

Volumen 1-Número 1-1997



Perspectivas

en política, economía y gestión

Modernización de la gestión en un hospital público: el caso de la Asistencia Pública de Santiago

Cecilia Montero Saavedra* y Carlos Vignolo Friz**

Resumen

Escrito inicialmente con fines pedagógicos, este artículo presenta la experiencia de un proyecto de modernización de la gestión en un hospital público chileno: la Asistencia Pública de Santiago, el principal hospital de urgencias del país. Se describen las principales acciones llevadas adelante durante los dos años de duración del proyecto y se muestran y analizan los principales éxitos y logros alcanzados, así como la aparentemente inexplicable interrupción del mismo. A partir de allí algunas lecciones son sugeridas como guías para el diseño de propuestas de modernización en organizaciones de estas características. Entre ellas se destacan, primero, la necesidad de articular muy cuidadosamente el proceso de transformación de la cultura organizacional con los cambios en la estructura y los procedimientos administrativos y, segundo, la necesidad de una adecuada "gestión de entorno", especialmente en el ámbito político, para asegurar la irreversibilidad de estos proyectos de modernización.

■ **Cecilia Montero**, Doctora en Sociología de la Universidad París VII y Licenciada en Sociología de la Universidad Católica de Chile es investigadora titular del Centre National de la Recherche Scientifique (CNRS) y miembro del Centre d'Analyse et d'Interventions Sociologiques (CADIS) de Francia. Además es profesora del MBA Gestión de Empresas del Departamento de Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile. Actualmente es Presidenta de la Sociedad Chilena de Sociología y consultora en Deloitte y Touche. Recientemente ha publicado el libro "La Revolución Empresarial Chilena", Ediciones Dolmen, Santiago, 1997.

■ **Carlos Vignolo**, Ph.D. (c) en Economía de la Universidad de Sussex, U.K. e Ingeniero Civil Industrial y Magister en Ingeniería Económica de la Universidad de Chile, es profesor investigador del Departamento de Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile desde 1972 y desarrolla actividades de investigación y docencia en las áreas de liderazgo, innovación, y diseño y gestión de sistemas de salud. Entre sus publicaciones se encuentran "Zen en el Arte de Innovar: Hacia un Nuevo Paradigma de la Innovación Empresarial", Estudios Públicos (por aparecer) y "Gestión Pública en la Era de la Gestión", Revista de Ciencia Política, Universidad Católica de Chile, 1993. Además, Vignolo es miembro del Consejo Directivo de Fundación Chile y socio director de D&G, Diseño y Gestión Consultores.

* Asesoría Estratégica, Avda. Eliodoro Yáñez 1110, oficina D, Providencia, Santiago, Chile.
Fax: (562) 225 0087 E-mail: montero@reuna.cl

** Departamento de Ingeniería Industrial, Universidad de Chile. República 701, Santiago, Chile. Fax: (562) 689 7895 E-mail: cvignolo@dii.uchile

"Schopenhauer decía que lo más triste de ser viejos es no tener un mañana. La Asistencia Pública no tenía futuro y eso significaba estar viejo". Leonardo Ristori, director de la Asistencia Pública, junio de 1995.

La génesis. Los médicos de urgencia amenazan con renunciar en masa

El único ministro al que el Presidente Aylwin debió remover de su cargo por presión gremial —en todo su período de 4 años— dejaba su cargo en octubre de 1992. Los médicos de urgencia, encabezados por el equipo de la Asistencia Pública de Santiago —más conocida como Posta Central—, habían logrado doblarle la mano a un Presidente de la República que contaba con alto apoyo ciudadano y que se había propuesto mantener intacto el gabinete durante todo su período.

El Ministro de Salud debió dejar su cartera después de haber resistido por muchos meses las exigencias de aumento salarial del personal médico de los servicios públicos de salud. Inmediatamente después de su salida las remuneraciones de los médicos de urgencia experimentaron un reajuste de cerca de 80%, uno de los más elevados mejoramientos salariales obtenido en mucho tiempo en Chile. Poco después el gobierno designó nuevas autoridades en el Servicio de Salud Metropolitano Central, del cual depende la Asistencia Pública.

De este modo culminaba una fase álgida de la relación entre los servicios públicos de salud y las autoridades del Ministerio. Había quedado al descubierto el choque de dos culturas. El Ministro de Salud y sus equipos técnicos se encontraban, al cabo de dos años en el poder, entre dos fuegos: las demandas económicas del personal de salud, por una parte, y las exigencias de rigor y eficiencia en la asignación y gasto de los recursos que le llegaban del Ministerio de Hacienda, por otra.

La gravedad del conflicto provenía no sólo de la fuerza de los gremios de la salud, sino también de la importancia que había adquirido el tema de la salud en Chile. Valgan algunos antecedentes para situar el problema. El país cuenta en la actualidad con una de las mejores medicinas públicas del mundo, si se la evalúa en la perspectiva de la calidad técnica de la atención y se toma en cuenta el gasto por usuario del sistema. Sólo para ilustrar el punto: Chile tiene hoy una esperanza de vida cercana a los 75 años, y la mortalidad infantil ya está muy cerca de 10 por mil nacidos vivos. Esos resultados son parecidos a los de muchos países desarrollados, pero Chile los obtiene gastando cerca de US\$ 150 por usuario del sistema, mientras en Estados Unidos el gasto per cápita en salud se acerca a los US\$ 3.000.

La gran deficiencia de la medicina pública chilena reside en el trato que los usuarios reciben, lo que en parte explica la total ignorancia de la sociedad chilena sobre la calidad técnica y el bajo costo de la salud con que cuenta. Esta situación posee una raíz cultural profunda y difícil de modificar. El Estado chileno ha tenido históricamente una connotación paternalista y

asistencialista, por lo que el servicio público no se percibe como servicio debido al ciudadano, sino mucho más como un regalo. La gratuidad del servicio tiene mucho que ver con esta percepción. En el caso de los servicios de salud, el problema se agrava por el halo de semidioses con que se envuelve al equipo médico en sociedades como la chilena, lo que hace que la atención pública sea vista como una "concesión".

Al asumir el primer gobierno de la Concertación (1990), se convino en un severo diagnóstico del estado en que el gobierno militar había dejado los servicios de salud: serias deficiencias en infraestructura, tiempos y calidad de atención sumamente deteriorados, bajas remuneraciones y malas condiciones de trabajo. Pero, más allá del diagnóstico, no existía claridad sobre qué hacer con la salud pública. ¿Bastaba con aumentar el gasto público o había que reformar la estructura de un sistema históricamente centralizado? Cuestión difícil de resolver en el contexto de un gobierno democrático que se proponía responder a las demandas sociales y al mismo tiempo preservar el equilibrio fiscal.

A pesar de que no estaban claras las raíces de la crisis del sistema público de salud las exigencias políticas precipitaron la decisión. Se optó por actuar rápido y por la vía más conocida, es decir, aumentando el presupuesto del sector. Entonces se inyectó un monto considerable de recursos financieros, sin un diseño estratégico claro ni metas y criterios de evaluación precisos y consensuados. Al cabo de dos años las autoridades concluyeron que el aumento de los recursos destinados a salud no se había traducido en mejores prestaciones. La población se quejaba de la lentitud y el mal trato recibidos. Por su parte, el Ministro de Salud comenzó a internalizar las presiones que venían del Ministerio de Hacienda en el sentido de mejorar la eficiencia y la productividad, conceptos que desde entonces fueron catalogados como la "visión economicista" del problema de salud.

Por esta vía, las autoridades no podían sino chocar frontalmente con el personal de salud, y en particular con los médicos, quienes seguían argumentando que el mejoramiento de las prestaciones se lograría siempre que el Estado les aumentara los recursos. No aceptaban, sin embargo, ninguna injerencia en la forma de administrarlos. De manera general, las jefaturas médicas se negaban a introducir indicadores de productividad con el argumento de que "la salud no tiene precio" y que, por consiguiente, no se puede medir la productividad en los actos médicos.

Un actor poderoso del sistema público de salud son los médicos de urgencia, y en particular los de la Asistencia Pública de Santiago, quienes desempeñaron un papel central en el conflicto con el ministro. La Asistencia Pública, con más de 80 años de existencia, exhibe una historia larga y exitosa. Este hospital atiende las urgencias más complejas de Santiago (quemados, politraumatizados y crisis cardiovasculares), y allí el "enfermo crítico de urgencia" tiene las mayores probabilidades de sobrevivir. Se trata de un hospital público que admite a todo paciente de urgencia, sin discriminación por sus posibilidades de pago o el sistema de seguro de salud a que está adscrito.

La movilización de los médicos de urgencia se gestó en este establecimiento. Al malestar crónico por la falta de recursos se sumó la

percepción de los médicos de que las autoridades de gobierno, a las que habían hecho llegar sus propuestas y demandas, no eran capaces de entender que la Asistencia Pública no podía ser considerada como un hospital cualquiera.

La chispa que encendió el fuego surgió en un almuerzo de los jefes de turno de la Asistencia Pública: de acuerdo con los cálculos de los directivos no habría suficiente personal para reemplazar a los médicos de turno durante las vacaciones. La situación se presentaba alarmante: habría que rechazar pacientes o cerrar parcialmente el hospital.

Reunidos 78 de los 110 médicos del establecimiento, deciden que lo más responsable es renunciar masivamente; acto seguido se pliegan todos los servicios de urgencia del país. Por esos días, Televisión Nacional presenta un cuadro dramático de las condiciones de atención de urgencia. Cunde el malestar en la opinión pública. Veinticuatro horas antes de hacerse efectiva la renuncia, el Subsecretario los llama a negociar, el Ministro presenta su renuncia y los médicos de urgencia del país obtienen una espectacular alza de remuneraciones.

Desde el punto de vista de la Asistencia Pública, el alza de remuneraciones de los médicos de urgencia no bastaba, ni mucho menos, para asegurar la viabilidad de este establecimiento. La variedad y complejidad de otros problemas pendientes habían llevado a algunos —en los niveles superiores del Sistema Público de Salud— a pensar incluso en quitarle a este establecimiento el carácter de hospital de urgencia (y Centro de Referencia Nacional en la materia) para transformarlo en un Hospital Tipo 2.¹

La razón era simple: a diferencia de la situación existente en el momento de la creación de la Asistencia Pública, en 1911, y a diferencia también de 1967, cuando se trasladó a sus actuales instalaciones, Santiago cuenta en la actualidad con muchos hospitales y consultorios, privados y públicos, capaces de procesar las urgencias médicas de la Región Metropolitana. Entre 1987 y 1993, las consultas de urgencia en la Asistencia Pública habían disminuido en un 40%. Puesto que, por ley y por imperativo ético, la Asistencia Pública no rechaza atenciones, esta reducción del porcentaje de consultas de urgencia reflejaba la pérdida de presencia que la Posta Central sufría a manos de la competencia de los servicios privados y de otros servicios públicos.

Visto así el problema, parecía razonable la postura de aquellos que proponían quitarle su carácter especializado de hospital de urgencia para transformarlo en un Hospital Tipo 2, esto es, un establecimiento que podría entregar una amplia gama de servicios, pero que atendería principalmente a la población de su área geográfica.

Dejar de ser un hospital de urgencia constituía un escenario inimaginable para los miembros de un establecimiento que ha hecho de su carácter de “único en su género” un elemento clave de su identidad y de lo que se conoce como el “espíritu AP”. Ser convertidos, además, en Hospital Tipo 2 les parecía una afrenta. Y que la decisión la fueran a tomar personas

¹ En Chile los hospitales se clasifican, según su grado de complejidad, en cuatro niveles, que van desde el Tipo 1 —los que poseen una amplia gama de servicios clínicos, incluidos los de alta complejidad— hasta el Tipo 4, normalmente hospitales rurales que proveen sólo las especialidades básicas.

ajenas a la institución, aunque se tratara de las autoridades del Servicio de Salud, era algo simplemente intolerable. Todo ello ocurría en el contexto de un cambio en el perfil epidemiológico,² a raíz del cual algunos miembros de la Asistencia Pública habían pensado en convertirla en un hospital de “trauma”, uno de los modelos más avanzados en el mundo en el ámbito del manejo de urgencias.

Las presiones externas, sentidas como de amenaza a la tradición y al “espíritu AP”, además de los nuevos requerimientos epidemiológicos, provocó que las jefaturas médicas de la Posta Central, lideradas por su director, Leonardo Ristori —un vehemente y talentoso cirujano formado en la institución—, decidieran iniciar un programa integral de modernización de la gestión de este establecimiento. La idea de los médicos era “salvar la Asistencia Pública” y preservarla como hospital de urgencia, haciéndose cargo de la solución de los problemas que planteaban las nuevas circunstancias.

Sus empeños se veían favorecidos por algunas características del entorno. Soplaban vientos de cambio en el país, en el ámbito de la salud pública y, muy especialmente, en la Dirección del Servicio de Salud Metropolitano Central, cuyo nuevo director había asumido con un discurso modernizador³.

Con una larga trayectoria en salud pública, el nuevo director estaba convencido de que era necesario realizar dos reformas claves para revertir la deteriorada situación e imagen de la salud pública chilena: una reforma del modelo de salud, desde una medicina curativa de tipo asistencialista a una medicina preventiva centrada en la educación; y una reforma del modelo de gestión de los establecimientos de salud, con una mayor participación de la población.

A partir de estas convicciones, este director y sus dos subdirectores —médico y administrativo— se convirtieron en asiduos participantes del Programa de Liderazgo y Gestión de Sistemas Públicos de Salud que el nuevo ministro del sector había contratado con un equipo consultor externo en 1993, y que se llevó a cabo entre junio y diciembre de ese año.

La propuesta de los consultores: modernizar la gestión

Este programa, diseñado y conducido por un equipo de académicos y profesionales del Programa de Gestión y Economía de Sistemas de Salud (GESS) del Departamento de Ingeniería Industrial de la Universidad de Chile⁴, introducía y capacitaba a altos directivos de la salud pública chilena en los sistemas modernos de gestión, especialmente en los temas de liderazgo, trabajo en equipo, comunicación efectiva y diseño organizacional. Su objetivo era capacitar a los principales directivos del sistema público de salud en esta concepción de la modernización, e invitarlos a actuar en consecuencia.

² El perfil epidemiológico da cuenta de las principales causas de morbilidad y mortalidad de una determinada población. Del perfil epidemiológico característico del subdesarrollo, con fuerte incidencia de las patologías infecciosas, la demanda de servicios de urgencia ha evolucionado hacia politraumatismo y crisis cardiovasculares y respiratorias.

³ De este servicio dependen también el Hospital San Borja Arriarán y 7 consultorios no municipalizados de atención primaria.

⁴ De aquí en adelante “el equipo consultor”.

Este mismo equipo académico había diseñado, en 1991, el sistema de convenios de desempeño del Ministerio de Salud (también llamados "Compromisos de Gestión"), que estaba programado para ser puesto en funcionamiento en los años siguientes y que pretendía profundizar la descentralización y la autonomía de gestión de los veintisiete servicios de salud del país. El sistema consistía en la negociación anual de convenios de desempeño, contra los cuales el nivel superior entregaría los presupuestos a estos servicios, dejándolos en libertad de administrarlos de acuerdo con sus circunstancias y opciones particulares.

El diagnóstico del equipo consultor era que en el mundo de la salud pública no existía una cultura de gestión (discursos y prácticas orientados hacia la eficiencia en el uso de los recursos) ni estructuras y procedimientos de gestión moderna, y tampoco capacidades de gestión en sus equipos directivos.

Si bien los estudios concluían que el personal de la salud pública poseía una fuerte vocación de servicio público y un elevado compromiso con su trabajo, la gestión de recursos humanos era arcaica. El primer informe, presentado a las máximas autoridades del Ministerio en julio de 1991, señalaba: "La organización no tiene una política de recursos humanos, no existe un sistema de evaluación e incentivos, los sistemas y presupuestos de capacitación son pobres y las comunicaciones internas presentan claras deficiencias".

A partir de este análisis de las deficiencias estructurales, culturales y de clima organizacional, el equipo consultor afirmaba que era posible lograr, simultáneamente, ganancias significativas de productividad y calidad y una mejoría en el clima organizacional a través de un programa de capacitación en gestión moderna, centrado en temas de liderazgo, comunicación y trabajo en equipo. Se proponía un programa general que consideraba como destinatarios tanto al Ministerio de Salud como a los servicios respectivos y los hospitales públicos.

El equipo del Servicio de Salud Metropolitano Central se interesó por seguir este camino y propuso al Departamento de Ingeniería Industrial un convenio de largo aliento: en la primera fase se ocuparían del diseño y la ejecución de un programa de modernización de la gestión; si se saldaba con éxito esta primera parte, en una segunda fase ambas instituciones ofrecerían en conjunto programas similares a otros servicios de salud del país o del extranjero.

De esta forma surgió un primer proyecto de tres meses de duración, que se ejecutó entre enero y marzo de 1994. El trabajo se orientó, por una parte, a motivar y movilizar a doscientas personas, seleccionadas de entre los 4.500 funcionarios del servicio por su función de liderazgo o jefatura en los distintos establecimientos y estamentos del servicio, y por otra, a identificar los problemas más urgentes que el proceso de modernización institucional debía enfrentar. Los consultores harían de facilitadores de un proceso que, para resultar exitoso, debía desencadenarse al interior de las instituciones.

Los resultados de la intervención del equipo consultor externo fueron desiguales. Mientras el programa de sensibilización —que consistió en tres talleres interactivos de un día y medio de duración cada uno— tuvo

un resultado superior al esperado, el trabajo de identificar problemas y especificar proyectos de desarrollo enfrentó severos obstáculos.

La participación y evaluación de los talleres fue muy positiva, incluso por parte de personas que, por diversas razones, consideraban que la sola idea de modernizar era equivocada y engañosa. Un alto directivo de FENATS (Federación Nacional de Trabajadores de la Salud) de uno de los hospitales del Servicio Metropolitano Central dijo públicamente, al iniciarse uno de los talleres, que estos cursos eran para “lavarles el cerebro”. Al finalizar ese mismo taller, dicho dirigente se acercó a quien lo conducía y le dijo, en privado: “Me quedó limpiecito. Muchas gracias”. Asimismo, un destacado médico de la Asistencia Pública confesó, tiempo después, que en un principio el taller le había parecido un verdadero circo. Después, su opinión cambió por completo; desde entonces ha desempeñado un importante papel en el proceso de modernización del establecimiento.

En cambio, las entrevistas realizadas a un conjunto de funcionarios y personal de nivel medio y directivos del servicio, especialmente en el Hospital San Borja Arriarán, el otro hospital dependiente del Servicio de Salud Metropolitano Central, generaron una reacción muy negativa hacia el equipo consultor, que recibió una escasa colaboración en el trabajo de identificación de problemas.

Lo que parecía complejo resultó simple. Y lo que parecía casi trivial, no sólo abortó, sino que se transformó en una fuente de conflicto entre los directivos del servicio y los consultores. Sería la primera paradoja de una larga serie que se prolongó hasta el final del proceso. Lo difícil resulta fácil, lo fácil no resulta. Esta circunstancia, ¿estaba indicando errores reiterados en el diagnóstico? ¿O se trataba de las particularidades culturales de estos antiguos sistemas organizacionales?

El equipo consultor se inclinó por la segunda tesis, por lo que decidió conversar sobre las dificultades con el cuadro directivo completo del Servicio de Salud Metropolitano Central, en un ambiente y contexto adecuados. Los consultores dijeron abiertamente lo que pensaban: las dificultades no tenían que ver, en lo sustantivo, ni con errores de diseño ni con errores de procedimiento, sino con una reacción espontánea de la organización al intento de ser sometida a un proceso de modernización desde arriba y desde afuera.

De hecho, el equipo consultor entendía que parte de los problemas se habían generado por la resistencia a que evaluaran su desempeño como gestores los propios directivos y funcionarios de la dirección del servicio. Fue la primera ocasión en que el equipo consultor explicitó la tesis de que los principales obstáculos a la modernización del sistema público de salud eran elementos de la cultura organizacional: el “chaqueteo”, la desconfianza y el fatalismo. Esta tesis tuvo una buena acogida entre los directivos participantes en la reunión, y lo mismo ocurriría en varias conferencias y en talleres de capacitación, frente a audiencias de profesionales del área médica.

De todos modos se acordó posponer un eventual programa de capacitación y asesoría de este equipo consultor al conjunto del Servicio de Salud Metropolitano.

El proyecto se muda: del Servicio de Salud a la Asistencia Pública

Al informarse de la interrupción del programa, los tres directivos de la Asistencia Pública —que habían destacado en los talleres y encuentros realizados por su involucramiento como equipo, lo que les había valido el apelativo de “Hugo, Paco y Luis”— solicitaron al equipo consultor el diseño y la realización de un proyecto de capacitación y asesoría específico para este hospital. De esta manera se generó el Programa de Asesoría y Capacitación en Gestión del Departamento de Ingeniería Industrial a la Asistencia Pública, que se extendió de abril de 1994 a abril de 1996.

¿Era una decisión correcta? ¿No sería acaso irreal pensar que el resto del servicio vería con buenos ojos un programa de estas características, que había sido inicialmente concebido para el conjunto del servicio? ¿No se estaba expresando en la adopción de este camino el afán “independentista” de la Asistencia Pública? ¿Era sensato pensar que una experiencia exitosa en ésta podría ser replicada en el Hospital San Borja Arriarán, el “hijo mayor” de los dos hospitales del servicio?

En una primera fase, el programa consistió en un ejercicio de diseño estratégico con la participación de los miembros del Consejo Técnico Ampliado de la Asistencia Pública.⁵ En dos meses, se especificaron la misión y los valores del establecimiento, y se crearon seis “fuerzas de tarea” para acometer la fase de diseño de igual número de proyectos de modernización considerados prioritarios.

El ejercicio de diseño estratégico desembocó en la declaración explícita de lo que era el sueño de muchos: la definición de la Posta Central como Hospital de Urgencia Asistencia Pública. Como lo especifica la misión institucional, definida en esa ocasión, se quería que este hospital fuera:

“El más importante hospital de urgencia y centro de referencia del país, en los ámbitos asistencial, docente, de extensión e investigación, con un compromiso irrenunciable por el mejoramiento continuo en la calidad del servicio entregado a nuestros usuarios, en un marco de preocupación permanente por el uso eficiente de los recursos humanos, físicos y financieros, así como por el bienestar y desarrollo de las personas que conforman la institución.”

La misión así definida fue impresa en forma de afiche, entregada a cada uno de los mil trescientos funcionarios de la institución y comunicada solemnemente en una ceremonia presidida por el Ministro de Salud. En esa misma ceremonia se anunciaron las directrices estratégicas del cambio organizacional que se iniciaba. La necesidad de eficiencia —concepto sinónimo de intervención de los economistas y casi antónimo de calidad y de ética en la cultura tradicional médica— quedaba allí meridianamente clara. El documento *Misión institucional* también explicitaba la aspiración, no sólo de mantenerse como establecimiento especializado de urgencia,

⁵ Aproximadamente 60 personas, entre jefaturas médicas, ejecutivos administrativos, enfermeras supervisoras y dirigentes gremiales del establecimiento.

sino de ser el único hospital especializado en urgencias del país, el centro de referencia nacional en la materia.

En el *Decálogo de valores institucionales* acordado por los sesenta participantes del proceso se reflejaba asimismo la rápida asimilación de algunos elementos claves de las concepciones modernas de diseño y gestión de organización: la orientación al cliente, la participación de todo el personal, la importancia de la eficiencia, la calidad y la generación de una cultura de la responsabilidad. Algunos de los valores del decálogo son:

- *El paciente es lo más importante*
- *El bienestar físico y emocional del paciente y su grupo familiar es tarea de todos los miembros de la institución*
- *Todos los funcionarios deben ser responsables del buen uso y la optimización de los recursos disponibles*
- *Las personas que conforman la institución son el principal recurso para el cumplimiento de su misión*
- *El bienestar y desarrollo de sus integrantes debe ser preocupación de todos*

El lector ya se habrá preguntado: ¿sirven estas explicitaciones de misión y valores institucionales para transformar las organizaciones? Es ésta una pregunta que expertos y legos en estas materias se formulan a menudo, y la misma cundió en el hospital después de su difusión interna.

Cultura médica versus eficiencia organizacional

De esta manera, pues, el personal del HUAP se embarcó en un proyecto de modernización de la gestión que involucraba el cuestionamiento de sus propias prácticas y del discurso médico dominante.

La etapa siguiente, de cuatro meses de duración, perseguía generar un equipo directivo afiatado, comprometido y competente para garantizar que, poco a poco, la Misión y los Valores fueran sirviendo de marco de referencia y de guía para la acción cotidiana en el hospital. El programa enfrentó en esta fase la mayor dificultad y el mayor problema para los directivos: evaluarse a sí mismos.

No resultó fácil para los cuatro directivos del hospital mantener conversaciones de autoevaluación y de evaluación de los demás. Sin embargo, esta parte del trabajo resultó altamente positiva. Primero, porque el nivel de confianza entre los miembros se elevó en forma considerable. Segundo, porque el equipo directivo se reforzó con la incorporación de nuevos miembros (uno de ellos contratado externamente para la subdirección médica) se incrementó la capacidad de ejercer el mando y se establecieron rutinas y procedimientos básicos para la coordinación entre ellos.

Un elemento clave en el proceso fue la incorporación de la práctica de establecer comités permanentes y comisiones *ad-hoc* para que se dedicara al diseño de las soluciones más complejas y que requieran múltiples visiones. Otro, en apariencia trivial, fue la instauración de las prácticas de realizar las reuniones con tablas o pautas y de levantar actas con los acuerdos y compromisos obtenidos en las reuniones.

El programa avanzó luego por dos caminos paralelos: uno centrado en la capacitación —en los elementos básicos de diseño y evaluación de proyectos— de un conjunto seleccionado de personas claves; un segundo orientado a optimizar la negociación del convenio de desempeño entre el Servicio de Salud Metropolitano Central y el Ministerio de Salud, que por primera vez dictaría lo que el servicio y sus establecimientos se comprometían a realizar durante el año 1995.

El Ministerio de Salud exigía —cada día con más poder y respaldo social— más productividad a los establecimientos de salud. La disyuntiva era clara: se incrementaba la producción o se reducían los gastos. Reducir los gastos no significaba otra cosa que reducir personal o disminuir el gasto en insumos. Estas opciones, ambas difíciles de aceptar para la cultura médica, resultaban francamente inaceptables para el “espíritu AP”.

En arduas y muy bien preparadas negociaciones —en las que se evidenció el incremento de la capacidad para trabajar en equipo y de las capacidades de diseño y negociación de los directivos del hospital—, estos negociaron un muy buen convenio de desempeño: a diferencia de lo ocurrido con la gran mayoría de los establecimientos públicos de salud del país, a la Asistencia Pública se le aceptó mantener el nivel de producción del año anterior.

Esa meta, sin embargo, constituía un desafío mayor, pues la producción del hospital dependía de la demanda por sus servicios, que, a diferencia de los otros establecimientos, es una variable absolutamente exógena al establecimiento, excepto por la calidad de la atención. Si el hospital lograba aumentar la calidad percibida por los usuarios, ello podría redundar en un incremento de la “participación de mercado” en las atenciones de urgencia. Y aún ése era un efecto cuya materialización probablemente se notaría en el mediano plazo. Lo que estaba en juego, en realidad, era la capacidad de generar una imagen del hospital diferente de la que hasta hoy tienen los establecimientos públicos de salud: atención lenta, poco amistosa y de dudosa calidad técnica.

Cada vez con mayor frecuencia, en las mentes de los directivos rondaba la idea de que el mejoramiento de la gestión dependía de un cambio muy profundo en las actitudes de numerosos miembros del establecimiento, en particular de aquellos del estamento médico. La declaración “Lo que necesitamos es un verdadero cambio cultural” comenzó a oírse a menudo en las conversaciones del equipo directivo. “Y si los jefes médicos no dan el ejemplo, todo nuestro proyecto no es más que una fantasía”, reiteraba incansablemente el doctor Ristori, director del hospital.

Un signo alentador en este sentido fueron la acogida favorable y el tratamiento responsable con que los médicos abordaron la constitución de “fuerzas de tarea” y comités *ad-hoc*, los que se abocaron al diseño de seis proyectos de desarrollo: Modelo de Atención, Gestión de Usuarios, Infecciones Intrahospitalarias, Comunicaciones, Estándares de Calidad y Polos de Desarrollo. En todos ellos se demostró que médicos, enfermeras, paramédicos, economistas, ingenieros y otros profesionales eran capaces de generar trabajo multidisciplinario y una “cultura de compromiso”. Con un apoyo externo relativamente menor, estos grupos exhibieron buenos

niveles de asistencia, puntualidad y entrega de reportes, comportamientos tradicionalmente ajenos a la cultura de los sistemas médicos. Gran sorpresa —casi conmoción en algunos— causó el hecho de que los seis grupos que habían comprometido sus informes finales para el 31 de enero de 1995 los entregaran efectivamente dentro del plazo, y con altos niveles de calidad.

Cada vez más médicos entendían y hacían explícito el cambio que debía ocurrir con ellos mismos. El director del establecimiento lo expresó a su manera, cuando al finalizar una jornada de trabajo, comunicó una buena noticia: “El hospital acaba de pasar el nuevo test de acreditación de infecciones de hospitales chilenos, y fue el segundo después de la financieramente poderosa Clínica Las Condes”; y luego agregó una mala noticia: “A mi juicio, esto se ha logrado, no gracias a los médicos, sino a pesar de ellos”.

El tema del cambio cultural en general y de la conducta de los médicos en particular se transformó entonces en el hilo conductor del programa de modernización del hospital. Se definieron tres líneas de acción para el período 1995-1996, que se tradujeron a su vez en programas concretos:

- Un programa extendido de capacitación en liderazgo y gestión para las jefaturas médicas
- Un programa de capacitación básica en comunicación y trabajo en equipo para profesionales
- Un programa de masificación del cambio cultural

Una vez especificado el programa de modernización de la gestión una cuestión compleja de financiamiento debió ser enfrentada: ¿cómo justificar (frente al personal) el uso de recursos en capacitación y asesoría, teniendo en cuenta la endémica escasez de insumos fundamentales para la operación cotidiana del establecimiento?

La solución vino de la obtención de un préstamo externo que se pagaría mediante los beneficios económicos de corto plazo que el propio programa generaría⁶. La obtención de este préstamo por parte del equipo directivo constituyó otro hito en el proceso de instalación de una lógica económica y de gestión en la conducción de la Asistencia Pública.

Una vez obtenidos estos recursos se procedió a firmar un Convenio de Desempeño con el equipo consultor, a través del cual éste se comprometía a producir, además de una serie de efectos cualitativos, los siguientes resultados cuantificables de corto plazo:

- Incrementar los ingresos propios en un 3%.
- Disminuir los gastos en farmacia y en reemplazos en un 2%.
- Disminuir la letalidad y las infecciones intrahospitalarias en un 1%.
- Aumentar el número de consultas y el número de intervenciones quirúrgicas en un 1%.

⁶ El Fondo Nacional de Salud (FONASA) aceptó efectuar un préstamo a la Asistencia Pública de aproximadamente US\$ 250.000, lo que financiaría el total de los costos involucrados durante dos años (se incluían los costos de mantención para programas residenciales para ochocientos funcionarios).

Sobre la base del cumplimiento de estas metas sería posible alcanzar una recuperación del capital invertido en el programa de asesoría y capacitación en un plazo inferior a dos años.

Los resultados y el desenlace

Ya en el primer semestre de 1995 era posible observar algunos cambios importantes en las prácticas de trabajo y en los discursos de diversos grupos de la Asistencia Pública.

La constitución y estabilización del comité directivo del hospital como la instancia de diseño de los cursos de acción de mediano y largo plazo reafirmó la posibilidad de configurar equipos directivos eficaces y eficientes, que combinan el componente médico y el componente administrativo-financiero de estas organizaciones.

Las presentaciones de los directivos en la apertura y clausura de los talleres de masificación del cambio cultural fueron muy importantes para mejorar la comunicación, tal como la entienden y la viven los funcionarios. Estos talleres, de un día y medio de duración, con estadía fuera de Santiago por una noche, convocaron a cuatrocientos funcionarios de nivel operativo en siete grupos.

El programa de capacitación en liderazgo y gestión para las jefaturas médicas fue capaz de convocar a un promedio de diecinueve jefes médicos del establecimiento, incluyendo su cuerpo directivo superior, a siete talleres de un día de duración.

Resulta difícil enlazar en forma directa y precisa estas actividades de capacitación, motivación y comunicación con los hitos que caracterizaron el funcionamiento del hospital en el período. De todos modos, en concreto la Asistencia Pública vivió muchas inauguraciones y recibió muchas felicitaciones: no sólo logró culminar algunos proyectos de infraestructura largamente esperados —el nuevo helipuerto, la nueva UTI y el nuevo acceso, entre otros—; también inició una serie de proyectos de gran trascendencia, como la creación de la Unidad de Paciente Crítico y del Centro Regulador de Urgencia Metropolitana, además de la puesta en marcha del nuevo Modelo de Atención de Urgencia y del nuevo Modelo de Gestión de Usuarios.

Se creó asimismo la función de recepcionista orientador y el buzón de sugerencias y reclamos, y se inició en forma experimental un sistema de Evaluación de la Satisfacción del Usuario. También se puso en práctica el sistema de acompañantes para los pacientes y se aplicó el sistema de dosis unitaria para la administración de farmacia. Además, se creó la Unidad Técnica de apoyo a la Gestión Médica.

Al mismo tiempo, y con una rigurosidad todavía ausente en muchas empresas privadas, se establecieron y solemnizaron los “informes mensuales de gestión”, que permiten, normalmente en un lapso de veinte días, evaluar en detalle el funcionamiento administrativo-financiero de cada servicio y unidad del establecimiento.

En esta fase, el centro de la discusión —no sólo del comité directivo, sino también de otras instancias de la organización— lo ocuparon los temas de eficiencia en la utilización de los recursos, calidad técnica y

satisfacción del usuario. La supuesta antítesis entre eficiencia y calidad desapareció del discurso. No resulta sorprendente, en este contexto, que empiecen a hacerse frecuentes las expresiones orales y escritas de agradecimiento y felicitación de los pacientes por el trato recibido.

Tampoco sorprende que se haya revertido la tendencia histórica a la caída en la demanda —y por ende en la producción— por los servicios del hospital dando paso a un período de sostenido incremento en dicha demanda. La producción se elevó notoriamente en 1995: en número de egresos, un 14,8% respecto de 1984, a lo que se suma un 13,38% en 1996 respecto de 1995 (primer semestre). En intervenciones quirúrgicas mayores, las alzas fueron de 8,55% y 5,82%, respectivamente. En consultas de urgencia, de 0,99% y 6,40%. Los ingresos propios se elevaron en 8,85% y 11,01%.

La calidad técnica del trabajo de la Asistencia Pública también exhibió progresos: la letalidad disminuyó cerca de un 6%, y las infecciones intrahospitalarias cayeron cerca de un 25% en el período.

El conjunto de los resultados mostraba la viabilidad de incrementar, simultáneamente, la producción, la productividad y la calidad. Además, sólo con el incremento de los ingresos propios se podían financiar los gastos involucrados en las actividades de asesoría, capacitación y comunicación del programa modernizador.

Sin embargo, en marzo de 1996, por instrucciones de la Dirección del Servicio de Salud, el programa fue interrumpido. El motivo que se adujo fue una reducción presupuestaria.

No obstante las apelaciones de los directivos del hospital, y a pesar de que el financiamiento ya había sido transferido por FONASA al Servicio de Salud, y que este dinero —un préstamo sin interés y renegociable en su forma de devolución— no podía utilizarse para otros fines, las actividades se suspendieron definitivamente en junio de 1996.

Las enseñanzas del caso

Es posible. Sin duda que es posible. Lo han demostrado muchas experiencias recientes en organizaciones diversas, en diferentes escenarios, en distintos países. Es posible producir mejoras significativas y simultáneas de eficiencia y calidad a través del desarrollo organizacional centrado en las personas, en sus capacidades, sus estados de ánimo y su compromiso con un proyecto común.

El impacto del programa de modernización del HUAP muestra que ello es factible incluso en organizaciones de muy alta complejidad, como lo es un hospital de urgencia. Este caso demuestra que se puede acabar con la inercia de los servicios públicos de salud y de la cultura médica. En un período breve —para los tiempos que a menudo requieren estos procesos— se pudo obtener resultados, no sólo en términos de generar un proyecto común de futuro y obtener un buen nivel de compromiso con ese proyecto, sino también revirtiendo las tendencias negativas en términos de producción, productividad y calidad.

Las jefaturas médicas aceptaron el desafío de transformarse en alumnos en materias de gestión y liderazgo. En un corto período se evidenciaron algunos cambios en las prácticas de trabajo. Y los discursos

acerca de lo inadecuado de pedir eficiencia económica a los sistemas de salud cedieron rápidamente, dando paso a una mayor conciencia y a una preocupación por la restricción y el buen uso de los recursos.

El programa rindió frutos económicos incluso en el corto plazo: isólo el aumento de ingresos propios del establecimiento, de más de 8% anual, permitía financiar dos programas!

¿Cómo se explica, entonces, que haya sido interrumpido por decisión superior, con un muy discutible argumento financiero?

Como ejemplo de desarrollo organizacional, esta experiencia muestra con claridad varios ámbitos que deben ser considerados en el momento de diseñar este tipo de procesos. Uno de ellos es la especificación del tipo de relación que se establece con el entorno, y el ritmo que esta relación impone al proceso, especialmente en organizaciones con múltiples dependencias y restricciones institucionales, legales y administrativas. En éste tipo de instituciones, un proceso de cambio organizacional presenta una dimensión política que no hay que descuidar.

¿Se invirtió suficiente en “vender” el programa a los directivos del servicio? ¿Se manejó en buena forma la relación con los otros establecimientos del mismo, el Hospital San Borja Arriarán y la Dirección de Atención Primaria? ¿Habría influido en su abrupto final el que el programa de la Asistencia Pública recibiera tan buena acogida en los niveles superiores del Ministerio y de FONASA, sin que fuera presentado como proyecto diseñado y dirigido desde la Dirección del Servicio? ¿Se consideró debidamente el riesgo que este programa fuera visto como un avance de la independización del HUAP?

Por otra parte, la “buena noticia”, esto es, el crecimiento de la producción, inevitablemente traía consigo un incremento en el gasto operacional del hospital, por lo menos en los ítemes de gastos variables como bienes y servicios y algunas partidas de remuneraciones. Como el sistema de financiamiento aún no cubría totalmente una serie de prestaciones de urgencia, esto implicaba un aumento de los pasivos del establecimiento.

Este incremento de la deuda era esperable y fue motivo de diversas negociaciones con el Ministerio de Salud y con FONASA, los que alentaron expectativas de solución por la vía de transferencias adicionales. Pero los recursos financieros adicionales no llegaron, lo que llegó a poner en riesgo la operación corriente del establecimiento.

¿Cómo se explica que un proyecto que sólo recibe alabanzas y promesas de apoyo llegue a ese punto? ¿No habría sido conveniente asegurar los recursos adicionales antes de embarcarse en el programa?

El caso plantea el tema de la relación entre cambios en la cultura y cambios en la estructura: el programa puede haber adolecido de un sesgo hacia los cambios en la cultura en desmedro de los cambios en la estructura. También evidencia la diferencia entre un servicio público, al que se le asigna un presupuesto, y una empresa privada, que reacciona según la sanción o aprobación del mercado.

La relación con el equipo consultor externo también es un área interesante de observar. ¿En qué medida los consultores, al mismo tiempo que posibilitan algunos cambios positivos, desencadenan “efectos

secundarios” de connotaciones negativas o producen reacciones opuestas al cambio? En este tipo de intervenciones, en que los consultores desempeñan un papel movilizador importante, ¿puede ocurrir que se debiliten los liderazgos internos e incluso que se produzca cierta inseguridad en los líderes de la organización?

Un área de observación, diseño y acción omnipresente en el desarrollo organizacional centrado en las personas son las comunicaciones intraorganizacionales. Y se vuelve un tópico primordial en culturas en que la desconfianza, el escepticismo, el “chaqueteo”, la resignación y el resentimiento son importantes, como en el sector público chileno en general y la salud en particular.

¿Qué otros resultados podrían haberse obtenido con mejores comunicaciones? Más importante aún: ¿habría sido posible que el director del Servicio de Salud Metropolitano Central —que en el intertanto dejó su cargo por discrepancias con el ministro— interrumpiese el programa si el conjunto de profesionales y funcionarios del hospital hubieran tenido a tiempo una visión completa de sus realizaciones?

Por último, el tema de la irreversibilidad del proceso de modernización también es relevante en este caso. ¿Qué relación tienen el ritmo y la intensidad de la intervención en una cultura organizacional con la estabilidad y sustentabilidad del proceso en el tiempo? ¿Cómo influye la participación de agentes externos a la organización?

Estas son algunas de las preguntas que el caso de la Asistencia Pública de Santiago sugiere para el momento de diseñar programas de modernización de instituciones públicas en países como Chile, con las instituciones, las prácticas y los discursos sociales que lo caracterizan.

TABLA Nº 1

Hospital de Urgencia Asistencia Pública. Evolución Principales Indicadores 1994-1996 (1º Semestre)

	1994	1995	VAR%	1º Sem. 95	1º Sem. 96	VAR%
Nº DE EGRESOS	10.041	11.527	14.80%	5.764	6.535	13.38%
Nº días estada	71.493	80.573	12.70%	37.317	40.140	7.56%
Nº días estadia Pensionado	5.014	5.337	6.44%	2.636	2.748	4.25%
INTERVENCIONES QUIRURGICAS MAYORES	5.450	5.916	8.55%	2.801	2.964	5.82%
CONSULTAS DE URGENCIA	150.785	152.274	0.99%	75.091	79.896	6.40%
EGRESOS/CAMA	38	42	10.53%	21.59	24.20	12.12%
LETALIDAD	11.6	11	-5.17%	11.7	11.6	-0.85%
INFECCIONES INTRAHOSPITALARIAS	12.44	10.14	18.49%	11.16	9.78	-12.37%
INGRESOS TOTALES	5.843	6.152*	5.28%	3.297	3.411**	3.46%
Ingresos Propios	1.096	1.193*	8.85%	636	706**	11.01%
GASTOS TOTALES	5.790	6.255*	8.03%	3.182	3.730**	17.2%
Remuneraciones	4.135	4.629*	11.95%	2.338	2.667**	14.07%
Bienes y Servicios	1.602	1.605*	0.2%	8.33	927**	11.28%

FUENTES: . Informes de Gestión 1995-1996. Estadísticas de Gastos 1995-1996.

. Estadísticas de Remuneraciones 1995-1996. Unidad de Apoyo a la Gestión HUAP.

* En M\$ 1994

** En M\$ 1995