

HOSPITAL LUIS CALVO MACKENNA:
¿COMO PREPARAR A UNA ORGANIZACION PUBLICA PARA
FUNCIONAR EN UN MODELO DE “AUTOGESTION Y SATISFACCION
USUARIA”?

Cuad. Méd. Soc. XXXVIII, 3, 1997/ 28-37

*Dr. Osvaldo Artaza Barrios**
*Dr. Héctor Olguín Alvarez***
*Sra. Claudia Vásquez Leichtle****
*Dr. Julio Montt Vidal*****

SUMMARY

In the context of its search for ways to achieve greater user satisfaction and better quality of its services, Luis Calvo Mackenna Hospital defined for itself –with full staff participation– a purpose and a plan. Quality is one of the strategic objectives of this plan. A multidisciplinary Quality Council has been organized, and its values have been made explicit, namely: a commitment to life and to the human being. Quality has been designated as the main instrument in striving for the level of social efficiency imposed upon us by that value commitment.

This implies a deep cultural change, requiring a long and patient process in order to consolidate a transformation of habits and behaviour.

The objectives are: to respond to our ethical requirements and to ensure the future viability of the public system of health care.

We mention, as examples of the foregoing, advances achieved in users participation, accessibility and technical quality of the services provided.

Key words: quality, user satisfaction, social efficiency.

RESUMEN

El Hospital Luis Calvo Mackenna, inserto en un proceso de cambios relacionados con la búsqueda de la satisfacción del usuario y con la mejoría de la calidad de los servicios, construyó participativamente una misión y un Plan. En este último, uno de los objetivos estratégicos es la calidad. El Hospital ha constituido un Consejo de Calidad multidisciplinario, quien ha explicitado sus valores: compromiso con la vida y el ser humano. Y, a la calidad, la ha señalado como instrumento principal para el logro de la eficiencia social que nos impone ese compromiso valórico, lo que implica un cambio cultural profundo,

* Director Hospital Luis Calvo Mackenna.

** Subdirector Médico Hospital Luis Calvo Mackenna.

*** Psicóloga. Jefe de Unidad Desarrollo y Estudios Hospital Luis Calvo M.

**** Director Servicio de Salud Metropolitano Oriente. Hospital Luis Calvo Mackenna. Antonio Varas 360 Providencia. Santiago-Chile.

que supone un proceso largo y paciente para consolidar una transformación de las costumbres y una modificación de los comportamientos, con el objetivo de responder a nuestros requerimientos éticos y asegurar la viabilidad futura del sistema público. Como ejemplo de lo anterior se señalan, entre otros, algunos avances en materia de calidad y satisfacción usuaria, mejoría de la accesibilidad y de la calidad técnica de los servicios.

Palabras clave: Calidad, satisfacción del usuario, eficiencia social.

1. INTRODUCCION

Chile, desarrolló un fuerte sistema público de salud, que permitió en cuatro décadas mejorar nuestros indicadores sanitarios a niveles similares a los de países desarrollados. Esto se logró fundamentalmente debido a que las condiciones generales del país, niveles de vida, sanitarias y educacionales mejoraron substancialmente en dicho período, además de las acciones específicas de prevención y recuperación desarrolladas por el sector sanitario. El modelo de sistema público desarrollado en las décadas del 50 y 60, enfrenta en los 90 nuevos desafíos, resultado de cambio de estructuración de población (transición demográfica), cambio de perfil epidemiológico —que lo asemeja a países desarrollados— y que se manifiesta en las principales causas de muerte (cardiovasculares, cáncer, traumatismos), aumento de expectativas y exigencias de calidad de la atención por parte de la población usuaria del sistema, introducción de tecnología y procedimientos de alto costo, cambios profundos en aspectos políticos y económicos de gran impacto en el sector, entre otros.

Por dichas razones, hoy enfrentamos una percepción de grave crisis, especialmente de expectativas, entre la demanda de una población y la capacidad de oferta del sector, especialmente cuando al interior de éste se discute con fuerza visiones y paradigmas sobre modelo de atención, de financiamiento y de gestión. La disyuntiva de responder a esta demanda con recursos limitados exige por un lado, un gran esfuerzo de gestión para priorizar los recursos con criterios de eficiencia social, calidad y satisfacción de usuarios del sistema, y por otro, un tremendo desafío en materia de recursos humanos (insatisfecho en términos de remuneraciones y de desarrollo general). Inserto en una cultura altamente edicalizada, con baja percepción de entorno, orientada a la eficacia y con poca sensibilidad al usuario: y en una estructura organizacional —esencialmente tayloriana y burocrática— dentro de un arco legal y reglamentario centralizador y rígido que requerirá de profundas

y globales reformas en el corto plazo. Hoy, cuando se discute el rol del Estado y urge validarlo de cara a la ciudadanía como instrumento eficaz de equidad social y capaz de proveer servicios de calidad y con eficiencia. Cuando se discute la separación de funciones al interior del sistema público, hospitales como Luis Calvo Mackenna, han tenido la visión de anticiparse a los tiempos desarrollando fuertes proceso de cambio organizacional.

2. ANTECEDENTES

2.1 Presentación del Hospital Luis Calvo Mackenna

El Hospital Luis Calvo Mackenna, es un centro asistencial pediátrico público de nivel terciario, fundado el año 1942, que brinda atenciones de consulta de especialidades, de urgencias y de hospitalización quirúrgica y médica como centro de referencia nacional para múltiples patologías, especialmente complejas. Perteneció al Servicio de Salud Metropolitano Oriente, uno de los 27 Servicios de Salud descentralizados del país, que integra el sistema público de salud. El hospital cuenta con una dotación de 260 camas en trabajo y un alto porcentaje de ellas corresponden a cuidados intensivos e intermedios (25%) pediátricas, neonatales y postquirúrgicas. La producción anual (1996) alcanzó a los 18 mil egresos (70 % de ellos provienen de Servicios de Salud distintos al Metropolitano Oriente), 9 mil cirugías mayores, 250 mil consultas ambulatorias. Para ello, cuenta con 1.002 funcionarios que se dividen en: 34 directivos, 282 profesionales médicos y de colaboración, 102 administrativos, 162 auxiliares de servicio y 425 técnicos paramédicos.

El presupuesto mensual de operación alcanza a aproximadamente 650 millones de pesos, de los cuales 400 corresponden a remuneraciones y 250 millones a bienes y servicios de consumo. Del total del presupuesto las transferencias estatales financian 450 millones (de éstos, un 25 % provienen de programas nacionales del Fondo Nacional

de Salud). Estos últimos ingresos han aumentado en los últimos años, producto de una preocupación de la organización por: fortalecer su imagen corporativa y posicionamiento en el mercado; mayor competitividad con el sector privado; convenios e integración con el sector privado, mejores sistemas de registro y cobranza; introducción de un sistema embrionario de incentivos al personal y mejor aprovechamiento de su infraestructura ociosa. Esto se ha traducido en un hospital público con estabilidad financiera; que ha podido profesionalizar su gestión y –dentro del actual marco de inflexibilidad de manejo del recurso financiero y humano–, autogenerar espacios de autonomía y definición de políticas propias; que nos ha permitido en los últimos años triplicar sus egresos hospitalarios y doblar su número de cirugías complejas, manteniendo su estabilidad financiera y que ha iniciado numerosos programas y polos de desarrollo innovativos en conjunto a la comunidad (Fund Raising) y en convenios colaborativos con el subsector privado (especialmente joint-venture con instituciones sin fines de lucro), con la finalidad de optimizar uso de infraestructura, aumentar cantidad y calidad de su producción asistencial.

2.2 El proceso en sus inicios. Principal problema de gestión: el recurso humano personal

El problema central del sector en este aspecto podría resumirse en una incapacidad de generar políticas efectivas de recursos humanos (selección, capacitación, evaluación, reconocimiento, etc.).

Esto debido a: 1. La dificultad de generar estímulos económicos (por un buen desempeño, metas de rendimiento, asistencia, falencia, responsabilidad, etc.) Esto se traduce en que “el personal hace como que trabaja, ya que el Ministerio hace como que les paga”, niveles de ausentismo de un 30% en el global de los hospitales públicos y en la percepción generalizada de que “es preferible no esforzarse mucho, porque sino los jefes nos dan aún más pega” y alto índice de rotación, especialmente de los “mejores” que migran al sector privado. El personal se siente efectivamente desmotivado y que no existen “recompensas”. Recientemente se aprobó una ley que liga mayores remuneraciones a una relación combinada de antigüedad y desempeño, que no ha cumplido sus expectativas ya que el 95% del personal está en la lista de mérito y prácticamente todos comparten

igual puntaje; 2. La planta de cargos es fijada por ley, es totalmente inflexible y las dotaciones son manejadas en forma centralista, al igual que la carrera funcionaria (grados, ascensos) no dependen del establecimiento; 3. La planta funcionaria es excesivamente rígida, lo que en la práctica imposibilita contratos transitorios, refuerzos en unidades críticas, uso intensivo de infraestructura las 24 hrs., implementación de polos propios de desarrollo, contratación flexible (diferentes horarios y niveles de honorarios) a los grupos profesionales según especialización, responsabilidad, falencia, realidad del mercado, etc. La reforma a la ley 15.076 ha demorado largos años en su preparación y durará otros tantos en su tramitación; 4. Limitaciones para el desarrollo de políticas de bienestar interno efectivas, determinadas por una también inflexible capacidad de manejo del recurso financiero (incluso de los recursos propios); 5. Dificultades para reestructurar flexiblemente la organización según necesidades de los funcionarios (servicios clínicos y administrativos, jefaturas, dependencias jerárquicas y funcionales, etc. Todo esto está determinado por numerosos reglamentos y ordenanzas centrales); 6. Dificultades para organizar la línea ejecutiva debido principalmente a que los cargos de jefaturas son sometidos a concursos nacionales y bajo estándares inicialmente académicos que no necesariamente son compatibles –e incluso suelen ser contrapuestos– con los requisitos de una efectiva gestión en salud.

3. EL PROCESO DE CAMBIO INSTITUCIONAL

Dado los graves problemas de gestión en éstas y otras áreas, es que la dirección del hospital decidió iniciar un profundo proceso de cambio cuyas directrices fundamentales serían lograr una organización orientada a la satisfacción del usuario; involucrar a toda la organización en un proceso de cambios (a través de la elaboración de una visión común y “reglas del juego”) y gestionar en forma participativa el proceso a través de una fuerte descentralización interna (“autogestión”). La implementación de éste se tradujo en la formulación de un Plan Estratégico Institucional en el que actualmente estamos abocando nuestros esfuerzos, cumpliendo la capacitación y los cambios de estructura, un rol fundamental en la implementación estratégica de proceso de desarrollo.

3.1 1994. Lograr una organización formal orientada al cliente: Reestructuración estratégica gradual de la organización.

Uno de los principales problemas de estructura organizacional, que presentaba el Hospital Luis Calvo Mackenna era su estructura altamente jerárquica, en que el director trabajaba aisladamente con la colaboración de un subdirector médico del cual dependían los jefes de servicios clínicos y unidades de apoyo (más de 20 jefaturas). Razón que explicaba falta de trabajo coordinado (“feudos” más centrados en el desarrollo de la especialidad que –por falta de visión sistémica y pobre percepción de entonces– a la satisfacción integral de las necesidades del usuario) y que se normalizaran culturalmente fuertes mecanismos informales de comunicación, información y toma de decisiones. En que los “poderes” informales, muchas veces superaban a los formales. Por otro lado, el subdirector administrativo, quien normalmente se caracterizaba por una mentalidad generalmente conservadora de las “viejas tradiciones y prácticas de la administración pública” era más un elemento de mantención que de innovación. De él dependían otras 20 jefaturas de secciones administrativas; finanzas, admisión, servicios generales, contabilidad, abastecimiento, farmacia, etc., cuyos jefes tienen la percepción –por lo demás real– de no contar con los recursos requeridos para apoyar adecuadamente la labor clínica, junto a graves problemas de comunicación y coordinación con el área médica. El proceso de reestructuración se planteó con el objetivo de reorganizar los servicios y unidades clínicas en función de las necesidades y requerimientos de los usuarios (“clientes”), bajo la filosofía de la mejora continua de la calidad y de empoderar a cada unidad como centro de responsabilidad (transición hacia unidades de autogestión clínica). La gestión del establecimiento se veía claramente entorpecida por una estructura jerárquica y burocrática poco validada al interior de la organización, con funciones escasamente definidas, alta conflictualidad y que no estimulaba el trabajo en equipo, donde la estructura informal pensaba si acaso “era necesaria una dirección”. Se apreció entonces como prioritario, revertir la situación de varios hospitales en uno, poco coordinados y solidarios entre sí, con un trabajo médico excesivamente centrado en el desarrollo de la especialidad y de “la academia” (priorización de la introducción de tecnología y ultra especialización) y no en la satisfacción del usuario (ausencia de una cultura de calidad), ade-

más de un nulo involucramiento en problemas como la contención de costos. Una vez iniciada esta primera fase, que implicó muchos conflictos –especialmente en lo referente al tema del poder– y que perfiló una sensación de dirección excesivamente autoritaria, se estimó fundamental hacer un estudio de clima organizacional, como paso previo necesario antes de impulsar la generación de un plan estratégico de la organización. En esta primera fase se invirtió en capacitación destinada a formar, afiatar e impulsar destrezas y habilidades en los miembros de la Dirección de modo de transformarse en un equipo de alto rendimiento capaz de definir e impulsar cambios estratégicos profundos al interior de la organización.

3.2 1994. Lograr una organización informal orientada al cliente. Proceso de cambio estratégico inserto en la propia percepción de clima organizacional en la institución.

Conocer cómo realmente funciona una organización en términos informales se ha planteado en numerosas ocasiones como elemento fundamental a incorporar como variable cuando se hace, entre otras, un diagnóstico organizacional o bien un diseño estratégico de cambio enraizado profundamente en los recursos humanos y su cultura. En este mismo sentido, resulta interesante presentar como un estudio de diagnóstico de clima organizacional (C.O.) lo que fue utilizado como una herramienta de objetivación incorporando algunos elementos culturales de la organización y como una base meta cognitiva comportamental (pensar acerca de cómo piensa o funciona la organización como sistema), para diseñar, incorporando estos elementos, una estrategia de cambio participativo para la organización dentro de un proceso de cambio ya iniciado.

El estudio de diagnóstico de C.O. se realiza en agosto de 1994, a través de un cuestionario aplicado al total de la población y en diciembre del mismo año el hospital conoce los resultados generales de este estudio. Desde el punto de vista de la dirección, los resultados obtenidos permitieron aproximarse a conocer algunas de las percepciones estabilizadas en los miembros del hospital que de una u otra manera intermediaban su cultura, comportamiento y motivación laboral. Aspectos relevantes a considerar, ya que la nueva política de gestión participativa implicaba centrar ahora los esfuerzos en los procesos y en la planificación para promover dicha participación. Desde el punto de vista de la organización fue relevante cono-

cer que el recurso humano del hospital en términos globales tenía una percepción de clima organizacional cualitativamente negativa, donde las dimensiones de mayor criticidad correspondían a las dimensiones de comunicación en la organización, imagen de la dirección y trabajo de equipo. Dimensiones que si bien no eran importantes para la satisfacción laboral de los consultados, sí lo eran para la gestión organizacional, sobre todo por su relación con las áreas administrativas dentro de la institución. Área que además se encontraba deficitaria en relación al desarrollo del área clínica. A su vez, las dimensiones de mayor importancia para la población, y en general de mejor nivel de percepción, correspondían a aquellas relacionadas con una visión individual y del rol específico que cada persona desarrollaba, estando ausente en ésta la visión global de la organización, como el objetivo común a todos (misión de la organización). Estos resultados dejaron claro así, que uno de los trabajos prioritarios para el desarrollo de la organización, era la reconstrucción de una visión y misión común para la institución, siendo lo relevante en este proceso que esta necesidad de alguna manera había sido explicitada durante la presentación de los resultados del estudio por los propios encuestados y no sólo por la dirección, a través del reconocimiento del fuerte individualismo al interior de la organización.

En cuanto a la disposición al cambio de la organización fue importante reconocer, en la información arrojada por los resultados, tres grandes desafíos que tenía que enfrentar la dirección para seguir adelante con su proyecto y que serían probablemente fuente de conflicto. 1. La dirección necesitaba validarse al menos, en los grupos de línea de la institución (jefaturas). El estudio indicaba una mala evaluación general de las jefaturas, relacionada con sus capacidades de gestión y particularmente con la mala comunicación establecida con ellas, estableciéndose una brecha mayor entre la dirección y la línea operativa, aspectos considerados como relativamente importantes para los funcionarios del hospital en términos de su satisfacción laboral. 2. La dirección debía comprender que la disposición al cambio de su personal, estaba claramente entorpecida por la inercia que generaba la autopercepción de sus funcionarios, que señalaba una sensación de estar haciendo muy bien sus propios trabajos y percibir los problemas como ajenos a su responsabilidad (autocrítica baja). Además los problemas organizacionales que eran críticos tampoco eran considerados como relevantes para la satisfacción labo-

ral de los involucrados, lo que importaba era que las satisfacciones individuales se mantuvieran, destacándose entre ellas la estabilidad laboral (desafío fundamental para la unidad de recursos humanos como se señalará más adelante), y 3. La dirección contaba con personal comprometido con el objetivo fundamental de la organización "el paciente". Este aspecto era una fortaleza para el proceso de cambio, ya que el usuario o cliente era para la organización un objeto común y de sensibilidad, sin embargo había que enfrentar algunas dificultades que se pueden resumir en dos puntos básicos: 1) no se comparten los criterios de satisfacción de usuario al interior de la organización, siendo dos los polos: concepto de paciente v/s concepto de cliente. El criterio de satisfacción de paciente es casi exclusivamente clínico y técnico (asistencia especializada de excelencia) y el concepto de cliente implica incorporar al usuario como parte de la organización (enfoque de calidad total), y brindar una satisfacción integral, 2) la percepción de los funcionarios era que estaban satisfaciendo las necesidades importantes del usuario (satisfacción clínico-técnica) y en forma óptima; por tanto un cambio de mentalidad en este sentido era una tarea primordial si se quería comenzar con una gestión dentro del enfoque de calidad total. La concentración en estos tres pilares durante el proceso, era una mirada que la dirección debía mantener en su proyecto y debía ir planificando, en la medida de lo posible, su gestación coherente a través de un plan de desarrollo organizacional. Plan que ha sido iniciado con una jornada de revisión institucional, o que ha permitido constituir una visión y misión común para el hospital y que ha continuado con el desarrollo de un plan estratégico. Las siguientes etapas consisten en reproducir estos planes estratégicos a niveles de servicios y unidades de acuerdo al marco global que ya se ha elaborado. A modo de síntesis, se puede decir que los resultados del C.O. permitieron visualizar y compartir la mirada de la organización con la de la dirección, destacándose algunas dimensiones claves que se debían enfrentar para continuar con el proyecto de desarrollo del hospital y sus necesidades de capacitación. Siendo lo relevante que la organización a través del estudio había "participado" en la definición de algunos de los problemas de la institución para continuar con un cambio deseado y no, por las incertidumbres que generaba y aún genera y por la satisfacción laboral que los funcionarios igual tenían en esos momentos y en esas condiciones (aspecto que aún se mantiene en algunos grupos).

Por otro lado, los resultados del estudio de C.O. permitieron visualizar en forma compartida la necesidad de la constitución de una unidad de recursos humanos, aspecto recogido en la planificación estratégica del hospital. Uno de los más grandes y complejos desafíos, que tiene el actual equipo directivo, y a que en suma se debe enfrentar el “modus operandis” y “status quo” que ha establecido el recurso humano al interior de la organización. Es un desafío, que implica necesariamente un cambio de mentalidad, donde la participación es fundamental, ya que en último término deben cambiar los marcos o patrones que actualmente delimitan y explican el desempeño de la organización. En este contexto la capacitación una vez más ha sido un elemento fundamental para el proceso ya que desde las comienzos se ha capacitado a los funcionarios respecto al rol que cumple un área de recursos humanos en una organización de modo de amortiguar la serie de expectativas y demandas que surgen desde sus comienzos, su creación. En una organización fuertemente informal el rol de la capacitación para potenciar la capacidad de flexibilidad y disposiciones de cambio frente a las actuales formas y costumbres en el modo de funcionar es definitivamente fundamental para lograr realmente el cambio deseado en las unidades “personas” que en último término son las que deciden practicar o no el cambio deseado. Por último, en términos de diseño de capacitación estratégica, la unidad de recursos humanos tiene como pilares fundamentales a considerar, el marco legal existente, la cultura de la organización y el modelo de centros de responsabilidad al que pretende llegar. Estos elementos, especialmente los dos últimos, dan señales sobre la necesidad de entregar herramientas adecuadas para que cada centro de responsabilidad pueda manejar su recurso humano en forma descentralizada y con un fuerte apoyo de expertos.

3.3 1995. Orientar a toda la organización al cambio con una gestión-participación en el proceso:

Luego de difundidos ampliamente los resultados del estudio de clima, a todos los funcionarios se les preguntó sobre cómo percibían un hospital del “mañana”. Generándose un proceso de discusión de dos meses de duración, complejo y altamente conflictivo al interior de cada unidad, servicio y estamento “gremial”. Cada uno de éstos, fue representado a través de “ponencias” y “delegados” a una jornada de dos días (“Pense-

mos juntos el hospital”), en que luego de efectuado el análisis de fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas de la organización se logró acordar una visión institucional y un marco de referencia o “reglas del juego” que colocaba nuevamente el acento en nuestro cliente, el paciente y su familia. Una vez difundidos y socializados dichos acuerdos, se dieron a conocer públicamente (con la firma de los distintos actores claves de la organización), en un acto solemne (con amplia difusión en los medios de comunicación del país) en que se constituyó el Consejo de Desarrollo (directorío en el que participan representantes de la jerarquía, de los trabajadores y de los usuarios) del hospital. Estos pasos, han permitido validar e internalizar que se está en un profundo proceso de cambios, que apunta hacia objetivos explícitos y a través de procesos participativos. Entendiendo y respetando nuestra cultura organizacional, se comprendió que era fundamental un gran esfuerzo de participación que lograra involucrar a los actores en el proceso de cambio, ya que de otra manera la resistencia a éste haría imposible continuar con éxito el proceso iniciado. El estudio Clima, sirvió como eficaz elemento catalizador de un proceso de participación que validara y socializara la necesidad del cambio para reorientar a la organización hacia la satisfacción del cliente, tanto externo como interno. Una vez que se completó este primer paso hacia el logro de una gestión participativa y el Consejo de Desarrollo iniciara su funcionamiento, el equipo directivo se concentró en formular un plan estratégico el que luego es presentado al consejo, para que una vez aceptado por éste, el hospital se pusiera en marcha tras objetivos y metas concretas, que tradujeran a realidades la visión compartida en el proceso de participación. En este período fue fundamental la capacitación diseñada para los líderes naturales de la organización formales e informales, en gerencia efectiva: control de gestión; y calidad total. Sin este esfuerzo de gran magnitud en que se capacitó a más de 200 personas, hubiera sido muy difícil generar el consenso estratégico y la permeación —aunque inicial— al cambio, que se requería para las fases posteriores.

3.4 1996. Implementación del proceso de cambio: desarrollo de un plan estratégico

A continuación de un largo, conflictivo y enriquecedor proceso —ampliamente participativo y democrático— de generación de una visión institucional y “marco de acuerdos para el cam-

bio” –además de la constitución del directorio del hospital–, el equipo directivo trabajó junto a algunos líderes de la organización (jefes clínicos, Departamento de Enfermería) en la formulación de una propuesta de plan estratégico. El diagnóstico de situación, señaló como debilidades el insuficiente desarrollo de políticas de gestión de recursos humanos, atención centrada en el desarrollo de las especialidades médicas y no en la satisfacción de las necesidades del usuario, sistemas y actitudes de comunicación interna inadecuadas, insuficiente planificación, programación y control de gestión, insuficientes sistemas de recuperación de costos, marco jurídico y organizacional rígido, escasa autonomía y descentralización hospitalaria, baja percepción de entorno, poca capacidad de la organización para adaptarse a un entorno cada vez más exigente por competitividad, eficiencia y flexibilidad. Como amenazas principales, se apreciaron las políticas comerciales y de extensión de cobertura de las Isapres a población de ingresos medios y bajos (que son clientes naturales de nuestro sistema) y el clima de desconfianza de los trabajadores de la salud hacia todo lo que signifique cambio, por asociar éste a “privatización” e inestabilidad laboral. Como fortaleza de nuestras instituciones se observó una imagen pública positiva (debido a la tradición académica del establecimiento y a la política comunicacional derivada del *fund-raising*); el compromiso, persistencia e iniciativa del equipo directivo, la estructuración y desarrollo de sistemas gerenciales, y la capacidad de generar recursos propios por ventas de servicios de terceros. Como oportunidades se definió la mejoría de la atención primaria y secundaria, junto a un aumento de la población de mejores ingresos en nuestra área geográfica; y la decisión de la autoridad central de salud de impulsar y apoyar el cambio en salud en términos globales. El Plan Estratégico (1996-2001) propone ocho áreas prioritarias con sus respectivos objetivos y requerimientos en capacitación:

I. Área Recursos Humanos. Objeto estratégico: haber avanzado en el desarrollo de un sistema de administración de recursos humanos, que le permita al hospital disponer en forma oportuna y eficiente del personal calificado, motivado y compensado para lograr sus metas de servicio al usuario. En materias de capacitación implica incorporar al concepto de alto desempeño, liderazgo efectivo en trabajo de equipo, administración efectiva del tiempo, mejora continua, orientación al cambio, planificación estratégica, etc.

II. Sistemas de formación y control de gestión. Objeto estratégico: haber implantado un sistema

de control de gestión, que asegure: desarrollo y evaluación de las actividades de los centros de responsabilidad. Manejo adecuado de la información de cada proceso productivo o clínico, cuyas metas centrales son el desarrollo de centros de responsabilidad en cada servicio clínico y la implementación de un sistema de control de gestión e información. En materia de capacitación implica introducir un cambio de mentalidad, eficacia por eficiencia, el decir, el control de costos en la toma de decisiones en la planificación y compromisos de prestaciones en salud, también significa facultamiento (*empowerment*) en las unidades productivas, conocimientos en informática, etc.

III. Usuario. Objeto estratégico: disponer de un sistema descentralizado e integrado, de evaluación y mejoramiento continuo de la calidad de atención al cliente, estructurado en comités de calidad en cada servicio/unidad en atención directa al paciente. Sus metas principales están en la creación de un servicio de atención al cliente, capacitación para reorientar la cultura, organización en el concepto de calidad total, y en la generación y aplicación de indicadores de calidad y formar instructores internos en calidad (consejo de calidad).

IV. Cultura. Objeto estratégico: reorganización del funcionamiento del hospital en base a mecanismos de participación en todos sus niveles estructurados con un enfoque de trabajo en equipo. Sus metas centrales son mantener funcionando el consejo de desarrollo y validar un estilo de gestión participativa y descentralizada a todos los niveles, especialmente los operativos.

V. Descentralización y autonomía. Objeto estratégico: haber avanzado en aprovechar las oportunidades de mayor descentralización en el manejo de recursos que otorguen el marco legal e institucional vigente y en la sensibilización de los actores claves que permitan concretar un modelo de hospital público, descentralizado y autónomo.

VI. Docencia e investigación. Objeto estratégico: haber establecido un plan que permita asumir la dolencia/investigación como parte de la gestión global del hospital.

VII. Recursos económicos y manejo financiero. Objeto estratégico: lograr un excedente de operaciones del 5% del ejercicio anual a través de: a) mecanismos adecuados de recuperación de costos; b) políticas de marketing, y c) maximización del uso de la infraestructura hospitalaria.

VIII. Área de operaciones. Objeto estratégico: lograr a través de una subdirección operativa la coordinación entre las áreas médicas y las de apoyo técnico, especialmente en lo referente a man-

tención y abastecimiento, siendo sus metas principales profesionalizar el área y desarrollar un adecuado soporte de abastecimiento, mantención y seguridad laboral. Esto significa profesionalizar el área a través de una capacitación técnica adecuada y capacitación de todo el personal para enfrentar situaciones de emergencia (plan de emergencia).

Estos ocho objetivos ponen a prueba las actuales capacidades de un hospital público, poniendo de manifiesto todas sus debilidades y condicionantes tanto culturales como de orden jurídico y especialmente, la capacidad de la organización de aprovechar oportunidades y de controlar amenazas, tales como, la de haber constituido en una "especie de piloto" del cambio en salud, lo que nos coloca "frente a los sectores gremiales y políticos del país introduciendo un elemento serio de tensión adicional".

3.5 Capacitación de apoyo a la estrategia en 1995 y 1997

La capacitación de apoyo a la estrategia en 1995 se centró principalmente en reforzar la implementación de cuatro áreas estratégicas fundamentales. El área de recursos humanos, servicio de atención al cliente, centros de responsabilidad y calidad total. Previa a la constitución del área de recursos humanos se realizó un gran esfuerzo en capacitar al personal en esta materia sobre todo porque significaba entrar en terreno de mayor relevancia en materia de posibles conflictos de poder y falsas expectativas centradas en el bienestar gremial. En el caso de la creación del servicio de atención a clientes, se realizó una capacitación pero en términos comparativos fueron menores a los realizados para el área de recursos humanos. Antes de definir los centros de responsabilidad se capacitó a sus respectivos jefes en materias generales de contención de costos en la gestión de salud, en mejoramiento continuo de la calidad y creación de indicadores. El año 1996 la capacitación se ha centrado en reforzar a la estructura formal de nuestra organización para el cambio ya iniciado, por tanto ha sido concentrado en aquellas dimensiones que desde el comienzo del proceso se detectaron como deficitarias. Se diseñó así, una política de capacitación en las áreas de: trabajo en equipo, para los médicos con manejo de recursos humanos. Nuevos estilos de liderazgo, para toda la línea de supervisión del hospital —con el fin de apoyar la introducción de trabajo de equipo en el esquema de centros de responsabilidad, calidad total y de un nuevo siste-

ma de calificación y reconocimientos del personal (evaluación del desempeño); administración del tiempo, para jefes de centros de responsabilidad—con el fin de apoyarlos en liderazgo efectivo, mejoramiento continuo de la calidad para los centros de responsabilidad. Por otro lado, se han concentrado los esfuerzos en la capacitación en el área de apoyo de nuestra organización, específicamente el área administrativa, para lo cual se ha diseñado una capacitación de apoyo técnico de modo de nivelar y profesionalizar esta área, que es fundamental para los propósitos de modernización en la gestión. Esta capacitación es fundamental, para generar personas mejor calificadas y por tanto, más útiles en distintos puestos de trabajo, lo que adquiere gran relevancia si se considera que la informatización genera otras necesidades de trabajo al interior de una organización y desocupación de otras. Este aspecto es relevante en materia de estabilidad laboral para los funcionarios. Con el fin de llegar a la estructura informal más resistente al cambio se diseñó un programa de capacitación orientado a nuestros líderes informales (gremios o sindicatos) en materias de relaciones laborales y modernización del Estado y marco legal en las relaciones laborales, de modo de reforzar nuestros procesos de cambios "insertos" en una realidad nacional (entregando así una visión de entorno) y entregar nuevos elementos de juicio para una participación gremial más constructiva. El año 1997, la capacitación ha estado centrada en aspecto operativos de la implementación del plan estratégico, tanto en talleres de calidad, informática (por cambios en los procesos que ha implicado el desarrollo de un proyecto informático propio diseñado en el interior del hospital) y en gestión aplicada que se ha requerido ante nuevos desafíos como estudios de costos, de cargas de trabajo, mejoras de comunicación interna, etc.

4. CAMBIOS ESTRUCTURALES EN LA IMPLEMENTACION DEL PLAN ESTRATEGICO

Luego de la reestructuración de los servicios clínicos y de la creación del departamento de enfermería, tendientes a la implementación de los centros de responsabilidad, dependientes de la subdirección médica, a esta última, funcionalmente se le ha hecho progresivamente funcionar como una dirección médica, de la cual dependen los centros de responsabilidad y comités técnicos ampliamente participativos donde se toman las deci-

siones de nuevos polos de desarrollo, inversiones en equipamiento, introducción de tecnología, etc. Matricialmente se relacionan con esta "dirección médica" la subdirección administrativa con su recién creado departamento de recursos humanos (cuyo objetivo es apoyar una adecuada gestión del recurso humano en cada centro de responsabilidad) y la también nueva subdirección de operaciones la cual es responsable de toda el área de logística. La dirección médica dice lo "que" y las otras subdirecciones dicen los "cómo". El director del hospital, es quien tiene la responsabilidad de mantener y liderar el proceso de cambios de marcha. A su lado tiene cuatro estructuras de gran importancia; a un lado el consejo de desarrollo o "directorío" del hospital, que esta conformado por un tercio de representantes de gremios, estamentos y sindicatos, otro tercio por representantes de las jefaturas; y el otro tercio representantes de muchas corporaciones y fundaciones de apoyo y por un representante de nuestras agrupaciones de padres. Este directorío fija las políticas de largo plazo del hospital (analizó y aprobó el plan estratégico). Por otro lado, está el consejo de calidad, organismo multiprofesional consultivo que asesora y apoya al director en la implementación de las políticas, objetivos y metas de calidad del hospital. Finalmente hay que destacar dos nuevas e importantes estructuras que aportan al cumplimiento del plan estratégico institucional. El servicio de atención al cliente, tiene múltiples funciones de gran importancia en reorientar la organización hacia el usuario y la unidad de desarrollo y estudios del hospital. Esta unidad depende también del director y está formada por cinco profesionales y dos técnicos; en el área de psicología laboral, apoya la gestión, proyectos y planificación, informática y comunicaciones. La finalidad de esta unidad es dar apoyo multiprofesional en la implementación, monitoría y evaluación del plan estratégico.

5. 1997. PROBLEMAS, CONFLICTOS Y DIFICULTADES

Un proceso de tal envergadura, no puede estar exento de fuertes conflictos, éstos podemos verlos —a modo de ejemplo— en dos situaciones "emblemáticas": desde 1994 la dirección impulsó la creación de una nueva entidad privada sin fines de lucro (fundación Aníbal Ariztía), quien a diferencia de otras que apoya el hospital, colaboraría en la administración de los fondos propios del hospital, lo que potenciaría la autonomía financiera del

establecimiento y la eficiencia del uso de esos recursos. Dicha iniciativa despertó gran polémica y temores, los que recién se han disipado, a comienzos de 1997 donde se procedió luego de una masiva votación democrática a constituir el directorío de la fundación (participan todos los estamentos del hospital en el directorío) y en los 6 meses que lleva de funcionamiento se ha ido ganando paulatinamente la confianza de la institución al contribuir significativamente al desarrollo de proyectos prioritarios de la organización. Esto se verá potenciado con la puesta en marcha del convenio DFL 36 entre el hospital y la fundación que a fines de octubre de 1997 fue tomando razón por la Contraloría General de la República. El segundo aspecto que ha generado altísima tensión fue el Departamento de Recursos Humanos, por una parte los trabajadores se habían hecho la expectativa de una unidad de reivindicación, tanto es así, que una funcionaria fue a consultar preguntando por la oficina de "derechos humanos", cuando el objeto de dicho departamento no era otro que asesorar metodológicamente a la línea. Esto sin duda, da cuenta de lo que falta por avanzar en constituir verdaderos equipos de trabajo con un nuevo estilo de liderazgo. Por otra parte, este nuevo departamento, impulsó evaluar el desempeño según criterios de calidad de atención, eficiencia en el uso de la recursos, compromiso institucional, trabajo en equipo, cumplimiento de metas personales y grupales a través de una pauta piloto de precalificación complementaria al reglamento vigente. Luego del trabajo de diseño se hizo un gran esfuerzo de capacitación de todas las jefaturas sobre, por qué evaluar, cómo evaluar, etc, en concordancia con nuestros lineamientos estratégicos. La pauta se distribuyó masivamente y se hicieron reuniones en cada unidad para socializar la "nueva pauta". El sistema de precalificación consistía en síntesis, en una reunión personal de evaluado-evaluador y producto de éste diálogo se llenaba la pauta que consiste en frases (equivalente a una nota para cada factor) en que se establece claramente la actitud o conducta que la organización desea desarrollar en función de la satisfacción de nuestros usuarios. Inicialmente el personal valoró la "pauta" por ser transparente en lo que privilegiaba y por establecer criterios comunes para todos los evaluadores, se percibió en general como más "objetiva y justa", cosas que eran buscadas por el personal del hospital. El malestar comenzó junto a su aplicación, al darse la lógica de una "curva normal" en que la mayoría estaría en los puntajes medianos (ya no estaban todos en la nota

máxima). Esto se vió como una amenaza, lo que generó una fuerte crisis al interior del hospital que culminó con un “plebiscito” o votación para juzgar la “nueva pauta” y pedir la renuncia del jefe de Recursos Humanos. Este conflicto se resolvió al comprobarse que la “nueva pauta” era experimental y que el proceso válido de calificación 97 sería el tradicional. Curiosamente, en el proceso habitual de calificación, los puntajes han ido replicando de alguna manera los producidos en la “pauta pilot” lo que traduce que se esta produciendo un cambio cultural en los calificadores. Hoy, con amplia participación se esta generando “una nueva pauta de ayuda a la precalificación” que nacida del concenso contribuya a un sistema de calificación más “objetivo y justo” y que aproveche lo que la misma gente estimó como positivo del “pilot”. Más allá del hecho puntual, sin duda ésto da a entender cuán sensible es el tema del recurso humano en nuestros hospitales y lo mucho que habrá que avanzar para que los trabajadores, sobre todo los más sencillos, puedan sentir un clima de respeto y de desarrollo humano que facilite su involucramiento en los desafíos actuales de nuestras organizaciones sanitarias.

6. CONCLUSION

Los hospitales públicos de nivel terciario de nuestro país estan en una situación de “crisis” dada la incapacidad de respuesta a una alta demanda insatisfecha, lo que es motivada por falta de recursos y fundamentalmente por una mala gestión de los que estan actualmente disponibles (problemas derivados del marco legal y reglamentario actualmente existente) de una insuficiente atención primaria, de una mala articulación de la red asistencial y de una adecuada relación entre los subsistemas público y privado (sistema dual); por una insuficiente capacidad del sector –esencialmente de su cultura– para enfrentar decididamente un proceso eficaz de cambio, entre otros muchos problemas en espera de soluciones globales. La búsqueda de equidad, participación y descentralización en el sistema público de salud, requiere de un enorme esfuerzo por buscar fórmulas au-

daces y creativas que respetando la idiosincrasia y “cultura” de nuestro recurso humano, hagan viable el cambio que nuestros hospitales requieren para lograr optimizar nuestros recursos y así satisfacer en mejor forma las necesidades de nuestros usuarios. El Hospital Luis Calvo Mackenna, inició un proceso de cambio organizacional, que se centró en: 1) Lograr estabilidad financiera; 2) Profesionalizar su gestión; 3) Potenciar el trabajo colaborativo con el sector privado y la comunidad (*Fund Rasing*) y 4) Reestructurar la organización y cambiar su “cultura” (y es aquí donde nos ha sido fundamental el esfuerzo de capacitación como instrumento de facilitación de la estrategia –tanto es así– que donde más se ha invertido en capacitación más se ha podido avanzar en consolidar fases del proceso). La evaluación del proceso a dos años de iniciado, es que nos ha permitido una significativa mejoría en la gestión de recursos, lo que se ha manifestado en un aumento de la producción medida en egresos hospitalarios, cirugía de alta complejidad, y en la capacidad de administrar proyectos de expansión, todos ellos, progresivamente orientados a resolver demandas relevantes de nuestros usuarios. Asimismo, se ha avanzado en introducir trabajo participativo y descentralizado a nivel de diferentes áreas lo que ha constituido una excelente base para la implementación de centros de responsabilidad (autogestión clínica). Esto no ha estado exento de un alto costo, en conflictos, en una dosis de confusión sobre los niveles de participación y de toma de decisiones. La organización se “siente” participando activamente y liderando un proceso de cambios y recibiendo una retroalimentación muy positiva de la comunidad nacional (lo que no quita que exista cierta “actitud vigilante” de parte de ciertos sectores nacionales, especialmente gremiales, que perciben con temor y desconfianza los aires de cambio). Pero, lo que es más importante, se han logrado claros avances en permear la organización al cambio, introduciendo conceptos como calidad total, contención de costos, trabajo en equipo, y el comprometer a muchos en una apuesta concertada que es posible lograr en un hospital público eficiente al servicio de los más pobres.