

Hospitales Autogestionados en la Red de Salud de Chile: alcances y limitaciones de su ley

Self management Hospitals in the Health Public network of Chile: reaches and restrictions of their law

Dr. Sergio Sánchez Bustos¹

Resumen

En Chile, la ley de Autoridad Sanitaria (19.937) establece la autogestión hospitalaria como una alternativa deseable. La meta es tener la totalidad de los hospitales de alta complejidad (59) funcionando bajo estas condiciones para el mes de enero del año 2010. Un análisis del contenido textual de la ley 19.937, que ordena el funcionamiento de los hospitales autogestionados o Establecimientos Autogestionados en Red (EAR) es realizado. A partir de ello, se observan ciertas complejidades para un desempeño óptimo: alineación de incentivos, problemas de agencia y de gobierno corporativo. Se pretende contribuir a la gestión de servicios sanitarios con un análisis que entrega puntos críticos a la gestión de los EAR.

Palabras clave: Problema de agencia, incentivos, gobierno corporativo

Abstract

In Chile, the Health Authority law Nº 19.937 of 2004 established self management of hospitals as a desirable option. The goal was to have all the high complexity hospitals (59) working under these conditions by January, 2010. An Analysis of the contents of law 19.937 is presented.

Some difficulties for its implementation are pointed out, as for example: a lack of alignment between incentives and goals, agency problems and cooperative government problems. Some critical points for self management of hospitals are identified.

Key words: Incentives, agency problems, corporative government

INTRODUCCIÓN

Es posible que existan problemas de gestión estructurales a la base de la ley de autoridad sanitaria que impidan el éxito de la gestión de los establecimientos autogestionados en red u hospitales autogestionados (EAR). Estos problemas son relacionados a la estructura de incentivos de su funcionamiento, de una multiplicidad de jefes que tendría el director de los EAR, y de una posible desalineación entre la ley y la misión de los mismos.

Este texto explora la ley de autoridad sanitaria (19.937) específicamente en aquellos artículos que dicen relación con los EAR y realiza un análisis de dichos artículos de la ley.

Se realizó una interpretación de sus acápites, proponiendo un sentido de lectura no necesariamente idéntico al que podría denotar en primera instancia su espíritu, sino que contextualizándolo con elementos de teoría del juego y de gestión sanitaria². El propósito de esta técnica es extraer alcances, limitaciones, intencionalidades y en definitiva

Recibido el 16 de marzo de 2010. Aceptado el 25 de marzo de 2010.

1 Médico Cirujano -U. de Chile. Magíster en salud pública- U. de Chile. MBA para instituciones de salud-U Andrés Bello- Chile. Doctor © Ciencias Sociosanitarias y Humanidades Médicas- U. Complutense Madrid. Correspondencia a: sergiosanchezb@gmail.com

2 No se expondrá el texto de la ley, sino solo referencias a sus artículos.

comprender el texto desde una óptica que vaya más allá de sus relaciones internas, generando de esa forma una mirada que para efectos operativos llamamos crítica.

Esta interpretación se hace en relación a actores, tomadores de decisiones, escenario y contexto en el que se desarrolla esta reforma de gestión, proceso empírico que intenta ordenar analíticamente las diversas fuerzas que se oponen entre sí para dar como resultado la instalación de los EAR.

Son supuestos de esta *mirada*:

1. Visualización 'político-clientelar' del ciudadano, en vez de 'beneficiario' o 'paciente'. Se enfatizan así los derechos del ciudadano a recibir servicios de calidad y de la comunidad a obtenerlos al menor costo social posible.
2. Teorización que contempla al ciudadano como el fin último del Sistema de salud, dejando de lado intereses corporativos o asistenciales-caritativos.

Discusión preliminar: ¿se cumplirán los objetivos del EAR?

Los EAR presentan algunas características que podrían generar eficiencia en la gestión del servicio v.g manejo del recurso humano de la organización de acuerdo a los objetivos de operación definidos por el director del EAR. Otra herramienta eficaz, es la compra de servicios de cualquier naturaleza a terceros, lo que permitirá externalizar aquellos servicios que generen mayor costo que beneficios a la organización. Eventualmente podría funcionar como un incentivo a funcionar bien para los funcionarios que podrían ver amenazada su fuente laboral si no fuesen eficientes.

La gestión también mejorará en la medida que se utilice la posibilidad de celebrar convenios de cooperación con otros establecimientos de la red. Este mecanismo funcionará en la medida en que la red tenga la suficiente especialización y flexibilidad para responder a demandas por servicios que un hospital no necesariamente deba ejecutar, pero si gestionar su prestación en beneficio de su cliente. Para generar mayores ingresos y agilizar la gestión, existe la posibilidad de ejecutar actos de compra-venta, arriendo de bienes muebles e inmuebles.

También podrán generar proyectos concursables de desarrollo, como otra alternativa de generación de

recursos y como mejora en la oportunidad de respuesta a las necesidades de gestión del hospital. Asimismo, podrán generar recursos a partir de la celebración de convenios con la autoridad sanitaria para la generación de actividades de salud pública.

Además, la celebración de convenios con FONASA sin duda que estimularán la eficiencia en la entrega de prestaciones, dado el poder de compra que el financista concentra, puede incentivar a que los EAR funcionen de la mejor manera posible. Este incentivo actuaría en el director del hospital.

Por último, podrá ejecutar inversiones propias por un monto menor a 10.000 UTM³, lo que entrega mayores grados de libertad al momento de retroalimentar la estructura con las necesidades de la ciudadanía.

Son algunas limitaciones a la gestión autónoma todas aquellas que para su ejecución deban pasar por la aprobación de alguna otra instancia tomadora de decisiones, con énfasis en aquellas determinadas por Hacienda o la dirección de presupuestos, por varias razones: porque la negociación seguramente incluirá como interlocutores válidos al subsecretario de redes asistenciales y/o al director del servicio de salud respectivo, por el riesgo de captura política o financiera de algún miembro de este 'directorio' o por desalineación entre los objetivos y estructura.

Mención especial debe hacerse a la forma de evaluar el desempeño del EAR. Esta es una forma doble, a cargo del director del servicio de salud respectivo por una parte y del subsecretario de redes asistenciales (por resolución conjunta de hacienda y MINSAL) en varios ítems que incluyen la eficiencia en el manejo administrativo financiero, la definición y medición continua de niveles de satisfacción usuaria, oportunidad de atención (listas de espera), acreditación en la superintendencia de salud y articulación con el resto de la red. Esta doble responsabilidad podría generar desalineación entre objetivos del hospital y su directorio, pero dado que los objetivos de evaluación del director de servicio están incluidos en los del subsecretario, este peligro

³ UTM: Unidad Tributaria Mensual, es una cantidad de dinero que sirve de referencia tributaria. Se fija de acuerdo a una ley especial y se actualiza permanentemente. AL día de hoy 16 de marzo de 2010 es \$36.752

se minimiza. Sin embargo aumenta la ineficiencia del aparato estatal por duplicación de funciones.

Otro punto limitante, por las dificultades que generará su medición es la informática y compatibilidad de sistemas con la dirección del servicio, desarrollo organizacional, logística interna y externa. Seguramente será muy difícil desarrollar indicadores de gestión de este tipo de procesos, al igual que medición de satisfacción usuaria. Se hace necesario levantar metodologías alternativas para dar cuenta de estos fenómenos. Una posibilidad son las técnicas de investigación cualitativas y la triangulación con lo cuantitativo.

Otra complejidad es que la resolución de conflictos entre EAR y servicio de salud será realizada por el subsecretario, que es una de las principales partes evaluadoras de la gestión de los EAR. Este tipo de arbitraje o regulación seguramente será de difícil calibración a su punto de equilibrio óptimo, pues el regulador es juez y parte al momento de evaluar la gestión de desempeño del EAR. Además existe el riesgo de captura política de este regulador, pues puede sentir afinidad por tal o cual actor al momento de regular.

Los EAR sin duda alguna que contribuirán a resolver los problemas de gestión actuales que generan instituciones poco eficientes, pero presenta desafíos a la creatividad del gerente a cargo del establecimiento, pues, como hemos analizado, presenta algunas instancias limitaciones en instancias decisoras que generan una dependencia de otras tecnocracias estatales sobre todo en lo administrativo financiero, lo que puede generar retraso y distorsión en la toma de decisiones para cumplir con el objeto de ser EAR, que genéricamente es servir a la ciudadanía de la mejor manera posible.

La problemática del incentivo

La creación de los establecimientos de autogestión en red pretende mejorar la gestión de la red asistencial como una forma de generar, ley mediante, incentivos apropiados para la provisión de bienes públicos con eficiencia y asegurando equidad desde la red asistencial.

La actual forma de gestión del sector público está, en alguna medida, perpetuando fallas en regulación estatal de servicios debido a asimetría de información entre el regulado, específicamente el prestador de servicios, que

conoce mejor y más el sistema y el regulador, en este caso el director del EAR. Esta asimetría podría incentivar al primero a comportarse oportunísticamente al momento generar sus prestaciones, induciendo la demanda o generando acciones no necesarias (v.g prolongar más tiempo que lo recomendable una hospitalización).

En parte esto se explica porque el foco de la organización ha estado puesto en el médico (y equipo liderado por y desde este locus simbólico) y sus necesidades de resolución asistencial más que en la ciudadanía. Este clima organizacional ha generado una inercia en el sentido mencionado que podría obstaculizar la consecución de objetivos de la gestión, principalmente en cuanto a calidad, acceso y oportunidad de asistencia al ciudadano, que en gran medida dependen del prestador de servicios clínicos incentivado, bajo estos supuestos, a realizar *riesgo moral* (4).

Las herramientas de gestión de recursos humanos debieran apuntar en la dirección de optimizar el trabajo de los equipos generando eficiencia y evitando las conductas oportunistas. En este sentido cabe mencionar la dificultad de implementación de las actuales formas de control: deméritos, calificaciones y simplemente el finalizar contratos discrecionalmente. Esto se explica por la captura política del encargado de ejercer dichas atribuciones, muchas veces un propio par o un agente político que no quiere enemistarse con alguien que posteriormente podría ser su jefe y 'devolverle la mano'.

Respecto a la gerencia de recursos humanos, el director del EAR actuará directamente ⁵ y ⁶ en la gestión de los

4 El riesgo moral (moral hazard) es un concepto económico que ocurre cuando una persona cambia su conducta por el hecho de estar asegurada. Los individuos o instituciones asegurados pueden manifestar este cambio emprendiendo actividades de riesgo, pues saben que la atención de su salud (en el caso de un seguro de vida) está asegurada, o utilizando en exceso servicios por los que no tienen que pagar el costo total.

5 Ley de autoridad sanitaria en su artículo Artículo 25 F, letra f) dice que actuará "...en materia de suplencias, capacitación, calificaciones, jornadas de trabajo, comisiones de servicio, cometidos funcionarios, reconocimiento de remuneraciones, incluyendo todas aquellas asignaciones y bonificaciones que son concedidas por el Director del Servicio, feriados, permisos, licencias médicas, prestaciones sociales, responsabilidad administrativa y demás que establezca el reglamento".

6 CHILE. Ley n° 19.937 de 24 de febrero de 2004. Modifica el decreto ley n° 2763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. Disponible en: www.minsal.cl/juridico/LEY_19937.doc

profesionales de modo de poder liderar procesos que remarquen el deber ser del EAR, entregando mayores herramientas en la motivación, contribuyendo a posicionar los incentivos al desempeño como una herramienta eficaz en la gestión del recurso humano. De las posibilidades de gestión llama la atención la calificación del desempeño, que al ser usadas discrecionalmente podría constituirse como una forma de incentivar conductas deseables al interior de la organización, evitando así posibles problemas del tipo *moral hazard*.

Otros incentivos serán la posibilidad de ejercicio privado al interior del EAR para algunos, la posibilidad de 'subsidiar' a las actividades poco eficientes del EAR con agentes del sector privado que estén dispuestos a intervenir, externalizando en el mediano plazo aquellas áreas poco eficientes de la gestión.

Multiplicidad de Jefes

El nivel de complejidad de actividades ofrecidas estará dirigida parcialmente por el director del EAR dadas sus dependencias tanto del director del servicio, como del subsecretario de redes, de acuerdo a la normativa que emane desde el nivel central. Esta dependencia gerencial del director del servicio de salud será para todos aquellos asuntos que se consideran parte del servicio destinado a la ciudadanía. Estas funciones se enmarcan de acuerdo a al 'cumplimiento de objetivos sanitarios y de integración a la Red'⁷, así como 'metas de desempeño presupuestario'⁸.

Además existirá una dependencia del ministerio de hacienda y de la dirección de presupuestos en materias de inversión y contratos de compra venta de bienes muebles o inmuebles que excedan ciertos montos señalados en la ley.

Desde otra óptica, el director del EAR será el agente y el Director del Servicio de Salud representará al jefe o principal, representante (agente) a su vez del directorio mayor que es la ciudadanía: se trata de una cadena doble de agente-agente-principal.

También pueden ser considerados principales los ministros de hacienda, subsecretario de redes asistenciales,

director de presupuestos y en cierta medida los consejos consultivos ciudadanos⁹.

La información directiva que proviene de múltiples fuentes, puede contribuir a diluir las responsabilidades al no especificar claramente las necesidades de cada principal. Esta descoordinación aparente del texto legal, podría dar forma a una incoordinación en la transferencia de información orientada a la eficacia en la consecución de los objetivos del EAR

En efecto, es lícito afirmar que en la gerencia de estos establecimientos existen al menos dos agentes y una multiplicidad de principales, representados por la ciudadanía y los agentes que esta determine para Hacienda, DIRPRES y MINSAL.

Resulta todo esto, entonces, en una suerte de contradicción que contribuye a señalar el fenómeno, el constatar el texto que especifica la relación entre director de servicio de salud y de hospital: '...El Director del Servicio de Salud no podrá interferir en el ejercicio de las atribuciones que le confiere este título al Director del Establecimiento, ni alterar sus decisiones.'¹⁰ al contrastarlo con toda la normativa de la que hablan los artículos posteriores y que supeditan la ejecución de muchas decisiones de inversión y transacciones de bienes muebles e inmuebles al director del servicio de salud respectivo. Esto se verá en profundidad en el análisis textual del artículo 25 de la ley de autoridad sanitaria.

Los EAR tendrán requisitos reglamentados por el MINSAL que '...deberá regular, entre otras materias, el sistema de obtención de dicha calidad y el proceso de evaluación del cumplimiento de los requisitos exigidos y los mecanismos

⁹ La participación de la ciudadanía estará resguardada, a nivel discursivo, en los consejos consultivos de usuarios, "compuesto por 5 representantes de la comunidad vecinal y 2 representantes de los trabajadores del establecimiento". Serán asesores del director del establecimiento en políticas y planes desarrollados por el establecimiento. CHILE. Ley n° 19.937 de 24 de febrero de 2004. Modifica el decreto ley n° 2763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. Disponible en: www.minsal.cl/juridico/LEY_19937.doc

¹⁰ CHILE. Ley n° 19.937 de 24 de febrero de 2004. Modifica el decreto ley n° 2763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. Disponible en: www.minsal.cl/juridico/LEY_19937.doc

⁷ Ídem.

⁸ Ídem.

de evaluación y control de su gestión.¹¹ Esto se traduce en un mecanismo evaluativo conjunto a cargo del Ministerio de Hacienda y MINSAL. Dos principales generan dos mecanismos evaluativos diferentes, aunque en la práctica, los parámetros medidos por Hacienda y el subsecretario de redes, incluyen a los que debe medir el director del servicio de salud. Esta situación podría perfilarse como un caso de sobrerregulación que seguramente generará más costos que beneficios a la gestión del EAR.

Estructura y misión: posible desajuste del gobierno corporativo.

El gobierno corporativo podría resumirse como una organización a cargo de un gerente de hospital y 3 o 4 principales: ciudadanía, Hacienda, MINSAL y SNSS. Esta estructura sustenta el rol, se explicita o no, de generar el servicio asistencial a la ciudadanía desde el EAR. Dadas las dificultades que surgirán al tratar de alinear los objetivos particulares de este servicio asistencial y los múltiples objetivos del 'directorio' que incluyen hacer funcionar el EAR, pero además pueden presentar otros alternativos como eficacia a toda costa, eficiencia, rendición de cuentas (accountability), entre otros.

Además existe el *riesgo de captura*¹² de alguno de los miembros de este directorio, pues sin duda alguna que se constituyen como principales pero al menos 3 de ellos son agentes de otros ministerios y actividades públicas. Los problemas de agencia, por tanto serán múltiples y no pretendemos aquí detallarlos, pues es imposible a priori determinarlos, pero sí podemos acusar que la probabilidad de que ocurran existe.

La misión de estos establecimientos aparece alineada con los objetivos sanitarios¹³ que emanan del Ministerio de Salud, los que actualmente incluyen:

1. Mantener y mejorar los logros ya alcanzados en el estado de salud de la población.

2. Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento y de otros cambios acaecidos en la sociedad.
3. Disminuir las desigualdades que se observan en el estado de salud de la población.
4. Satisfacer las expectativas de la población con el sistema de promoción, protección y recuperación de la salud.¹⁴

En lo operativo, estas instituciones contribuirán a alcanzar los objetivos sanitarios para la década, al dar soluciones específicas a los problemas asistenciales que la comunidad presente, especialmente aquellos producidos a partir de los cambios demográficos y envejecimiento de la población.

Como ya se mencionó, quizás los objetivos de este directorio sean algo diferentes v.g la contención de costos en el hospital, o el cumplimiento con los estándares de evaluación de los reguladores, e incluso objetivos que estén influenciados por posibles capturas del regulador v.g proselitismo político, cuoteo de favores, entre muchas otras situaciones que podrían ocurrir.

Por lo tanto, un desafío adicional a la gestión de estos hospitales, dado que en '...el Director estarán radicadas las funciones de dirección, organización y administración...' ¹⁵ será el intentar coordinar su proceso gerencial con las definiciones emanadas del rector, en este caso representadas por el director del servicio de salud y las exigencias que emanan de la planificación sanitaria, que a su vez es desarrollada centralmente.

A la luz de los resultados, para obtener un óptimo funcionamiento de los EAR, conceptualizados para el buen funcionamiento de la RED se recomienda:

1. Revisar el texto de la ley y /o reglamentar su funcionamiento estableciendo claramente las responsabilidades de los diversos actores participantes de la toma de decisiones en este sistema de trabajo: Ministerio

11 Ídem.

12 Los reguladores y fiscalizadores estatales de servicios públicos ofrecidos por entidades privadas o estatales, están sometidos al riesgo de dos formas de captura, empresarial y política.

13 Ley de autoridad sanitaria. Artículo 25 C : "...El convenio de desempeño deberá establecer especialmente directivas sanitarias relacionadas con el cumplimiento de objetivos sanitarios y de integración a la Red, como asimismo metas de desempeño presupuestario."

14 Objetivos sanitarios para la década 2000-2010. "El vigía". Boletín de vigilancia en salud pública de Chilr. Volumen 5, N 15. 2002. p 3. Ministerio de Salud Gobierno de Chile

15 Con especial énfasis en las labores directivas, desarrollo organizacional y presupuestario junto a actividades asociadas. CHILE. Ley n° 19.937 de 24 de febrero de 2004. Modifica el decreto ley n° 2763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. Disponible en: www.minsal.cl/juridico/LEY_19937.doc

de hacienda, subsecretario de redes asistenciales, directores de servicios de salud y directores de establecimientos autogestionados.

2. Facilitar la incorporación ciudadana en la gestión mediante la capacitación de los consejos consultivos en las materias de control social y cuentas públicas, de modo que la ciudadanía, conceptualizada como el principal 'dueño' de los EAR pueda cumplir su función en la mejora gerencial de los mismos.
3. Generar un cambio organizacional en los EAR en el sentido de desarrollar las lógicas de trabajo desde centros de responsabilidad y de costo, sistema que permitirá controlar la gestión analíticamente, detectando los puntos de la organización que requieren ser optimizados así como aquellos que resultan satisfactorios.
4. Estimular la aplicación de políticas de recursos humanos coherentes con las lógicas de gestión orientadas a resultados. Incluir en este desafío la revisión de los incentivos monetarios y de sueldo. Desarrollar políticas de incentivo alternativas a las existentes para favorecer la motivación de los equipos a permanecer comprometidos con la institución de la manera que los desafíos lo requieran.
5. Generar una cartera de servicios especializada y eliminar, externalizando todo aquel servicio accesorio que pueda ser provisto por otros actores que sean especialistas en los rubros ofertados. V.g lavandería, cocina, aseo, seguridad, laboratorio clínico.
6. Estimular la competitividad de los equipos clínicos mediante la celebración de múltiples convenios con el mundo público y privado de manera de priorizar la gestión de acuerdo a la demanda de servicios asistenciales y no de acuerdo a

posibles comportamientos estanco de grupos de profesionales.

7. Generar autofinanciamiento a partir de los convenios con los prestadores que trabajen en los EAR para que puedan ejercer privadamente su oficio al interior de los mismos.
8. Ejecutar actos de compra-venta, arriendo de bienes muebles e inmuebles.
9. Generar proyectos concursables de desarrollo, como alternativa de generación de recursos y como mejora en la oportunidad de respuesta a las necesidades de gestión del hospital.
10. Generar recursos a partir de la celebración de convenios con la autoridad sanitaria para la generación de actividades de salud pública.
11. Celebración de convenios con FONASA sin duda que estimularán la eficiencia en la entrega de prestaciones para incentivar al director del hospital que los EAR funcionen eficientemente.
12. Invertir en la medida que la ley lo permita (por un monto menor a 10.000 UTM),

REFERENCIAS

1. CHILE. Ley n° 19.937 de 24 de febrero de 2004. Modifica el decreto ley n° 2763, de 1979, con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalecer la participación ciudadana. Disponible en: www.minsal.cl/juridico/LEY_19937.doc
2. OBJETIVOS SANITARIOS PARA LA DÉCADA 2000-2010. *El Vigía- Boletín de vigilancia en salud pública de Chile. Volumen 5, N 15. 2002. p 3. Ministerio de Salud Gobierno de Chile. Edición especial. Disponible en : epi.minsal.cl/epi/html/elvigia/vigia15.pdf*