

Gestión de hospitales rurales: una medición en las provincias de Llanquihue, Chiloé y Palena

The nature and management of rural hospitals: an assessment in the provinces of Llanquihue, Chiloé and Palena (Chile).

Dr. Yuri Carvajal Bañados¹

Resumen

Se evalúan 11 Hospitales rurales (tipo 4 o de baja complejidad) del Servicio de Salud Llanquihue Chiloé Palena mediante un instrumento de control de gestión basado en el análisis de Liderazgo, Usuarios, Recursos Humanos, Planificación Estratégica, Procesos, Información y Análisis, Compromiso Social y Resultados. Los establecimientos presentan deficiencias en las siguientes áreas: gestión de sus procesos clínicos, (incluyendo la gestión de nuevas prestaciones y de los procesos de apoyo), gestión del desempeño, medición y análisis del rendimiento organizacional y los resultados de la efectividad organizacional. Se identifican como áreas de buen desempeño, el liderazgo para la dirección superior, el conocimiento de los pacientes y usuarios, la gestión de esa relación, gestión del personal, educación y capacitación y el compromiso con la comunidad.

Se concluye la utilidad de la herramienta y la necesidad de extender el análisis a todos los establecimientos similares, con algunas modificaciones, la importancia de introducir posibilidades reales para la gestión clínica en aspectos críticos (urgencia, cirugía, atención del parto, atención cerrada y abierta) y en procesos de apoyo (laboratorio, imagenología y traslados).

Palabras clave: Hospitales rurales, evaluación de gestión.

Abstract

Eleven hospitals classified as low complexity in Llanquihue Chiloé Palena Health Service were evaluated using components of a management control instrument. This instrument is based in the score of eight items: leadership, users, human resources, strategic planning, process, analysis and information, social agreements and results. These hospitals are underscored in management of clinical process, performance, measure and analysis of organizational performance. By opposition, leadership, users and patients knowledge, education and social agreements are well evaluated.

In conclusion, the management evaluation tool is useful for these hospitals. Also it is necessary to extend analysis to other hospitals, with some modification. To improve the evaluation we suggest including clinical management of care, emergency services and supporting technical services (laboratory, imaging and transfers).

Key Words: Rural hospitals, management evaluation.

Recibido el 21 de enero de 2008. Aceptado el 28 de febrero de 2008.

¹ Médico-Cirujano, Magíster en Salud Pública Universidad de Chile, Magíster en Gerencia Pública, Universidad de Chile, Profesor de Salud Pública Universidad Austral de Chile. Correspondencia: ycarvajal@llanchipal.cl

1. INTRODUCCIÓN

Los Hospitales tipo 4 plantean a la gestión pública desafíos acompañados de dos dimensiones caras a la salud pública: territorio e historia. Representan un patrimonio social y de salud que la sociedad chilena en la modernización de los años 50 construyó o incorporó a un proyecto global de salud pública (1). Pese a los convulsivos cambios ocurridos en este medio siglo, el aporte que hacen y han hecho los médicos generales de zona a las comunidades en que desarrollan su ciclo de formación, y del compromiso de los profesionales, técnicos y auxiliares que allí trabajan y/o trabajaron ha sido enorme (2). Este trabajo intenta ayudar a construir un camino para estas instituciones. Un camino en que las políticas públicas pueden hacerse local e históricamente, en que las personas protagonizan respuestas adecuadas a su lugar y a su tiempo.

2. SITUACIÓN DEL PROBLEMA EN EL PAÍS

2.1 Los hospitales 4

Chile posee 99 Hospitales básicos que atienden a poblaciones dispersas, pequeñas o medianas, de economías extractivas o de cultivos, corrientemente conocidos como Hospitales tipo 4 por la denominación que se les dio en el Reglamento de Servicios de Salud de diciembre de 1986, derogado el año 2005 (a). Estos establecimientos son administrados por los respectivos Servicios de Salud descentralizados, y encabezan sus equipos de trabajo, médicos en destinación y formación (EDF), mas conocidos como Médicos Generales de Zona. Esta última denominación procede de las antiguas Zonas en que se organizaba el Sistema Nacional de Salud, en cuya Subdirección General el Dr. Bogoslav Juricic y el equipo de Médicos Inspectores gestaron un sistema para abordar la fuerte desigualdad de distribución de recursos profesionales que padecía Chile en los 50 (3). Tienen bajo su responsabilidad un equipo de profesionales con una carrera profesional distinta, pues mayoritariamente el resto de los funcionarios la realizan al interior del mismo establecimiento y ocasionalmente, dentro del Servicio de Salud.

Estos Hospitales son responsables de la salud en un número semejante de comunas (99) con o sin atención primaria municipalizada. Representan el 51% de todos los Hospitales públicos de Chile, con 4564 camas disponibles.

2.2 Los cambios

En los últimos 30 años el país se ha urbanizado, interconectado, mejorado las condiciones básicas de vida de sus habitantes y generado una ciudadanía "moderna" (6). La situación de salud de los chilenos ha vivido varios cambios, englobado en los términos de transición demográfica y de transición epidemiológica. Las prácticas diagnósticas y terapéuticas también han asistido a radicales cambios: mayor precisión diagnóstica entregada por innumerables medios tecnológicos, procedimiento terapéuticos semiinvasivos que han fortalecido la ambulatorización de variados procesos y la convicción epidemiológica que el grueso de las enfermedades tienen su causa en factores sociales (ambientales, sociales o de estilos de vida) que obligan a la medicina a salir mas allá de los recintos institucionales (2).

Por tales razones, es entendible que los Hospitales tipo 4 tengan un desfase organizativo, estructural, respecto a las necesidades de salud de sus comunidades. Desarrollados en un modelo de salud que cobró fuerza en los años 60, el sistema de salud no ha logrado construir una propuesta para aprovechar el capital humano que en ellos existe. Esta situación se ha agravado en los últimos años, pues el sistema público de salud ha enfrentado una serie de cambios, conocidos como la Reforma de Salud (4), en el cual se intenta abordar un nuevo modelo de gestión. Se ha denominado trabajo en red a la orientación hacia un trabajo horizontal, basado en el diálogo y la cooperación, por sobre las estructuras jerárquicas y normativas (3). En ese espacio sin embargo, los Hospitales tipo 4 no han construido una propuesta ni han encontrado la oportunidad para desplegar sus potencialidades.

2.3 Las inadecuaciones

Este desfase se expresa con agudeza en dos dimensiones: la propiamente hospitalaria y la de

atención primaria. En la dimensión hospitalaria, son centros de atención cerrada, y como tales, no se ajustan a los estándares recomendados para este tipo de instituciones, como más adelante se ilustra para el área de Llanquihue Chiloé y Palena. En cuanto a atención primaria, es evidente que el grueso de su actividad, sino la totalidad de ella, pertenecen a esta estrategia. Pero la organización de estos Hospitales difiere sustancialmente de aquella que el país ha determinado para su atención primaria:

a) Régimen de gestión de los funcionarios (recursos humanos): se rigen por el estatuto administrativo y no por el estatuto de atención primaria.

b) Sistemas de financiamiento e inversión: dependen de un financiamiento por actividad realizada y no por un sistema per cápita. La inversión es administrada por el nivel central y no por los Gobiernos Regionales.

c) Dependencia institucional: aunque la dependencia municipal de la atención primaria nacional tampoco es un modelo de gestión (2), la existencia de dos formas organizativas (de los Servicio de Salud y del municipio), para la atención primaria de una misma comuna resulta francamente indeseable.

Estas inadecuaciones se expresan en una crítica situación financiera, ya que su costo real de operación no ha sido considerado en el mecanismo por el cual el estado central financia estos establecimientos, como mas adelante ilustramos para Llanquihue, Chiloé y Palena.

2.4 Indicadores de la heterogeneidad

Bajando del nivel nacional, en el cual se expresa una diversidad social y geográfica muy amplia, este trabajo se concentra en tres provincias hasta hoy enmarcadas en el Servicio de Salud Llanquihue Chiloé Palena (Llanchipal, aún en trámite su separación en dos Servicios: Chiloé y Reloncaví). En este servicio los Hospitales tipo 4 son 11, con 293 camas. Poseen una distribución geográfica de extensa dispersión, atendiendo a comunidades que van desde los 1200 habitantes como las zonas fronterizas de Palena y Futaleufú (Provincia de

Palena) hasta los extensamente urbanos de Calbuco y Quellón (Llanquihue y Chiloé respectivamente) con poblaciones cercanas a los 30 000 habitantes, pasando por poblaciones intermedias de 10 000 habitantes como Maullín, Fresia, Frutillar, Llanquihue y Qinchao (Acho). O las dispersas áreas de Queilén y Chaitén, de 6000 y 8000 habitantes respectivamente.

En cuanto a sus indicadores de rendimiento, la situación es:

a) Índices ocupacional: En Llanchipal este promedio fue 36% ese año versus 85% recomendado.

b) Días de estadía: en Llanchipal fue 3,88 el 2005 versus 6 a 9 recomendado.

c) Índice de rotación: aunque no existen recomendaciones tan precisas, la cifra de 33,16 el 2005 en Llanchipal señala que cada cama en promedio es ocupada por tres pacientes al año.

d) Intervalo de sustitución: tampoco posee estándares precisos, pero la cifra promedio 10,6 el 2005 en Llanchipal significa que una cama demora 10 días promedio en volver a ser ocupada.

La heterogeneidad de tamaño oscila 10 a 40 camas y 21 a 93 funcionarios.

En cuanto a su relación con consultorios de atención primaria municipalizada, 4 de ellos coexisten con tales establecimientos. Los 11 Hospitales tienen postas rurales atendidas por sus médicos, pero a cargo de Paramédicos municipales.

La situación financiera es ilustrada en la siguiente tabla construida por el Servicio de Salud, en la que se ilustra el gasto (fundamentalmente en remuneraciones y compra de bienes y servicios).

CUADRO 1:
Gasto Versus Producción en M\$ Hospitales
de Servicio de Salud Llanquihue 2004

Hospital	Total Gasto	Producción Ajustada	Ingresos Propios	Total Producción	Gasto No Explicado por Producción
Achao	610.019	329.569	32.564	362.132	247.887
Calbuco	758.367	534.521	33.557	568.078	190.289
Chaitén	499.497	221.220	21.309	242.529	256.968
Fresia	408.860	324.610	19.540	344.150	64.709
Frutillar	409.352	298.079	17.005	315.084	94.267
Futaleufú	230.246	114.862	14.411	129.273	100.973
Llanquihue	459.115	272.287	25.025	297.312	161.802
Mauñilín	410.776	308.407	16.802	325.209	85.568
Palena	274.909	136.642	16.534	153.176	121.733
Queilen	223.126	184.199	7.289	191.488	31.638
Quellón	675.164	533.469	46.262	579.731	95.433

Fuente: Servicio de Salud Llanquihue-Chiloé-Palena

Aparece como gasto no explicado de estos Hospitales los mayores costos de operación en zonas rurales y la mantención de costos fijos subutilizados por una inadecuación física a la realidad epidemiológica y social de las zonas rurales hoy. Otro gasto importante reside en los traslados. Las distancias que estos Hospitales tienen con su centro de referencia complejo (hospital de Puerto Montt) son de 340 km promedio. Para tres de estos establecimientos, significa derivar por avión, mar o a través de la República Argentina. Estimaciones del Servicio de Salud fijan el costo de estos traslados (no incluidos en la estructura arancelaria través de la cual se establecen las transferencias de FONASA, que sólo alcanza un 3,2% de estos costos) en alrededor de \$360 millones anuales, equivalente al 80% del gasto anual total promedio de los hospitales tipo 4 pequeño de Llanquihue.

En un entorno complejo, los Hospitales tipo 4 sobreviven con un modelo de atención que es un mal híbrido entre los actuales requerimientos hospitalarios como son la atención durante las 24 horas del día (urgencia, maternidad, servicios clínicos, quirúrgicos y de apoyo), calidad de los procesos (infecciones intrahospitalarias, consideraciones éticas y uso apropiado de tecnología) con otras demandas de salud pública que son más bien propias de la atención primaria, como población bajo control,

atención progresiva y familiar, trabajo en terreno y con la comunidad.

Cualquier iniciativa de intervención sobre estos establecimientos, requiere preguntarse especialmente:

¿Sobre qué aspectos de gestión debe concentrarse un proyecto de adecuación de los mismos?

3. MATERIAL Y MÉTODO

Este trabajo se propuso identificar áreas de gestión deficitarias, usando un instrumento de Control de Gestión. Los requisitos básicos que un sistema de control debe incluir para poder considerarlo de gestión son: permitir saber si la empresa está controlada, preventivo, alineado con los objetivos y resultados, servir como sistema de información para toda la empresa, medir capacidades, lograr motivar a todos los individuos, servir como herramienta y ser utilizado por los responsables (5). Las características mínimas que debería tener un instrumento para ser usado en este estudio son: extensivo a todas las áreas de gestión, énfasis en lo clínico, precisar áreas específicas de Gestión, probado aunque sea parcialmente en Hospitales y en Chile, aplicable a pequeños hospitales.

En nuestro país en el sector público de salud, específicamente hospitales, se han usado al menos cuatro instrumentos de este tipo: Modelo de Excelencia (ME), Programa de Evaluación de la Calidad de la Atención Hospitalaria (PECAH), Auditorías cruzadas y Cuadro de Mando Integral.

Para este estudio se tomó como base la encuesta del modelo de excelencia, adaptada a grandes hospitales públicos chilenos (tipo 1), y articulado como un proyecto cooperativo MINSAL Chile Calidad (CORFO). Se trata de una encuesta auto administrable que intenta resumir en un puntaje total 8 dimensiones del modelo Baldrige de calidad. Ese puntaje debe servir para señalar la situación del Hospital, identificar áreas críticas y recoger buenas prácticas. Se levantó el 2004 como parte de un proceso de evaluación de las redes (2003) y luego en los Hospitales propuestos

para ser autogestionados. Es una adaptación local realizado por CORFO y MINSAL del Modelo de Malcolm Baldrige de 1987 que gira en torno a la calidad, surgido en USA para las empresas privadas y adaptado en 1999 a instituciones de de cuidado de salud y educacionales. Durante el año 2004 se aplicó a nivel nacional un formato adaptado a grandes hospitales y en él se especificaron los criterios a evaluar en las 8 dimensiones del modelo: **Liderazgo, Gestión de la satisfacción de los pacientes y usuarios, Compromiso y desarrollo de las personas y la organización, Planificación estratégica, Gestión de los procesos, Información y análisis, Responsabilidad social y Resultados.** Cada subcriterio se divide a su vez en subítems que son calificables mediante evidencia. Para otorgar puntaje, en los criterios 1 a 7 se adjudica de 0 a 6 puntos. Si no hay evidencia alguna, cero. Cuando el enfoque es incipiente y el desarrollo parcial, uno. Cuando hay un enfoque sistemático en algunas áreas, dos. Si el enfoque ha sido mejorado y en las áreas principales es sistemático, tres. Cuando el enfoque se ha evaluado y mejorado, cuatro. Cuando el enfoque ha sido efectivo en sus mejoras, cinco. Y finalmente, cuando se alinea con los otros criterios de calidad, seis. El criterio 8 es evaluado según sus resultados. Cuando no hay datos, cero. Cuando existen datos, uno. Cuando constituyen series históricas y demuestran tendencias positivas en algunas áreas, dos. Cuando esas tendencias positivas son mayoritarias, tres. Cuando esas tendencias comparativas se usan para hacer comparaciones con otros establecimientos, cuatro. Si esas comparaciones muestran ventajas para el establecimiento evaluado, cinco. Y finalmente, si no hay tendencias adversas o de bajo nivel en los indicadores, seis. El puntaje obtenido en cada ítem es ponderado de 0,5 a 3, lo que arroja un puntaje final entre 0 a 600 puntos, que permite categorizar el estado del establecimiento en términos de la excelencia. Las razones a la vista para apoyarnos en este instrumento fueron: se trata de un modelo ampliamente aplicado en el país y en Hospitales, existe experiencia local y del autor con el método y es inclusivo respecto de los otros tres métodos mencionados.

Antes de partir se realizó además una fase de validación del procedimiento propuesto, mediante una investigación grupal que convocó en una sesión a una encuestadora Chile Calidad acreditada y funcionaria del Hospital de Puerto Montt, a una encuestadora acreditada del PECAH y con experiencia directiva del Hospital de Puerto Montt y del Servicio de Salud Llanquihue Chiloé y Palena, a una Matrona del Hospital de Calbuco y dirigente de la Federación de Profesionales de la Salud (FENPRUS), a un Asistente Social del Hospital de Llanquihue y Dirigente de la Federación de Trabajadores de la Salud (FENATS Unitaria), a un Médico EDF, Director del Hospital de Frutillar, al Presidente de la Unión Comunal de Juntas de Vecinos de Calbuco y a un Matrón miembro del Departamento de Salud Municipal de Fresia.

Todos los participantes hablaron ampliamente sobre los Hospitales tipo 4, señalaron su actual estado crítico y mencionaron como aspectos críticos los recursos financieros, los humanos y el trabajo con la comunidad. Explícitamente señalaron su falta de perspectivas u orientación institucional y su desalineamiento con la atención primaria. Finalmente se concluye que un aspecto no considerado en el modelo de excelencia y en la encuesta correspondiente, trataba justamente sobre un aspecto relevante de la situación de estos Hospitales, que es el trabajo en red, tanto en lo que dice relación con la atención primaria municipalizada, como su coordinación con Hospitales de mayor complejidad.

Nuestro instrumento fue aplicado como encuesta en terreno a cada uno de los directores de los 11 establecimientos. La entrevista fue realizada durante agosto octubre del 2006, por encuestador único. 10 de los 11 directores invitaron a la entrevista a otros miembros del equipo. Las puntuajes que los directivos adjudicaron a su establecimiento durante la encuesta fueron incorporadas en el mismo momento a una planilla Excel, para el procesamiento estadístico. La encuesta fue registrada magnetofónicamente. En este aspecto nos apartamos de la guía del "Modelo de Excelencia", el cual contempla la obtención de "evidencias" consistentes en "la descripción de hechos concretos que demuestren la existencia de una metodología o mecanismo que aborde los

requerimientos de cada área de análisis que esté siendo evaluada”. Podría considerarse que el haber dado una ponderación importante a los directores de los hospitales como fuentes de evidencia da lugar a un sesgo. Esto era, sin embargo, difícil de obviar en la situación de los hospitales pequeños. Hay que señalar, por otra parte, que no se pretende efectuar una comparación no sesgada con los resultados obtenidos mediante el instrumento original en los hospitales 1 y 2.

4. RESULTADOS

Las respuestas obtenidas por los Hospitales los situaron en un promedio de 248, es decir un 41% de logro respecto al máximo posible. El puntaje mínimo obtenido fue de 172 y el máximo 313,5. La correlación entre número de camas y puntaje es pobre (r de 0,28) y aún menor entre número de funcionarios y puntaje (0,17). Dentro de cada ítem los puntajes obtenidos tienen una correlación de 0,99 con el máximo, es decir se mueven en concordancia con la ponderación general.

Desviación estándar y coeficiente de variación

La variación de las respuestas fue amplia. Se estandarizan las desviaciones estándar y se trabajó con el coeficiente de variación (b). Esta medida de dispersión osciló entre un 14% (ítem 8.3 Resultados de la Efectividad Organizacional) a un 171% (ítem 7.1 Protección del Medio Ambiente), con un promedio de un 17% para todos los datos respecto del promedio general.

Confusión por quien responde

Un punto relevante a considerar es la existencia de evaluaciones diferentes de acuerdo a la condición del encuestado durante la entrevista (sólo o acompañado) especialmente en lo que dice relación con las respuestas a preguntas sobre sus propias acciones (planificación estratégica y liderazgo). Aunque el puntaje promedio alcanzado por los establecimientos en que el director respondía sólo versus aquellos que lo hacían acompañados muestra una diferencia de 10 puntos para los primeros, apoyando la sugerencia, las diferencias se reparten sin orden entre los distintos ítems. Para estimar si las respuestas de directores

solos o acompañados son diferentes o semejantes en el puntaje promedio se usó la prueba no paramétrica de Wilcoxon-Mann_Whitney que permite comparar dos muestras pequeñas de distinto tamaño. El valor obtenido no permite rechazar la hipótesis nula de que ambas distribuciones son idénticas.

Identificación de áreas de gestión con desempeño sistemáticamente bajo

Distancias al promedio y coeficientes de variación

Para identificar las áreas con desempeño sistemáticamente bajo se utilizó la siguiente metodología: se ordenaron los promedios por ítems y los coeficientes de variación. Se consideraron como tales aquellos ítems cuyos promedios estaban bajo el 50% del máximo y cuyo coeficiente de variación era menor al 35%. Dado que la encuesta trabaja con distintas ponderaciones por ítem, resulta mejor medir la distancia al máximo de cada ítem, que su puntaje absoluto, pues se evita el sesgo dado por la ponderación.

Con este enfoque se seleccionan respuestas que son sistemáticamente malas en todos los encuestados. Al realizar tal metodología se encuentra que en los siguientes ítems, las respuestas son sistemáticamente inferiores al 50% (puntajes de distancia al máximo mas de 50 y coeficiente de variación menor de 35%), señalados en negrita en la tabla anterior y que individualizamos en la tabla siguiente.

CUADRO 2:

Aspectos sistemáticamente mal evaluados

Categoría	Puntaje Promedio	Distancia al máximo	Coefficiente de Variación
3.3 Gestión del desempeño	5,8	0,5	0,3
5.1 Gestión de nuevas prestaciones y servicios	11,7	0,5	0,4
5.2 Gestión de los procesos clínicos	11,5	0,5	0,3
5.3 Gestión de los procesos de apoyo	13,3	0,6	0,3
6.1 Medición del rendimiento organizacional	7,7	0,7	0,3
6.2 Análisis del rendimiento organizacional	3,5	0,7	0,3
8.3 Resultados de la efectividad organizacional	5,4	0,8	0,3

En contraste, encontramos áreas con puntajes sistemáticamente altos y con coeficientes de variación bajos (inferiores al 30%).

CUADRO 3:
Aspectos sistemáticamente bien evaluados

Categoría	Puntaje Promedio	Distancia al máximo	Coefficiente de Variación
1.1 liderazgo para la dirección superior	33	0,3	0,3
2.1 conocimiento de los pacientes y usuarios	10,1	0,4	0,3
2.2 gestión de la relación con los pacientes y usuarios	23,2	0,5	0,3
3.1 gestión del personal	11,9	0,3	0,2
3.2 educación y capacitación	9,5	0,2	0,2
7.2 compromiso con la comunidad	6,9	0,4	0,3

5. DISCUSIÓN

Respecto de estos hallazgos, algunos comentarios:

5.1. Aspectos sistemáticamente mal evaluados

5.1.1. *Gestión de los procesos clínicos y Gestión de nuevas prestaciones y servicios*

En primer lugar es relevante que la Gestión de los Procesos Clínicos actuales y de los nuevos, aparezca como crítico, ya que se trata del proceso esencial de los establecimientos. La encuesta no es específica respecto de las prestaciones clínicas, y no ayuda a identificar con precisión los aspectos en que la gestión clínica debe ser transformada. Es sugerente la coexistencia de una capacidad limitada de gestionar los procesos clínicos con la estructura centralista del Sector Salud. La encuesta ha sido diseñada para el sector privado y parte de la consideración de la autonomía de cada empresa. Los Hospitales y establecimientos de salud son fuertemente dependientes de la estructura de red (mencionada solo en una pregunta de la encuesta, respecto de la planificación estratégica). Ahora bien, una red significa autonomía relativa, la cual no existe en el sector salud actual, ya que todas las decisiones relevantes son tomadas en el centro (MINSAL o Dirección del

respectivo Servicio de Salud). Los Hospitales no poseen autonomía para:

- Definir su cartera de prestaciones (contratar especialistas, desarrollar nuevas técnicas diagnósticas y terapéuticas).
- Modificar el sistema de atención de urgencias (implementar residencia de médicos y otros profesionales hasta las 24 horas o turnos permanentes).
- Tomar decisiones respecto de un aspecto tan crucial como la atención del parto (presencia de matronas 24 horas, apoyo de obstetras o desarrollo de la anestesia).
- Transformaciones de la atención cerrada (propriadamente clínica u Hospitalaria).
- Adaptar su Atención abierta (o ambulatoria) a los criterios que el sistema de Salud ha implementado para la Atención Primaria. Las limitaciones respecto a la atención primaria municipalizada son dramáticas (contrato de psicólogos, kinesiólogos, equipamiento de laboratorio y diagnóstico).

En lo que dice relación con procesos clínicos, cinco áreas parecen ser las más urgentes de abordar en el aspecto clínico: Atención abierta y cerrada, atención de los partos, atenciones de urgencias y resolutiveidad quirúrgica.

5.1.2. *Gestión de los procesos de apoyo*

En la evaluación las áreas de apoyo, se consideran conjuntamente las áreas de apoyo propriadamente clínico y las administrativas. Esta última está mucho más desarrollada, porque existen sistemas de registro y de seguimiento como el Sistema de Información para la Gestión (SIGFE), el Sistema de Información en Recursos Humanos (SIR H) y el Sistema de Gestión de las Garantías Explícitas de Salud (SIGGES), que constituyen sistemas de registro en línea, implementados por la Dirección de Presupuestos el primero y por el Ministerio de Salud, los siguientes. Lo que determina este puntaje este bajo puntaje son entonces las correspondientes al primer aspecto. Dentro de ellas, para los Hospitales tipo 4 son especialmente relevantes: Laboratorio,

Apoyo diagnóstico (imagenología: radiografías, ecografías), traslados.

5.1.3. Área de compromiso y desarrollo de las personas

Gestión del desempeño: Esta área evalúa esencialmente el alineamiento de metas con objetivos de largo plazo, el conocimiento de esas metas, las evaluaciones de desempeño y las prácticas de reconocimiento. Lo más significativo en este aspecto tiene que ver con el trabajo de metas. MINSAL ha implementado metas de cumplimiento para sus funcionarios y ajustado incentivos de desempeño asociados. De acuerdo a lo señalado durante las entrevistas, las metas nacionales impiden ordenar coherentemente los objetivos de largo plazo de cada establecimiento.

5.1.4. Área Información y Análisis

Análisis del rendimiento organizacional y Medición del rendimiento organizacional: Esta área y la de resultados, son las que tienen puntajes mas bajo en promedio como componentes globales. A nuestro juicio, esto revela que las funciones de control, de manejo de indicadores disponibles y que el análisis de resultados es pobre. Contra esto conspiran dos factores: el escaso tiempo dado por los profesionales de la salud al trabajo con indicadores, limitado como siempre por la absorción en tareas clínicas, que realizan simultáneamente a las labores de gestores y la multiplicidad de indicadores que tiene el sector salud, entre los cuales se incluyen los de producción, los financieros, los indicadores epidemiológicos, las metas de desempeño, los de recursos humanos y compromisos de gestión. Esta profusión de indicadores (se cuentan mas de 150) impide el seguimiento regular de algunos de ellos.

5.1.5. Área resultados

Resultados de la efectividad organizacional: Ya hemos mencionado que esta identificación como área crítica señala la cuestión de tiempos disponibles, experiencias disponibles y el ordenamiento de los indicadores en uso. Sin duda, es el área junto a la de

procesos clínicos, que resume la situación de conjunto de los establecimientos evaluados.

5.2. Áreas con buenos resultados

Aunque no era el objetivo de este trabajo identificar estos factores, hay que destacar el hallazgo de áreas con buenos resultados. Reconocemos iniciativas sectoriales nacionales como: Sistemas de Registro, mecanismos de compra (Chile compra), política de recursos humanos en capacitación, salud ocupacional, mejoramiento del ambiente laboral y trabajo específico con la comunidad, como son las cuentas públicas, las Oficinas de Información, Reclamos y Sugerencias (OIRS) y distintos tipos de Comités de Usuarios y Participación en trabajo comunitario y políticas locales de gestión como desarrollo de planificación estratégica en distintas velocidades y profundidades en todos los establecimientos encuestados, descentralización de decisiones en manos de los directivos de los Hospitales y finalmente, el establecimiento de equipos de dirección con formalización de la existencia de subdirector y de un comité directivo regular, con sistemas de información a todo el establecimiento. Aspectos específicamente bien evaluados son liderazgo, conocimiento de los pacientes y usuarios, las expectativas de los pacientes y la capacidad de segmentarlos de acuerdo a sus complejidades. También obtienen estos Hospitales un buen desempeño en el área de gestión de esa relación con los pacientes y usuarios. En cuanto a recursos humanos, aparte de la existencia de políticas especiales para el sector salud, como son el Mejoramiento del Entorno Laboral (MEL) y las de salud ocupacional, se agregan aquellas propias del estatuto administrativo (como calificaciones justas y objetivas) y sistemas de reconocimiento (aunque todos los entrevistados se cuestionaron por no hacerlo con suficiente generosidad). También buena parte de este valor, se debe a la tradición del sector, que posee funcionarios para las oficinas de Recursos Humanos y sistemas ordenados para el registro. La encuesta reconoce el esfuerzo que ha realizado salud en materias de Capacitación, que es justamente una de las áreas bien evaluadas. La encuesta constata la existencia de un valioso trabajo con la Comunidad, que ha sido una política del sector, sobre todo lo

que dice relación con OIRS, Cuentas Públicas y la implementación de Educación Permanente en Salud, que ha sido a la vez un mecanismo de involucrar a los funcionarios en la mejora y la calidad de su establecimiento, pero sobre todo una búsqueda de acercarse a las necesidades de la comunidad. Cabe señalar que el puntaje en el ítem ambiental es muy malo y sólo excepcionalmente se encontró respuestas buenas.

6. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

El uso de una encuesta para identificar el grado de desarrollo de la gestión en los establecimientos, tipo 4 e identificar algunos de ellos resulta útil. En concreto, nuestra adaptación de la Encuesta del Modelo de Chile Calidad permite precisar áreas y tener datos útiles. Es posible utilizarla sin más, para tener una visión general de la situación de los Hospitales tipo 4 del país. Para identificar cuestiones más precisas, requiere un nuevo esfuerzo de sistematización, en que se incorpore una precisión de los aspectos clínicos a evaluar, como la cartera de prestaciones en atención cerrada y atención abierta, el horario y condiciones de atención de las urgencias, los partos y la cirugía. Incluyendo por supuesto procesos de apoyo con que han de contar, especialmente laboratorio, imagenología y traslados y la calidad a la cual se otorgarán todas estas prestaciones. Esto implica identificar el grado de autonomía que los establecimientos tienen para decidir en cada área.

Finalmente, una sugerencia. Los Hospitales tipo 4 son un desafío en cuanto a conocimiento local y a territorialización de políticas. Allí donde políticas nacionales han tenido éxito, lo han hecho porque han encontrado líderes locales que han encontrado un sentido local a tal iniciativa. La alternativa a los Hospitales tipo 4 no existe, cada uno de ellos tiene que construir su propia alternativa. Lo que se requiere es fortalecer el liderazgo y entregar las condiciones para que las decisiones realmente se instalen en el espacio local. Los hospitales tipo 4 reflejan la diversidad no sólo de la salud en Chile, sino más que

eso, de la propia sociedad chilena y reflejan el valor que les otorgamos a nuestros compatriotas de las zonas rurales y aisladas.

Referencias

1. CARVAJAL Y., MINGUELL J., VASQUEZ O., YURAC C., Calbuco Castro Quellón 1962-1973. *Memoria y salud en la XII zona. Servicio de Salud Llanquihue Chiloé Palena. Puerto Montt: 2007.*
2. CARVAJAL J., CARVAJAL Y., FIGUEROA E., Ibacache J., Jaramillo F. y Winkler M. *Propuesta para el desarrollo de la salud en el ámbito rural. Cuad. Med. Soc. 2007. 47(3): 139-154.*
3. JURICIC B. y CANTUARIAS R: *La salud rural en Chile: Programa para atraer médicos a las zonas rurales. Bol Of San Panam 1975: 203-211.*
4. MINSAL: *Los Objetivos Sanitarios para la década 2000-2010. 2002.*
5. MUÑIZ L. *Cap 1 El Control de Gestión en la empresa. Cómo implementar un Sistema de Control de Gestión en la Práctica. Ediciones Gestión 2000. Barcelona: 2003.*
6. PNUD *Desarrollo Humano en Chile. El poder: ¿Para qué y para quién? 2004. PNUD: 2004*

NOTAS

1. *Art. 78.- Todos los Hospitales, incluidos los institutos, se clasificarán en cuatro tipos (1, 2,3 y 4) sobre la base de los siguientes factores:*
 - A) *grado de complejidad técnica y nivel de desarrollo de las especialidades.*
 - B) *Grado de desarrollo de organización administrativa.*
 - C) *Ámbito geográfico de acción, acorde con el sistema de complementación asistencial.*
 - D) *Número de prestaciones tales como consultas, egresos y otros". En la práctica, Hospitales tipo 3 poseen especialidades básicas (medicina, cirugía, obstetricia y pediatría) y Hospitales tipo 2 son aquellos que poseen algunas de las especialidades secundarias: otorrinolaringología, traumatología, oftalmología, urología, cirugía infantil, anestesiología.*
2. *Coefficiente de variación = desviación estándar/promedio*