

Estudio de Caso N° 10

MODERNIZACION DE LA GESTION EN UN HOSPITAL PUBLICO: EL CASO DE LA ASISTENCIA PUBLICA DE SANTIAGO

Cecilia Montero & Carlos Vignolo

Este Estudio de Caso fue realizado por la profesora Cecilia Montero y el profesor Carlos Vignolo, quienes forman parte del plantel académico del Magíster en Gestión y Políticas Públicas de la Universidad de Chile.

Agradecemos el apoyo proporcionado por la Fundación Andrew W. Mellon de Estados Unidos.

Septiembre 1996



Universidad de Chile

Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas
Departamento de Ingeniería Industrial

Av. República 701 • Fono: (562) 678 4067 • Fax: (562) 689 4987

E-mail: mgpp@dii.uchile.cl

Sitio web: <http://www.dii.uchile.cl/mgpp/>

Santiago - Chile

RESUMEN EJECUTIVO

En 1992, bajo el gobierno del Presidente Patricio Aylwin, un conflicto entre los médicos y el Ministerio de Salud, que involucró la renuncia del ministro, abrió un proceso para modernizar la gestión en salud en el Hospital de Asistencia Pública, también conocido como la Posta Central de Santiago. La introducción de nuevos conceptos de gestión a la cultura organizacional del establecimiento significó un giro en algunas de las prácticas culturales en materia de gestión, que posteriormente se tradujeron en mejoras significativas en algunos de los indicadores básicos de rendimiento hospitalario. Este proceso de cambio, sin embargo, no estuvo exento de conflictos ni de diferencias en cuanto a los caminos de largo plazo y los ritmos a seguir, así como en relación al papel del conjunto de actores involucrados, incluyendo los consultores externos.

I. LA GENESIS: LOS MÉDICOS DE URGENCIA AMENAZAN RENUNCIAR MASIVAMENTE

«Schopenhauer decía que lo más triste de ser viejos es no tener un mañana. La AP no tenía futuro y eso significaba estar viejo.»¹

El único Ministro al cual 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 del país, encabezados por el equipo de la Asistencia Pública de Santiago -más conocida como Posta Central- habían logrado quebrarle 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. Aun así, Jorge Jiménez, Ministro de Salud, debió dejar su cargo después de haber resistido por muchos meses las presiones de aumento salarial del personal médico de los servicios públicos de salud. Acto seguido, 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, gobierno designó nuevas autoridades en el Servicio Metropolitano Central, del cual depende la Asistencia Pública.

Culmina así 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 cruzados: las demandas económicas del personal de salud, por una parte, y las exigencias de rigor y de eficiencia en la asignación y gasto de los recursos que le llegaban del Ministerio de Hacienda y de la Dirección del Presupuesto.

Al asumir el gobierno de Aylwin, 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.

¹ *Leonardo Ristori, director de la Asistencia Pública, en la inauguración del ciclo de Talleres de Masificación del Cambio Cultural de la Asistencia Pública, junio de 1995.*

Cabe señalar que Chile 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 si se toma en cuenta el gasto por usuario del sistema. Sólo para ilustrar el punto: Chile tiene hoy una esperanza de vida superior a los 70 años, y la mortalidad infantil ya está muy cerca de 10 por mil nacidos vivos. Esos resultados son comparables a los de muchos países desarrollados, pero Chile los obtiene con cerca de US\$ 100 por usuario del sistema, mientras en EE.UU. el gasto per cápita en salud se acerca a los US\$ 3000 ².

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. Ello tiene una raíz cultural profunda y compleja de modificar. El Estado chileno ha tenido históricamente una connotación paternalista y asistencialista, en la cual el «servicio público» no se ve como «servicio» debido al ciudadano, sino mucho más como un regalo. La gratuidad del servicio tiene que ver con esta percepción. En el caso de los servicios de salud el problema se ve agravado con el halo de semidioses con que se envuelve al equipo médico en sociedades como la chilena. El carácter de «concesión» de la atención se ve, por esa vía, reforzado.

Al asumir el primer gobierno de la Concertación (1990), y no habiendo aún claridad sobre las raíces de la crisis del sistema público de salud, se optó por actuar rápido y hacerlo por la vía más conocida, es decir, aumentando el presupuesto para el sector. Se procedió entonces a inyectar un monto considerable de recursos financieros, sin un diseño estratégico claro ni metas y criterios de evaluación precisos y consensuados. Al cabo de 2 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. El Ministro comenzó a internalizar las presiones que venían de Hacienda en el sentido de mejorar la eficiencia y la productividad, lo que fue desde entonces catalogado como la «visión economicista» del problema de salud.

² Aún más, un estudio reciente realizado por un médico del HUAP muestra que la mortalidad en un grupo de tres intervenciones quirúrgicas típicas de este establecimiento es similar a las que se observan en los mejores hospitales de EE.UU.

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 ingerencia 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 servicio 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. Este establecimiento, junto con el Hospital San Borja, la Dirección de Atención Ambulatoria y 7 consultorios no municipalizados, depende formalmente del Servicio Metropolitano Central, uno de los 27 servicios de salud del país, que cuenta con un personal de 4.500 personas. La Asistencia Pública, que celebró más de 80 años de existencia, hace gala de una historia larga y exitosa. Es un servicio que atiende las urgencias más complejas (quemados, politraumatizados y crisis cardiovasculares), donde el «enfermo crítico de urgencia» tiene las mayores probabilidades de sobrevivir. Es un hospital abierto que admite a todo paciente de urgencia, sin discriminación por sus posibilidades de pago.

La movilización de los médicos de urgencia se gestó en este establecimiento. Al malestar crónico por la falta de recursos vino a sumarse la percepción de los médicos de que las autoridades de gobierno, a las que habían hecho llegar sus propuestas y demandas, no tenían la capacidad para entender que la Asistencia Pública no podía ser considerada como un hospital más. La chispa que encendió el fuego ocurrió en un almuerzo de los jefes de turno de la Posta: de acuerdo a los cálculos de los directivos, no habría suficiente personal para reemplazar a los médicos de turno durante las vacaciones. Ante la alarma que esto provocó quedaban dos alternativas: rechazar pacientes en la Posta o cerrar el servicio. Reunidos 78 de los 110 médicos del servicio, deciden que lo más responsable es renunciar masivamente; acto seguido, se pliegan todos los servicios de urgencia del país. En esos días, Televisión Nacional presenta un cuadro dramático de las condiciones de atención de urgencia. Cunde el malestar en la opinión pública. 24 horas antes de hacerse efectiva la renuncia, el Subsecretario los llama a

negociar. El Ministro, que había subestimado el poder de los médicos de urgencia, renuncia a su cargo.

Sin embargo, la ilusión de que el mejoramiento salarial obtenido produciría un vuelco sustantivo en el funcionamiento de la «AP» y garantizaría su viabilidad futura se vio rápidamente frustrada. En círculos del Ministerio de Salud se evaluaba la posibilidad de quitarle a este establecimiento el carácter de hospital de urgencia y transformarlo en Hospital Tipo 2. La razón era simple: a diferencia de la fecha de creación de la Asistencia Pública, en el año 1911, y a diferencia también de 1967, cuando se trasladó a sus actuales instalaciones en la calle Portugal, en el centro de Santiago, ahora existían muchos hospitales y consultorios, privados y públicos, capaces de procesar las urgencias médicas de la Región Metropolitana. Entre 1987 y 1993 habían disminuido en un 40% las consultas de urgencia realizadas en la Asistencia Pública. Dado que por ley y por normas éticas, la AP no rechaza atenciones, ello claramente reflejaba una disminución de las demandas por consultas de urgencia de la AP. Frente a la competencia de los servicios privados y de otros servicios públicos, la Asistencia Pública había perdido presencia.

Por lo tanto, parecía razonable la postura de aquellos que proponían quitarle su carácter especializado de hospital de urgencia para transformarlo en un Hospital de Tipo 2, que entregaría una amplia gama de servicios pero atendería principalmente a la población de su área geográfica³. Dejar de ser un hospital de urgencia era 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 es conocido como el «espíritu AP». Ser transformado en Hospital Tipo 2 era, además, una afrenta. Y que la decisión fuera tomada por personas ajenas a la AP, aunque fueran las autoridades del Servicio, era algo simplemente intolerable. Todo ello ocurría en el contexto de un cambio en el cuadro epidemiológico, que había llevado a algunos en la AP a pensar en convertirse en un hospital de trauma, uno de los modelos más avanzados en el mundo en el ámbito del manejo de urgencias.

³ *En Chile, los hospitales se clasifican, según su grado de complejidad, en cuatro niveles: desde Tipo 1, los que poseen una amplia gama de servicios clínicos que incluyen la alta complejidad, hasta hospitales Tipo 4, normalmente rurales y que proveen sólo las especialidades básicas.*

Fue en este clima de amenaza a la tradición y al espíritu AP, así como a los requerimientos epidemiológicos que las jefaturas médicas de la AP lideradas por su director, el doctor Leonardo Ristori -un impetuoso, vehemente y talentoso cirujano formado en el espíritu AP desde 1969-, decidieron iniciar un programa integral de modernización de la gestión de este establecimiento. La idea era salvar la AP como hospital de urgencia por la vía de hacerse ellos cargo, directamente, de la solución de los problemas que enfrentaba en las nuevas circunstancias.

Los favorecían algunas circunstancias 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, Ricardo Saavedra, había asumido con un discurso modernizador. Con una larga trayectoria en salud pública, sin abandonar su clínica ginecológica y obstétrica, el doctor Saavedra estaba convencido de que dos reformas eran 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. Fue desde esas convicciones que el doctor Saavedra y sus dos subdirectores -médico y de administración- se convirtieron en asiduos participantes del Programa de Liderazgo y Gestión de Sistemas Públicos de Salud que el Ministerio de Salud, bajo la conducción del nuevo Ministro, el doctor Julio Montt, llevó a cabo en el período junio-diciembre de 1993.

II. 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 Chile, se orientaba a introducir y capacitar a altos directivos de la salud pública chilena en modernas interpretaciones de gestión, especialmente en lo relativo a liderazgo, trabajo en equipo, comunicación efectiva y diseño organizacional.

Este mismo equipo académico había diseñado, en 1991, el sistema de Convenios de Desempeño del Ministerio de Salud, que estaba programado para ser establecido en los años siguientes y que apuntaba a profundizar la descentralización y la autonomía de gestión de los 27 servicios de salud del país. Ello se efectuaría mediante la negociación de convenios de desempeño anual, contra los cuales el Nivel Superior entregaría los presupuestos a estos servicios, dejándolos en libertad de administrarlos de acuerdo a sus particulares circunstancias y opciones.

El diagnóstico básico del equipo GESS era que no existía en el mundo de la salud pública ni una cultura de gestión -discursos y prácticas orientados hacia la eficiencia en el uso de los recursos- ni estructuras y procedimientos de gestión moderna, ni tampoco las capacidades de gestión en sus equipos directivos. Si bien el personal del sistema de salud aparecía en los estudios con alta vocación de servicio público y elevado compromiso con su trabajo, la gestión de recursos humanos era arcaica. «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», sostenía el primer informe presentado a las máximas autoridades del Ministerio en julio de 1991.

Basado en este análisis de las deficiencias estructurales, culturales y de clima organizacional, el equipo consultor proponía que era posible lograr, simultáneamente, ganancias significativas de productividad y calidad y una mejoría en el clima organizacional a través de un programa de masificación de la gestión moderna, centrado en temas de liderazgo, comunicación y trabajo en equipo. El programa se destinaba tanto al Ministerio de Salud como a los servicios de salud y los hospitales públicos.

Este era el objetivo del Programa de Capacitación de Liderazgo y Gestión que el Ministro Julio Montt y el Subsecretario Patricio Silva habían contratado con el GESS:

introducir a los principales directivos de los servicios de salud de todo el país y de los principales hospitales de la Región Metropolitana en esta concepción de la modernización, e invitarlos a transitar por ella.

El equipo del SSMC, dirigido por el doctor Saavedra, se interesó por seguir este camino y propuso al Departamento de Ingeniería Industrial un convenio de largo aliento, para que, en una primera fase, el DII asesorará al SSMC en el diseño y la ejecución de un Programa de Modernización de la Gestión. En una segunda fase, de ser exitosa la primera, el DII y el SSMC ofrecerían en conjunto programas similares a otros servicios de salud del país o del extranjero.

Así surgió un primer proyecto de tres meses, ejecutado entre enero y marzo de 1994, orientado, por una parte, a generar una sensibilización en 200 miembros seleccionados de entre los 4.500 funcionarios del SSMC, por su función de liderazgo o jefatura en los distintos establecimientos y estamentos del servicio y, por otra, a identificar algunos problemas claves del servicio, a partir de los cuales establecer proyectos específicos de desarrollo. El papel de los consultores era de facilitadores de un proceso que debía ser endógeno para resultar exitoso.

Los resultados de la intervención externa del equipo consultor en el SSMC fueron paradójicos. Mientras el programa de sensibilización, realizado a través de 3 talleres interactivos de un día y medio de duración cada uno, tuvo un resultado mucho mejor de lo esperado, el trabajo tendiente a 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. La presidenta de la FENATS (Federación Nacional de Trabajadores de la Salud) de uno de los establecimientos del SSMC dijo públicamente al iniciarse uno de los talleres que estos cursos eran para «lavarles el cerebro». Al terminar ese mismo taller se acercó al animador y en forma privada le señaló: «Me quedó limpiecito. Muchas gracias». Un destacado médico de la Asistencia Pública confesó, mucho tiempo después, que al inicio del taller éste le parecía un verdadero circo. Después, su opinión cambió por completo; desde entonces él ha desempeñado un importante papel en el proceso de modernización de la AP.

Por el contrario, el trabajo de entrevistar 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 SSMC, había generado una reacción muy negativa hacia el equipo consultor, muy poca colaboración en el trabajo de identificación de problemas. A raíz de ello, se decidió interrumpir la relación entre el SSMC y el equipo consultor del DII.

Lo que parecía complejo resultó simple. Y lo que parecía casi trivial no sólo abortó, sino que se transformó en una primera fuente de conflicto entre los directivos del SSMC y el equipo consultor externo. Primera paradoja de una larga serie que se prolonga hasta hoy. Lo difícil resulta fácil, lo fácil aborta. ¿Será fruto de reiterados errores de evaluación de la dificultad?, o ¿indicará complejidades culturales especiales de estos antiguos sistemas organizacionales?

El equipo consultor se inclinó por la segunda tesis por lo que decidió conversar con el cuadro directivo completo del SSMC, en un ambiente y contexto adecuados, sobre las dificultades enfrentadas. La tesis del equipo consultor fue directamente explicitada: las dificultades no tenían que ver, en lo sustantivo, ni con errores de diseño ni con errores de procedimiento -aunque también había algo de eso-, sino con una reacción espontánea de la organización al intento mismo de ser sometida a un proceso de modernización desde arriba.

De hecho, la interpretación del equipo consultor fue que parte de los problemas se habían generado por la resistencia de los propios directivos y funcionarios de la propia dirección del Servicio a ser sometidos a un proceso de análisis y evaluación de su gestión. Esa 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 podrían terminar siendo ciertos elementos de la cultura organizacional de dichos sistemas: el «chaqueteo», la desconfianza y el fatalismo.

Esta tesis recibió buena acogida entre los directivos participantes en esa reunión, tal como ocurriría con posterioridad en varias conferencias y talleres de capacitación frente a audiencias de profesionales del área médica.

Aun así, de común acuerdo, se decidió posponer un eventual programa de capacitación y asesoría de parte del equipo consultor al conjunto del Servicio Metropolitano de Salud.

III. EL PROYECTO SE MUDA: DEL SERVICIO DE SALUD A LA ASISTENCIA PÚBLICA

Al confirmar la interrupción del convenio del DII con el SSMC, los 3 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 diseñar y llevar adelante un proceso de capacitación y asesoría acotado a este establecimiento.

Previa consulta al director del Servicio, esta invitación fue aceptada por el equipo consultor, generándose así el Programa de Asesoría y Capacitación en Gestión DII-AP, que se extendió desde abril de 1994 a abril de 1996.

¿Era una decisión correcta? ¿No sería acaso irreal pensar que el resto del SSMC podría ver con buenos ojos y apoyar un programa de estas características, que había sido inicialmente concebido para el conjunto del Servicio? ¿En qué medida el afán independentista de la AP se expresaba en la adopción de este camino? ¿Era sensato pensar que una experiencia con la AP podría ser replicada en el Hospital San Borja Arriarán, el «hermano mayor» 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 AP (unas 60 personas, preferentemente jefaturas médicas, ejecutivos administrativos, enfermeras supervisoras y dirigentes gremiales del establecimiento). En dos meses, se especificó la misión y los valores del establecimiento y se crearon 8 «Fuerzas de Tarea» para acometer la primera fase de diseño de igual número de proyectos de modernización considerados prioritarios.

El ejercicio de diseño estratégico desembocó en una consolidación y declaración explícita de lo que era el sueño de muchos: el Hospital de Urgencia Asistencia Pública. Como lo especifica la misión definida en esa ocasión:

«Ser 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».

En esta Misión Institucional, que se entregó a cada uno de los 1300 funcionarios de la institución transformada en afiche y en una ceremonia solemne con presencia del Ministro de Salud, da la pauta de algunas direcciones centrales del proceso de cambio organizacional que se buscaba llevar adelante.

Por una parte, había una clara explicitación de la necesidad de **eficiencia**, palabra que en la cultura tradicional médica es sinónimo de intervención de los economistas y casi antónimo de calidad y de ética. Por otra parte, dicha Misión deja muy en claro la aspiración, no sólo de mantenerse como establecimiento especializado de urgencia, sino ser «el» hospital especializado de urgencia del país, centro de referencia nacional en la materia.

En el decálogo de valores institucionales, acordado entre los 60 participantes del proceso a través de 3 iteraciones y redactado por el equipo directivo, se refleja también 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 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.

IV. CULTURA MEDICA VS EFICIENCIA ORGANIZACIONAL.

El staff del HUAP, la nueva AP, se embarcó así en un proyecto de modernización de la gestión que involucraba el cuestionamiento de sus propias prácticas y de su discurso.

¿Sirven realmente estas explicitaciones de Misión y Valores Institucionales, en la práctica, para cambiar las organizaciones? Es una pregunta que tanto expertos como legos en estas materias se formulan a menudo. También la pregunta cundió en muchos en el HUAP una vez que fueran acordadas, hechas circular y publicadas en los muros de pasillos y oficinas del establecimiento.

La fase siguiente (de 4 meses de duración) del programa de modernización buscó generar un equipo directivo afiatado, comprometido y competente para garantizar que, gradualmente, la Misión y los Valores sirvieran de marco de referencia y guía de la acción cotidiana en la organización. Aquí, el programa enfrentó tal vez la mayor dificultad y el mayor problema para los directivos: evaluarse a sí mismos. No resultó fácil para los 4 directivos del establecimiento entrar en conversaciones de autoevaluación y evaluación de los demás. Los chilenos no pertenecen a una cultura evaluativa, y evaluarse entre sí es una práctica poco frecuente entre los médicos.

Sin embargo, esta fase del trabajo resultó altamente positiva. Primero, el nivel de confianza entre los miembros se elevó considerablemente. Segundo, el equipo directivo se reforzó incorporando nuevos miembros, uno de ellos contratado externamente para reforzar la subdirección médica; se incrementó la capacidad de ejercer el mando hacia abajo y se establecieron rutinas y procedimientos básicos para la coordinación del trabajo entre ellos.

Un elemento clave en el proceso fue la incorporación de la práctica de establecer comités permanentes y comisiones *ad-hoc* para atender al diseño de soluciones que revisten alta complejidad y múltiples visiones, como también la práctica de establecer tablas y levantar actas de acuerdos y compromisos a partir de las reuniones.

El programa siguió su rumbo por dos vías paralelas: por una parte, capacitando a un conjunto seleccionado de personas claves en los elementos básicos de diseño y evaluación de proyectos; por otra, participando en la negociación del Convenio de Desempeño del SSMC con el MINSAL, que por primera vez regiría lo que el SSMC y sus establecimientos -incluyendo el HUAP- deberían realizar durante el año 1995.

El Ministerio de Salud exigía -cada día con mayor poder y respaldo social- más productividad a los establecimientos de salud. La disyuntiva era clara: o se incrementaba la producción o se reducían los gastos. Y reducir los gastos significaba, reducir personal o disminuir el gasto en insumos. Estas dos opciones, ambas difíciles de aceptar en la cultura médica, resultaban francamente inaceptables para el «espíritu AP».

Luego de arduas y muy bien preparadas negociaciones -en que se evidenció el incremento en la capacidad para trabajar en equipo y en las capacidades de diseño y negociación de los directivos del HUAP-, este equipo negoció un muy buen convenio de desempeño: a diferencia de la gran mayoría de los establecimientos públicos de salud del país, el HUAP logró comprometerse sólo a mantener el nivel de producción del año anterior.

Esa meta, sin embargo, constituía un desafío mayor, pues la producción del HUAP dependía de la demanda por sus servicios, que, a diferencia de los otros establecimientos, es una variable absolutamente exógena al establecimiento. Excepto por una variable: la calidad de la atención. Si el HUAP lograba aumentar la calidad percibida por los usuarios, ello podría redundar en un incremento de la «participación de mercado» en la demanda por atención de urgencia. Y aún ése era un efecto cuya materialización probablemente se notaría en el mediano y no en el corto plazo. Lo que estaba en juego, en realidad, era la capacidad de generar para la HUAP una imagen diferente de la que hasta hoy tienen los establecimientos públicos de salud: atención lenta, poco amistosa y de dudosa calidad técnica.

Cada vez más se generaba en los directivos la conciencia de que el mejoramiento de la gestión pasaba por un cambio muy profundo en las actitudes de muchos de los miembros del establecimiento, particularmente de aquellos del estamento médico. «Lo que necesitamos es un verdadero cambio cultural», empezó a ser una declaración frecuente 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 HUAP.

Un signo alentador al respecto fue la favorable acogida y el responsable tratamiento que los médicos dieron a la constitución de Fuerzas de Tarea y Comités *ad-hoc*, que abordaron el diseño de una serie de proyectos de desarrollo: Modelo de Atención, Gestión de Usuarios, Infecciones Intrahospitalarias, Comunicaciones, Estándares de Calidad y Polos de Desarrollo.

En todos ellos se demostró la capacidad para generar trabajo multidisciplinario entre médicos, enfermeras, paramédicos, economistas, ingenieros y otros profesionales, y la capacidad de generar una «cultura de compromiso». Con un apoyo externo relativamente menor, estos grupos lograron generar buenos niveles de asistencia, puntualidad y entrega de reportes. Comportamientos que son extraños en la cultura de los sistemas médicos. Gran sorpresa -casi conmoción en algunos- causó que los 6 grupos que habían comprometido sus informes finales para el 31 de enero de 1995 los entregaran efectivamente en el plazo, y con altos niveles de calidad.

La responsabilidad de los médicos quedó como el tema central. Así lo formuló el director, al cerrar una jornada de trabajo cuando comunicó, primero, una buena noticia: «El HUAP acaba de pasar el nuevo test de acreditación de infecciones de hospitales chilenos, siendo el segundo después de la financieramente poderosa Clínica Las Condes»; después, 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, así, en el hilo conductor del Programa de Modernización del HUAP. Tres líneas de acción fueron acompañadas para realizarse entre 1995 y 1996: un programa de Masificación del Cambio Cultural, un Programa de Capacitación Básica para profesionales en Comunicación y Trabajo en Equipo, y un programa extendido de Capacitación en Liderazgo y Gestión para las jefaturas médicas.

Como una forma de disminuir la presión sobre las ya difíciles finanzas del establecimiento y evitar las críticas frecuentes a la capacitación y asesoría de parte del personal de estos establecimientos, que ven estos gastos como una opción inadecuada

dada la endémica estrechez de insumos fundamentales, como remedios y material quirúrgico, se acordó financiar este Programa sobre la base de un préstamo externo que se pagaría mediante los beneficios del propio programa ⁴.

El Convenio de Desempeño firmado entre el equipo consultor y la AP incluía los siguientes compromisos cuantificables:

- Incrementar los ingresos propios en 3%.
- Disminuir los gastos en farmacia y reemplazos en 2%.
- Disminuir letalidad e infecciones intrahospitalarias en 1%.
- Aumentar el N° de consultas y el N° de intervenciones quirúrgicas en 1%.

Sobre la base del cumplimiento de dichos logros sería posible alcanzar una recuperación del capital invertido en el Programa de Asesoría y Capacitación en un plazo no superior a dos años.

⁴ FONASA aceptó realizar un préstamo de aproximadamente US\$ 250.000 para financiar el total de los costos involucrados durante dos años (incluyendo costos de mantención para programas residenciales para 800 funcionarios).

V. LOS RESULTADOS Y EL DESENLACE

Ya en el primer semestre de 1995 era posible observar algunos importantes y claros cambios en las prácticas de trabajo y en los discursos de diversos grupos del HUAP.

La constitución y estabilización del Comité Directivo del HUAP, como la instancia de diseño colectivo de los cursos de acción de mediano y largo plazo, reafirmó la posibilidad de configurar equipos directivos eficaces y eficientes, que combinan la componente médica y la componente administrativa-financiera de estas organizaciones.

Importantes para mejorar la comunicación -como la entienden y la viven los funcionarios- fueron las presentaciones de los directivos en la apertura y clausura de los Talleres de Masificación del Cambio Cultural. De uno y medio día de duración, con estadía fuera de Santiago por una noche, estos talleres convocaron a 400 funcionarios de nivel operativo en 7 grupos.

El Programa de Capacitación en Liderazgo y Gestión para jefaturas médicas fue capaz de convocar a un promedio de 19 jefes médicos del establecimiento, incluyendo su cuerpo directivo superior, a 7 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 HUAP en este período; ésa es siempre una de las mayores dificultades para evaluar este tipo de procesos centrados en las personas.

Concretamente, sin embargo, el HUAP vivió muchas «inauguraciones» y recibió muchas felicitaciones en este período. No sólo logró culminar algunos proyectos de infraestructura largamente esperados, como el nuevo helipuerto, la nueva UTI y el nuevo acceso, entre otros. También inició, no sin problemas, una serie de proyectos de gran trascendencia, como la creación de una Unidad de Paciente Crítico, el Nuevo Modelo de Atención de Urgencia, la Creación del Centro Regulador de Urgencia Metropolitana, el Nuevo Modelo de Gestión de Usuarios, etc.

Además, se establece la función de recepcionista orientador, se crea el Buzón de Sugerencias y Reclamos, se inicia en forma piloto un sistema de Evaluación de la Satisfacción del Usuario, se aplica el sistema de un «acompañante» para el paciente, se

establece el sistema de dosis unitaria para la administración de farmacia, se crea la Unidad Técnica de Apoyo a la Gestión Médica, etc.

Al mismo tiempo, con una rigurosidad ausente aún en muchas empresas privadas, se establecen y solemnizan los Informes Mensuales de Gestión, que permiten, normalmente en un lapso de 20 días, evaluar al detalle el funcionamiento administrativo-financiero de cada servicio y unidad del establecimiento.

El tema de la eficiencia en el uso de recursos y de la calidad técnica, así como la satisfacción del usuario, se instalan como cuestiones centrales de la discusión, no sólo del Comité Directivo, sino también de otras instancias de la organización. La supuesta antítesis entre eficiencia y calidad desaparece del discurso de la organización. No resulta sorprendente, en ese contexto, que empiecen a hacerse frecuentes las expresiones orales y escritas de agradecimiento y felicitación de los pacientes por el trato recibido.

No resulta tampoco sorprendente, que la tendencia histórica a la caída en la demanda en los servicios de la AP -y por ende la producción- se hubiera revertido, dando paso a un período de sostenido incremento en la demanda por servicios de la AP.

Efectivamente, como se observa en la Tabla N° 1 adjunta, la producción de la AP subió fuertemente a partir de 1995: **En número de egresos, 14,8%** en 1995 respecto a 1984 y **13,38%** en 1996 respecto a 1995 (primer semestre). En intervenciones quirúrgicas mayores, las alzas fueron de **8,55%** y **5,82%** respectivamente. En consultas de urgencia, **0,99%** y **6,40%**. Los ingresos propios subieron **8,85%** y **11,01%**.

La calidad técnica de la operación también mejora: la letalidad disminuye cerca de un **6%** y las infecciones intrahospitalarias caen cerca de un **25%** en el período.

TABLA 1: HOSPITAL DE URGENCIA ASISTENCIA PÚBLICA. EVOLUCIÓN PRINCIPALES INDICADORES**1994-1996 (1^{ER}. 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 estada 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*	.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%

* En M\$ 1994

** En M\$ 1995

FUENTES: INFORMES DE GESTIÓN 1995-1996. ESTADÍSTICAS DE GASTOS 1995-1996.

ESTADÍSTICAS DE REMUNERACIONES 1995-1996. UNIDAD DE APOYO A LA GESTIÓN HUAP.

El conjunto de los resultados mostraba la viabilidad de incrementar simultáneamente la producción, la productividad y la calidad. Sólo con el incremento de ingresos propios se financiaban, además, los gastos incurridos por las actividades de asesoría, capacitación y comunicación del Programa de Modernización.

En marzo de 1996, por instrucciones de la Dirección del Servicio Metropolitano de Salud, el programa se interrumpió en sus componentes de asesoría, capacitación en gestión y comunicación. Razón argumentada: reducción presupuestaria!

No obstante las apelaciones de los directivos del HUAP y el hecho de que el financiamiento requerido por el programa ya había sido transferido por FONASA al Servicio Metropolitano de Salud y este dinero -préstamo sin interés y renegociable en su forma de devolución- no puede ser utilizado para otros fines, las actividades se suspenden definitivamente en junio de 1996.

VI. LAS ENSEÑANZAS DEL CASO

Es posible. Sin duda que es posible. Lo han mostrado muchas experiencias recientes en distintos tipos de organizaciones, en distintos escenarios, en distintos países del mundo. Es posible producir mejoras significativas de eficiencia y calidad por la vía del desarrollo organizacional centrado en las personas, en el desarrollo de sus capacidades, sus estados de ánimo y sus compromisos con un proyecto común.

El impacto del Programa de Modernización del HUAP muestra que es posible incluso en organizaciones de muy alta complejidad, como son las organizaciones de salud en general y los hospitales de urgencia en particular. Este caso demuestra que se puede romper la inercia de los servicios públicos de salud y de la cultura médica de los mismos.

En un período breve -para los tiempos que requieren estos procesos en general-, fue posible obtener resultados, no sólo en términos de generar un proyecto común de futuro y obtener un buen nivel de compromiso con él, sino, además, revirtiendo las tendencias negativas en términos de producción, productividad y calidad.

En contra de la opinión generalizada, expertos y legos en la materia, las jefaturas médicas aceptaron el desafío de transformarse en alumnos en materias de gestión y liderazgo. En un plazo breve fue posible ver algunos cambios en las prácticas de trabajo. Y los discursos que veían la eficiencia económica como impropia para los sistemas de salud cedieron rápidamente, dando paso a una mayor conciencia y preocupación por la restricción y el buen uso de los recursos.

¿Cómo se explica, entonces, que el programa haya sido interrumpido por decisión superior con un muy discutible argumento financiero? El programa ha rendido frutos económicos incluso en el corto plazo: sólo el aumento de ingresos propios del establecimiento, que en el convenio de desempeño con el equipo consultor era de 3% y en la realidad estaba subiendo a una tasa de más de 8% anual, duplicaba el costo total del programa! Y el financiamiento del programa es externo (préstamo del Fondo Nacional de Salud en condiciones muy favorables) ¡ y está disponible en caja!

Como caso de desarrollo organizacional, esta experiencia muestra con claridad varios ámbitos que deben ser considerados al diseñar este tipo de procesos. Uno de ellos es precisamente la especificación del tipo de relación que se establece con el entorno, y el

ritmo que dicha relación le impone al proceso. Especialmente en organizaciones con dependencias y restricciones múltiples de tipo institucional, legal y administrativo. En otras palabras, un proceso de cambio organizacional tiene en este tipo de organizaciones 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 Servicio, el Hospital San Borja Arriarán y la Dirección de Atención Primaria? ¿No habrá sido un error que el programa del HUAP recibiera tan buena acogida de los niveles superiores del Ministerio y de FONASA, sin que fuera como un proyecto diseñado y dirigido desde el Servicio? ¿No sería visto el programa como un acto independentista más de la AP?

Por otra parte, es un hecho indiscutible que el crecimiento de la producción del HUAP produjo un incremento del gasto, la brecha financiera y la deuda. Lo que era predecible, dada la estructura de financiamiento. ¿Cómo, entonces, se llega hasta un punto en que la situación financiera amenaza no sólo el Programa de Modernización Institucional sino incluso la operación corriente del establecimiento? ¿No habría sido conveniente invertir más en el mejoramiento de los procesos administrativo-financieros y en las negociaciones correspondientes?

El caso plantea en general el tema de la relación entre cambios en la cultura y cambios en la estructura. ¿No habrá estado este proceso un tanto sesgado hacia los cambios en la cultura, en desmedro de los cambios en la estructura? El caso también plantea una diferencia entre un servicio público, al cual se le asigna un presupuesto, y una empresa privada, que reacciona según la sanción o aprobación provenientes del mercado.

La relación con el equipo consultor externo también es un área interesante de observación. ¿En qué medida los consultores externos, al mismo tiempo que hacen posible que ciertas cosas ocurran, desencadenan otras dinámicas de poder que deben ser debidamente administradas? ¿No ocurre, en este tipo de intervenciones en que los consultores desempeñan un papel movilizador muy importante, que se debilitan los liderazgos internos e incluso se produce cierta inseguridad en los líderes de la organización?

Un área de observación, diseño y acción que es omnipresente en temas de desarrollo organizacional centrado en las personas es el de las comunicaciones. Así como las comunicaciones con el entorno antes se consideraban claves, aquellas internas a la organización lo son aún más. Especialmente en culturas donde la desconfianza, el escepticismo respecto de los cambios, el «chaqueteo», la resignación y el resentimiento son importantes, como es el caso del sector público chileno en general y el sector salud en particular. ¿Cuánto más 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 debió dejar su cargo por discrepancias con el Ministro de Salud- interrumpiese el programa si el conjunto de los profesionales y funcionarios del HUAP hubieran tenido a tiempo una completa visión de lo realizado y alcanzado a través de él?

Finalmente, el tema de la irreversibilidad del proceso de modernización es relevante en este caso. ¿Qué relación tienen el ritmo y la intensidad de la intervención en la 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 fundamentales que el caso de la AP plantea para el momento de diseñar programas de modernización de instituciones públicas en países como los nuestros, con las instituciones, las prácticas sociales y los discursos sociales que nos caracterizan, esto es, programas de modernización que se hagan cargo de los elementos estructurales y culturales en juego.