial. En este ámbito se establecen los indicadores sanitarios y financieros de interés para el “mandante”.
- La perspectiva del Usuario externo o cliente, representado aquí tanto por el usuario individual como por los establecimientos de atención primaria u otros de la red que derivan personas al hospital.
- La perspectiva de desarrollo de las personas que trabajan en el establecimiento, que determinará las posibilidades futuras de crecimiento y desarrollo de la organización, cuyo principal recurso son las personas que la constituyen, como se ha señalado anteriormente. Interesa en este ámbito conocer cuantitativos y cualitativos de personal, competencias, etc.
- La perspectiva de procesos. Representa la capacidad institucional de “re-crearse”, de realizar un mejoramiento de los procesos internos para mejorar la calidad de los diferentes procesos.

Para cada ámbito se deben definir algunos indicadores de los elementos o procesos claves que representan ese ámbito. Es importante seleccionar algunos y no tratar de realizar un seguimiento de absolutamente todos los aspectos, pues se pierde la visión de conjunto, tanto de la unidad como del establecimiento.

El ideal es que cada ámbito y sus indicadores correspondan a objetivos estratégicos de la organización, permitiendo así cerrar el círculo desde la planificación hasta el control de gestión, alineados tras los objetivos sanitarios de la red asistencial.

3. Los ingresos propios y una política de comercialización

Independientemente que el establecimiento haya efectuado un presupuesto adecuadamente, que logre una negociación exitosa y que controle el cumplimiento cabal de sus gastos, surgen aspiraciones legítimas que van más allá de los requerimientos de quienes financian. Están los requerimientos de investigación y docencia, los recursos que implican mantener políticas propias de bienestar o de reconocimiento hacia el personal, los desafíos que el establecimiento se proponga en materia de desarrollo de las especialidades, o simplemente por el natural deseo de superar los estándares promedio. Ante ello, es clave que el establecimiento se proponga obtener recursos propios y busque darle una administración extra-presupuestaria. Para ello, la tendencia va hacia el desarrollo de políticas de comercialización que nacen de los mismos planes estratégicos y la creación de unidades profesionales de comercialización que posicionan al establecimiento en el mercado con los servicios en los cuales éste tiene fortalezas.

Con relación a este punto, el nuevo marco legal ofrece amplias posibilidades, exigiendo categóricamente que el desarrollo de esta área no implique menoscabo alguno de la atención del beneficiario legal. Por otra parte, el marco normativo ofrece también posibilidades de que se desarrollen formas distintas de administración de pensionados o de dependencias destinadas a la generación de recursos propios a través de entidades sin fines de lucro generadas ad-hoc, con el objeto de aumentar los ingresos propios y de tener condiciones administrativas más ágiles y flexibles para dar un uso más eficiente y expedito de éstos. La exigencia de que dichas actividades de comercialización legítimas y necesarias no afecten la atención del beneficiario, sino que sean fuente de mayores recursos para mejorar la calidad del servicio, requerirán de normativa técnico-administrativa específica para regular adecuadamente esta importante actividad.

VI ASPECTOS EMERGENTES Y RELEVANTES VINCULADOS AL ROL SOCIAL DE LOS ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS

1. Nuevo enfoque para la gestión de riesgos en los hospitales.

Los riesgos en los hospitales aumentarán en el futuro y lo harán tanto para las personas que trabajan en ellos (riesgos tan diversos como exposición a sustancias deletéreas, contagios, aumento de demandas legales), como para las que reciben atención (infecciones cruzadas, efectos indeseados o colaterales de los mismos procesos asistenciales, dificultad de evacuación en incendios o catástrofes) y los bienes intangibles (que son los que aportan valor añadido al centro, como la información, historias clínicas, el conocimiento científico, la creatividad de los profesionales, la imagen de la institución o el prestigio ante la población).

La seguridad del establecimiento hospitalario se ha asociado únicamente con la vigilancia de los accesos al hospital para evitar la entrada de personas ajenas al trabajo hospitalario e impedir la sustracción de recursos. Pero los riesgos potenciales inherentes a la función del hospital están presentes permanentemente y afectan a los pacientes, al personal y a los visitantes. Durante el tiempo que permanecen en el hospital, los trabajadores están expuestos constantemente a contraer enfermedades y a padecer lesiones al operar equipos, además de daños diversos por contacto con compuestos químicos. El usuario tampoco está exento de esos mismos riesgos y también puede sufrir un accidente con un equipo, instrumento o sustancia.

Por lo expuesto, parte de las decisiones estratégicas guardan relación con una política de seguridad más amplia que la tradicional, que identifique peligros y riesgos para el personal y los pacientes y diseñe estrategias de prevención con la participación del personal y la comunidad (en los ámbitos de la seguridad de bienes y personas, infecciones intrahospitalarias, prevención de incendios y respuesta frente a emergencias y catástrofes, prevención de riesgos en salud laboral, manejo de desechos industriales y biológicos, manejo de riesgos en áreas especiales tales como radiología, laboratorios).

Frente al riesgo de demandas judiciales, nada sustituye a una buena relación, basada en la confianza, entre el equipo de salud y el usuario y su familia. A dicha relación colabora la información oportuna, pertinente, comprensible y veraz, por voceros identificados por la familia y que tengan continuidad en el tiempo, y la existencia de procedimientos reglados de consentimiento informado que transparente claramente los riesgos de cada procedimiento.

Por otra parte, es conveniente tener diseñados sistemas que permitan identificar precozmente situaciones de riesgo potencial, o de posibles crisis, ante pacientes que se complican o ante usuarios o familiares que den señales de pérdida de confianza en los tratantes. Ante dichas situaciones, debe haber equipos, idealmente multiprofesionales, capaces de dar respuesta adecuada, de apoyo al usuario y su familia y de mitigación de riesgos. Asimismo, es recomendable que periódicamente se lleve un registro –particularmente en el área asistencial– de los “incidentes” que hayan afectado, o pudieran afectar a los pacientes. Incidentes del ámbito de las comunicaciones internas; de la coordinación (por ejemplo, un procedimiento que no se hizo por error de comunicación o de coordinación); del ámbito técnico (por ejemplo, un error en la dosificación de un fármaco); en el ámbito organizacional (por ejemplo, un usuario que tuvo una caída por falta de seguridad de una cama o de antideslizante en el piso). El valor de dichos registros reside en la capacidad de gestionar mejoría continua a partir de ellos, y que sean fuente de aprendizaje. En esa misma línea, ha mostrado utilidad la revisión de fichas clínicas en casos potencialmente riesgosos, y la discusión autocrítica por parte de los involucrados de un proceso asistencial que tuvo por resultado un accidente, una muerte evitable, o un reclamo de importancia.

2. Rol de los hospitales en la formación de recursos humanos para la salud del país

El establecimiento tiene, además de su responsabilidad primaria con las metas asistenciales de su red asistencial, otras obligaciones para con la sociedad.

Así como el establecimiento contribuye a las economías locales, como fuente importante de empleo, y puede contribuir a generar condiciones ambientales más adecuadas para la calidad de vida, el establecimiento también contribuye a la sociedad a través de la formación de recurso humano (docencia) y desarrollo del conocimiento (investigación) en salud.

Estas últimas tareas, parte de la misión social de muchos establecimientos y de todas las redes públicas de salud, son de gran importancia, sin embargo, deben hacerse contribuyendo al objeto principal del establecimiento: su producción asistencial para la red. Un aspecto que podría parecer obvio, y que, sin embargo, ha sido parte de “la cultura”, ha sido la superposición de actividad clínica pública y docencia profesional, en una confusa mezcla de intereses que se superponen a los requerimientos de la red. Parte del ordenamiento necesario de las actividades hospitalarias es el transparentar y separar estas tareas, en beneficio de todos los actores involucrados. Todos estos aspectos deben velarse en los convenios que se suscriban con instancias formadoras o de investigación y deben ser controladas al interior del establecimiento, de modo de asegurar que se produzca una complementariedad sinérgica entre dichas funciones.

En el contexto del surgimiento de nuevas universidades y de la competencia por los campos clínicos, sumado a la privatización de los financiamientos de las instituciones de educación superior, se hace necesaria una mirada diferente a los convenios docentes asistenciales, cuyos contenidos respondan a las necesidades de la organización y a los lineamientos de la autoridad sanitaria.

Las Universidades tienen un rol social relevante, particularmente en la generación del conocimiento; la responsabilidad de país en la generación de conocimiento sanitario radica en el Estado, a través del Ministerio de Salud y sus entidades dependientes, y de las universidades. La vinculación y trabajo conjunto entre la salud pública y las universidades en nuestra historia fue responsable del prestigio sanitario y académico que nuestro país ha tenido en su salud pública.

Una mirada inmediatista de la gestión de las instituciones académicas y sanitarias puede conducir a la pérdida de esta relación sinérgica, y a la generación de daño o pérdida en el patrimonio intangible de la nación, como es su desarrollo, iniciativa y credibilidad sanitaria.

Por otra parte, los establecimientos de salud no sólo tienen responsabilidades en la generación de conocimiento en el ámbito médico; también lo tienen en el ámbito de la administración hospitalaria, debiendo aportar a la consolidación de mejores prácticas. Sin embargo, en este terreno la sinergia con la academia ha sido menor, lo que se ha traducido en el atraso que presentamos en esta área.

3. Ética en el ámbito clínico

En la calidad asistencial de los establecimientos, ha resultado de gran importancia el desarrollo y consolidación del Comité de Ética hospitalario y los Comité de Investigación Médica por Servicio de Salud; estos han sido un gran apoyo para que la complejidad de decisiones particulares se canalice en espacios de participación y generación de conocimiento y estrategias a nivel local.

Los Comités de Ética han contribuido a enfrentar adecuadamente difíciles dilemas asistenciales, y desde allí han contribuido a la calidad global de los procesos asistenciales. Por su parte, los comités de investigación, han venido a contribuir a relevar los derechos de los usuarios en las investigaciones científicas y a que

éstas se desarrollen dentro de un contexto más armónico con los intereses globales del establecimiento y su red asistencial.

4. El modelo de hospital concesionado

En el último tiempo, como alternativa de allegar recursos de inversión al sector, que permita construir nuevos establecimientos o normalizar antiguos, se ha estado introduciendo al ámbito de la salud, un modelo que se ha utilizado como alternativa de inversión en otras áreas de la economía, tal como en obras de infraestructura vial y más recientemente en obras de infraestructura carcelaria. El concepto es la inversión de capital privado luego de un proceso de licitación, en que el sector público ha determinado sus requerimientos, en el desarrollo de infraestructura, para que luego dicho capital sea recuperado a través de la explotación del mismo vía una concesión por un determinado período, luego del cual la infraestructura amortizada vuelve a manos del estado. En el caso de los establecimientos hospitalarios, la amortización del capital se obtiene a través de la explotación de servicios de apoyo, quedando la administración de los procesos productivos finales en manos del sistema público. Este nuevo modelo, sin duda traerá múltiples desafíos para la gestión hospitalaria de los próximos años.

GLOSARIO

Accesibilidad: Es la posibilidad que tiene la población de recibir atención de salud en los establecimientos de salud de la red. Esta posibilidad se determina por factores clínicos, geográficos, culturales, económicos, medios de comunicación, etc.

Atención Abierta: Es la modalidad de atención de salud entregada al usuario en establecimientos de cualquier complejidad y que no contempla la hospitalización de este para recibir las prestaciones.

Atención Progresiva del Paciente: Herramienta de gestión mediante la cual se organizan los servicios hospitalarios, según las necesidades de atención del paciente, en forma tal que el enfermo reciba el grado de cuidados que requiera, en el momento más oportuno y en el sitio o área física del Hospital más apropiado a su estado clínico²⁸.

Autogestión en Red: Se entiende al modelo, instalado por la Ley 19.937, que entrega autonomía administrativa a los establecimientos, que acreditan para tal calidad, a la vez que potencia la red asistencial. A diferencia de modelos de “autonomía hospitalaria” que busca prestadores que con máxima flexibilidad de los factores de producción, sean autónomos en sus decisiones asistenciales para competir en el mercado de prestadores. Este modelo opta por disminuir la autonomía de los establecimientos en el orden de las decisiones sanitarias, aumenta las competencias para una administración autónoma y amplía los espacios de cooperación tras objetivos sanitarios comunes que determina la autoridad.

Calidad: En su acepción más simple, es el atributo de la atención en que las acciones se realizan correctamente. La calidad tiene un componente técnico, que guarda relación con el proceso asistencial mismo, la aplicación correcta de la evidencia científica, el uso pertinente de tecnología apropiada, y la eficacia e impacto social de los resultados. Tiene un componente organizacional, que guarda relación con el uso eficiente de recursos y con la fluidez, armonía y coordinación con que se dan distintos procesos dentro del establecimiento. Tiene un componente social, que guarda relación con la satisfacción que obtienen los usuarios de los servicios del establecimiento y lo prestigiante que resulta ser la labor tanto para la institución como para las personas que ejecutan las acciones.

Capacidad resolutive: Es la capacidad que tiene un establecimiento de salud para responder de manera integral y oportuna a una demanda de atención por un problema de salud, es decir, contar con los recursos físicos y humanos debidamente calificados, para realizar el diagnóstico y el tratamiento adecuado. La capacidad resolutive se expresa en la cartera de servicios del establecimiento.

Cartera de servicios: Definición del conjunto de acciones preventivas, curativas, de rehabilitación y cuidados paliativos que oferta un determinado establecimiento. Esta cartera es de conocimiento público, de manera que permita tanto, la programación de las horas de los profesionales asociados a ella, como, la orientación del usuario respecto de las acciones a las cuales puede acceder en el establecimiento.

Categorización de pacientes en Unidades de Emergencia: Es la distribución de consultantes según su riesgo vital y tiene por finalidad ordenar la demanda, y realizar la atención priorizando en el tiempo a las personas de mayor gravedad.

Categorización de personas por riesgo y dependencia: es la evaluación del riesgo clínico y la dependencia de las personas hospitalizadas, que se realiza a una pauta de categorización estandarizada. Su objetivo es ubicar las personas hospitalizadas en el lugar más adecuado a sus necesidades. Permite también objetivar la carga de trabajo de los funcionarios y por tanto realizar la mejor distribución de dichas cargas.

²⁸ Orientaciones compromiso de gestión de transformación Hospitalaria. Ministerio de salud, Enero 2005.

Centro de Costos. Unidad hospitalaria que genera gastos en procesos intermedios, los que deben ser cargados a uno o varios centros de responsabilidad. Por lo tanto cada centro de responsabilidad puede guardar relación con varios centros de costos (por ejemplo centro de responsabilidad “cirugía” guarda relación con centro de costo consultorio externo, laboratorios, cuidados intensivos). Cada centro de costos, puede identificar uno o más productos, sus costos totales y medios.

Centro de Responsabilidad. Son las unidades de gestión clínica, o unidades funcionales asistenciales, que generan productos intermedios o finales homogéneos, susceptibles de ser medidos, que tienen un solo responsable, que se ajustan al modelo productivo del establecimiento, que identifica su demanda, sus usuarios y las metas productivas que se le han solicitado, así como el presupuesto que cuenta para ello, y que tienen grados de autonomía y flexibilidad para el uso de recursos.

Continuidad de la Atención: Se define como la seguridad que ofrece la red de establecimientos de salud de brindar atención sin interrupciones en el curso del tiempo y de la evolución del problema de salud que motivó una consulta, en el ciclo vital y en cualquier estado de salud.

Control Social: Es el control, la evaluación y la fiscalización que ejerce la ciudadanía en forma individual o colectiva sobre las acciones que desarrolla el establecimiento en materias de salud que le afectan directamente, así como sobre la gestión global del establecimiento en los ámbitos de la participación, de la calidad de los servicios, y de la transparencia y eficiencia en el uso de los recursos.

Contrarreferencia: Es el procedimiento, mediante el cual una persona retorna al establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad del caso, luego de haberse atendido la demanda. Este procedimiento debe incluir la respuesta del especialista respecto de la interconsulta solicitada y el apoyo al establecimiento que recibe para asegurar la continuidad de la atención.

Costos fijos: Son aquellos que no se modifican con el volumen de actividad realizada. El mejor ejemplo lo constituye la cantidad de personal de un servicio que no se modifica en el corto plazo en función el volumen de actividad. En este caso el gasto en recurso humano constituye un costo fijo.

Costo marginal: Es el costo adicional que se genera al producir una unidad adicional de producto en un momento determinado. En el ejemplo de la consulta de especialidad, el costo marginal será el costo de atender en consulta a un paciente más de los que se vienen atendiendo. Si existe capacidad productiva disponible el costo será reducido, y se limitará probablemente al fungible y fármacos que se consuman en la consulta. Si las consultas están saturadas, el costo puede ser alto en términos de recursos por la necesidad de contratar más personal o habilitar más locales, o en términos de calidad por la reducción del tiempo de atención al resto de pacientes.

Costos medios: Surgen de dividir los costos totales por el volumen de producción. Por ejemplo el costo medio de una consulta de especialidad se calculará dividiendo los costos totales del servicio de especialidad por el número de consultas realizadas en un período determinado.

Costo oportunidad: Es el costo de la mejor alternativa descartada o no realizada al invertir en un proyecto.

Costos totales: Son el conjunto de costos necesarios para el desarrollo de una actividad en un período determinado, y es la suma de los costos fijos más los variables.

Costos variables: Son aquellos que se modifican con el volumen de actividad. Por ejemplo, el consumo de prótesis de cadera del servicio de traumatología dependerá del número de intervenciones de este tipo realizadas.

Demanda: El número de prestaciones que socialmente y técnicamente requiere una población determinada en un período establecido. Implica traducir las necesidades en salud de una población en necesidades de prestaciones en salud.

Dispensación: Acto farmacéutico de proporcionar uno o más medicamentos a un paciente, generalmente como respuesta a una presentación de una receta elaborada por un profesional autorizado. En este acto, se informa y orienta al paciente sobre el uso adecuado de dicho medicamento. Son elementos importantes de esta orientación, entre otros, el énfasis en el cumplimiento del régimen de dosificación, la influencia de los alimentos, la interacción con otros medicamentos, el reconocimiento de reacciones adversas potenciales y las condiciones de conservación del producto.

Eficacia: Es el resultado de una intervención, medida en condiciones de control del ambiente en que se produce.

Efectividad: Resultados de una intervención obtenida en la práctica cotidiana, que incluye la organización de los servicios para otorgar la acción.

Enfoque de salud familiar: La atención de salud con Enfoque Familiar, es la atención integral del individuo y su familia, garantizando el cuidado de su salud continuo y resolutivo a lo largo del ciclo vital, con equipos de salud responsables de familias, que se comprometen con la resolución de los problemas de salud en los distintos componentes de la red asistencial. Este enfoque se aplica en todas las acciones sanitarias del sector.

Establecimiento de origen: Es aquel establecimiento de salud donde se realiza una atención de salud que determina la referencia del paciente.

Establecimiento de destino: Es aquel establecimiento de salud con mayor capacidad resolutiva, que recibe al paciente referido por el establecimiento de salud de origen.

Estrategia: Es un plan que integra las metas de una organización, las políticas y acciones secuenciales hacia la consecución de un fin. Una estrategia bien formulada ayuda al gestor a coordinar los recursos de la organización hacia un resultado esperado, basada en sus competencias internas, anticipando los cambios del entorno y la contingencia.

Evaluación de tecnología en salud (ETESA): Es la valoración de la seguridad, eficacia, efectividad y eficiencia de intervenciones sanitarias, medicamentos, equipos y procedimientos que utilizan los servicios de salud para la prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los pacientes.

Excelencia: Es el modelo de gestión hospitalaria que integra distintas metodologías e instrumentos, administrativos y asistenciales, de forma lograr los mejores resultados institucionales, nivel de satisfacción usuaria y adhesión, motivación y desarrollo de los funcionarios que trabajan en el establecimiento.

Farmacovigilancia: Sistema permanente de recolección e información, monitoreo, investigación y evaluación sobre los efectos de los medicamentos con el objeto de identificar nueva información sobre reacciones adversas y evitar los daños a los pacientes²⁹.

Gestión clínica: “Es el más adecuado uso de los recursos profesionales, humanos, tecnológicos y organizativos para el mejor cuidado de los enfermos. Por lo tanto, su objetivo último es ofrecer a los usuarios los mejores resultados posibles en la práctica diaria (efectividad). Esto acorde con la información científica disponible que haya demostrado su capacidad para cambiar de forma favorable el curso clínico de la enfermedad (eficacia), y que considere los menores inconvenientes y costos para el usuario y para la sociedad en su conjunto (eficiencia)”.³⁰

Gestión de casos: Sistema clínico que establece la responsabilidad de un individuo o grupo identificado, en la coordinación del cuidado que recibe el paciente o grupo de pacientes, durante un episodio o continuidad de

29 WHO Collaborating Center for International Drug Monitoring, Uppsala, Sweden, 2002. (Política Nacional de Medicamentos en la Reforma de Salud, aprobada por resolución exenta N° 515 de 5 de abril de 2004, Ministerio de Salud).

30 Hacia un nuevo modelo de gestión en salud, Documento de Reforma, junio 2002

cuidados, negociando, procurando y coordinando los servicios y recursos precisos para el paciente y la familia; asegurando y facilitando el logro de resultados, de costo clínicos adecuados y de calidad; interviniendo en los puntos clave para cada paciente, afrontando y resolviendo problemas que tienen un impacto negativo en la calidad y en el costo creando oportunidades y sistemas para favorecer los resultados (Zander, 1991).

Gestión Participativa: Estilo de liderazgo, que entiende a las organizaciones de servicio como entidades horizontales, donde el conocimiento esta homogéneamente distribuido y donde las personas son la principal fuente de innovación y son las principales responsables y protagonistas de la calidad de sus procesos. A su vez, entiende a los usuarios de los servicios como sujetos de derechos y co-responsables de los procesos asistenciales. Este estilo, se traduce en una estructura organizacional plana, que promueve instancias de participación y cooperación y que obtiene cambios organizacionales a través de la modificación voluntaria de las conductas de las personas.

Gestión por proceso clínico: Estrategia que organiza el proceso clínico, centrándose en el usuario, garantizando una práctica clínica uniforme basada en evidencias, que asegura la continuidad asistencial desde el ingreso (entrada) hasta el alta o resolución (salida).

Guía de práctica clínica: Son “Enunciados desarrollados de forma sistemática, para apoyar la toma de decisiones de médicos y pacientes acerca de los cuidados de salud que resultan apropiados para circunstancias clínicas específicas”³¹, que resume la mejor evidencia disponible sobre la efectividad de las intervenciones utilizadas en el manejo de un problema de salud y a partir de ello formula recomendaciones concretas sobre su prevención, diagnóstico, tratamiento o rehabilitación.

Intersectorialidad: Consiste en la coordinación con otros sectores sociales y gubernamentales para potenciar los componentes de la calidad de vida que inciden fuertemente en la salud de la población. La intersectorialidad en Salud es una estrategia para el éxito de las políticas anticipatorias, identificar las medidas correctoras y coordinarse con los otros sectores que aportan a la calidad de vida y/o efectúan políticas sociales, optimizar el control de los factores para mantener sana a la población, prevenir enfermedades, recuperar y rehabilitar la salud.

Macro redes: Son aquellas redes asistenciales que trascienden el territorio de un Servicio de Salud, regionales o inter regionales.

Modelo Atención integral: Conjunto organizado de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige –más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados– a las personas, consideradas en su integridad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural, que incorpora las dimensiones personal, de continuidad, de contexto, de género e interculturalidad. Los objetivos del modelo de atención integral de salud son: Acercar la atención a la población beneficiaria, aumentando la satisfacción del usuario, mejorando la capacidad resolutive y controlando los costos de operación del sistema; alcanzar un aumento creciente de las acciones de promoción y prevención; incorporar mecanismos eficientes y efectivos de participación, y; entregar una atención de calidad.

Modelo centrado en el usuario: Un modelo de atención centrado en el usuario debe facilitar el ejercicio pleno de sus deberes y derechos en salud. En este énfasis del modelo, tiene particular importancia la participación del usuario en el proceso de atención, en la obtención de la información requerida, en el trato otorgado y en el desarrollo de la capacidad de auto cuidado de las personas como una intervención sistemática que asegure adherencia a los tratamientos y cambios de las conductas que implican un riesgo a la salud. Esta concepción involucra que el sistema de salud sea menos paternalista con el usuario y asuma un rol más de “apoyador y colaborador”.

31 Ministerio de Salud, “Pauta para la elaboración, aplicación y evaluación de guías de práctica clínica Unidad de Evaluación de Tecnologías de Salud ETESA”, Santiago 2002.

Modelo de gestión: Modelo de gestión es la forma como se organizan y combinan los recursos con el propósito de cumplir las políticas, objetivos y regulaciones jurídicas.

Oferta: Es el número de recursos humanos y físicos o su traducción en prestaciones que están disponibles para otorgarlas en un determinado periodo.

Participación en salud: Es un instrumento de control ciudadano que genera mecanismos de expresión e integración de las demandas populares. Esto significa que la población se hace parte y responsable de los factores que están determinando la salud y el auto cuidado, y participa en la toma de decisiones.

Participación Ciudadana: Es el ejercicio de los derechos ciudadanos a través del vínculo entre la institucionalidad pública y la ciudadanía. De esta forma las personas se involucran en los asuntos públicos y acceden a la toma de decisiones.

Participación comunitaria: Es un proceso micro social en que se produce la intervención de la comunidad en la esfera de lo público, a nivel local. En este proceso se articulan los esfuerzos que se realizan localmente para participar de los procesos que se llevan a cabo en este nivel.

Pertinencia cultural de la atención; Es la adecuación de la atención de salud a las necesidades y características de los usuarios de acuerdo a su cultura. En el caso de usuarios indígenas, consiste en la consideración, valoración y respeto de los conceptos de salud y enfermedad que involucra su cosmovisión, así como a sus formas de recuperar y mantener la salud.

Plataforma Tecnológica: Se entiende como la estructuración u organización lógica de los sistemas o dispositivos que aportan al diagnóstico o al tratamiento en base al uso intensivo de tecnologías, de tal forma den soporte eficiente a todos los procesos productivos del establecimiento; de forma que espacial y organizacionalmente permitan un uso y aprovechamiento óptimo por parte de distintas unidades o centros de responsabilidad, evitando tiempos muertos, sub utilización de equipos de alto costo y pérdidas de calidad en general.

Preparados Magistrales: Son fórmulas farmacéuticas que se elaboran en forma inmediata de acuerdo a prescripción médica y ante presentación de la receta. No podrán mantenerse en stock y su elaboración masiva no está permitida. Se consideran preparados magistrales, entre otros, las mezclas intravenosas y la nutrición parenteral³².

Prevención Primordial: Es el conjunto de acciones que se realizan con el objeto de evitar el surgimiento y la consolidación de patrones de vida social, económica y cultural que contribuyen a elevar el riesgo de enfermedad. Asimismo, enfrenta los factores ambientales.

Promoción: Estrategia que involucra a individuos, familias, comunidades y sociedad en un proceso de cambio orientado a la modificación de las condicionantes de la salud y mejoramiento de la calidad de vida.

Protocolo de atención: Es un instrumento de elaboración y aplicación local, que traduce el acuerdo de expertos sobre mínimos que se deben realizar, el tipo de recurso humano requerido, los exámenes y procedimientos diagnósticos y terapéuticos necesarios para el abordaje de un problema de salud. Con frecuencia, el protocolo resume los contenidos de una GPC, ilustrando los pasos esenciales en el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes con una patología o síndrome determinado.

Protocolo de referencia y contrarreferencia: es un instrumento de aplicación, eminentemente práctica que determinan los procedimientos administrativos y asistenciales requeridos para efectuar la referencia y contrarreferencia de los usuarios entre establecimientos de la red asistencial.

³² Norma General Técnica N° 59 “Manipulación de medicamentos estériles en farmacias de hospitales” aprobada por resolución exenta N° 1433 de 11 de octubre de 2001, Ministerio de Salud.

Producción sanitaria. Se conceptualiza como el número de prestaciones realizadas en un establecimiento asistencial en un determinado periodo de tiempo. Un proceso productivo entrega como resultado o producto final un conjunto de prestaciones sanitarias finales y utiliza un conjunto de prestaciones intermedias.

Productos finales. Son aquellas prestaciones que se ubican al final de un proceso de producción. Los principales productos finales son consultas y egresos

Productos intermedios. Se entiende el conjunto de procedimientos que son parte del proceso productivo correspondiendo más bien a componentes del mismo y se encuentran incorporados generalmente dentro de una consulta médica o de un egreso. Las principales prestaciones intermedias son: intervenciones quirúrgicas mayores y menores; atención del parto; exámenes de laboratorio, de Imaginología (radiografía, ultrasonografía, tomografía); banco de sangre; anatomía patológica; y otros procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

Productividad. Se entiende como la razón entre los resultados de los procesos de producción sanitaria de un establecimiento o unidades funcionales y los recursos utilizados para ello en períodos determinados de tiempo.

Red asistencial: Conjunto de establecimientos asistenciales públicos, establecimientos municipales de atención primaria de salud que forman parte del Servicio de Salud y los demás establecimientos públicos o privados que suscriban convenio con el Servicio de Salud respectivo, conforme al artículo 2° de esta ley, los cuales deberán colaborar y complementarse entre sí para resolver de manera efectiva las necesidades de salud de la población³³.

La definición citada corresponde a la establecida legalmente. Sin embargo es necesario precisar que para efectos operativos se entiende Red Asistencial pública como: Sistema de organizaciones públicas y en convenio, que se coordinan, potencian y complementan en actividades destinadas a la promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y reinserción social de las personas con problemas de salud. Los problemas de salud se abordan a través de elementos estructurales (establecimientos), funcionales (mecanismos de interconexión, referencias y contrarreferencias, redes de apoyo familiar y social), y por los equipos de salud. En la red debe haber complementariedad, integración y corresponsabilidad al interior y entre los establecimientos que la componen.

Régimen General de Garantías en Salud: “es un instrumento de regulación sanitaria que forma parte integrante del Régimen de Prestaciones de Salud a que se refiere el artículo 4° de la ley N° 18.469. Se elabora de acuerdo al Plan Nacional de Salud y a los recursos de que disponga el país y establece las prestaciones de carácter promocional, preventivo, curativo, de rehabilitación y paliativo, y los programas que el Fondo Nacional de Salud deberá cubrir a sus respectivos beneficiarios, en su modalidad de atención institucional, conforme a lo establecido en la ley N° 18.469”³⁴.

Régimen de Garantías Explícitas en Salud: Herramienta de regulación sanitaria que establece garantías definidas de acceso, oportunidad, calidad y protección financiera para un conjunto de problemas de salud seleccionado con criterios sanitarios.

Referencia (sinónimo de derivación): es el conjunto de procedimientos administrativos y asistenciales por el cual se deriva a usuarios de un establecimiento de salud a otro de diferente capacidad resolutoria, para evaluación diagnóstica y/o tratamiento, a fin de asegurar la continuidad de la prestación de servicios.

Sistema de referencia y contrarreferencia: Es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales, que definen la referencia del usuario de un establecimiento de salud de menor a otro de mayor capacidad resolutoria y la contrarreferencia de este a su establecimiento de origen, a objeto de asegurar la continuidad de atención y cuidado de su salud.

33 Ley 19.337 de Autoridad Sanitaria y Gestión, artículo 16. Febrero 2004

34 Ley 19.666 de Régimen General de Garantías en Salud, artículo 1.

Tecnología apropiada: Es aquella tecnología que, habiendo sido aprobada por los procedimientos de evaluación y de las evidencias, es aplicable en la realidad concreta, en función de la costo-efectividad. Los avances tecnológicos, transforman la práctica clínica y generan interés para que los servicios de salud realicen prestaciones de calidad con efectividad y eficiencia. El Modelo de Atención instala la cultura de evaluación de las tecnologías en el sector, mediante el análisis de las implicancias médicas, sociales, éticas y económicas del desarrollo, difusión y uso de ésta para decidir su aplicación.



GOBIERNO DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD