

La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe

Con la cooperación técnica de la Asociación
de Cooperación para el Desarrollo
de los Servicios de Salud



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



ACODESS



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES AFFAIRES
ÉTRANGÈRES

La transformación de la gestión de hospitales
en América Latina y el Caribe

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente
Organización Panamericana de la Salud

La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe
Washington, D.C.: OPS, ©2001.

ISBN 92 75 32369 0

I. Título II. Autor

1. HOSPITALES
2. REFORMA EN ATENCIÓN DE LA SALUD
3. MODELOS DE GESTIÓN HOSPITALARIA
4. GESTIÓN DE CALIDAD
5. SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN HOSPITAL

NLM WX157.O68t 2001

ISBN 92 75 32369 0

© Organización Panamericana de la Salud, 2001

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones del Protocolo 2 de la Convención Universal de Derechos del Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan, en las publicaciones de la OPS, letra inicial mayúscula.

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones. Las solicitudes y las peticiones de información sobre esta publicación deberán dirigirse al Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América, que tendrá sumo gusto en proporcionar la información más reciente sobre cambios introducidos, en la obra, planes de reedición, y reimpressiones y traducciones ya disponibles.

Diseño de portada: Vincent Hélye

Diseño editorial: Aníbal Guirado

La transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe



DIVISIÓN DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
OFICINA SANITARIA PANAMERICANA, OFICINA REGIONAL DE LA
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DES AFFAIRES
ÉTRANGÈRES

DIRECTION GÉNÉRALE DE LA
COOPÉRATION INTERNATIONALE
ET DU DÉVELOPPEMENT



ACODESS

ASOCIACIÓN DE COOPERACIÓN PARA EL DESARROLLO
DE LOS SERVICIOS DE SALUD



Lista de colaboradores del libro

Autores

Carlos Alburquerque

Departamento de Medicina Social, FAMED/UFRGS
Porto Alegre, RS, Brasil

Oswaldo Artaza

FUNDARED, Hospital Luis Calvo Mackenna
Ministerio de Salud de Chile
Santiago de Chile, Chile

Elisabeth Antunes

Coordinadora General
ACODESS
París, Francia

Oscar Arteaga

Escuela de Salud Pública
Universidad de Chile
Santiago de Chile, Chile

Virginia Baffigo

Coordinadora Nacional del Proyecto Salud Ambiental Urbana, CARE
Lima, Perú

Caridad Cairo

Vicedirectora de Enfermería
Hospital Hermanos Ameijeiras
Jefe del Grupo Nacional de Urgencia de Servicios de Enfermería
La Habana, Cuba

Alfredo Campaña

Especialista en legislación y negociación del trabajo en salud
FESALUD
Quito, Ecuador

Aude Caria

Responsable de Calidad
Hospital Esquirol
París, Francia

Eduardo Carrillo

Consultor internacional
San José, Costa Rica

Pedro Crocco

Asesor del Ministerio de la Presidencia
Santiago de Chile, Chile

Alberto Díaz Legaspe

Gerente de Programación
Programa de Reforma del Sector Salud
Buenos Aires, Argentina

César Gattini

Asesor Regional
División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud
Organización Panamericana de la Salud
Washington, DC, Estados Unidos de América

Patricia Gómez de León

Directora Ejecutiva
Centro de Gestión Hospitalaria
Santa Fe de Bogotá, Colombia

Jorge Hermida

Director Regional para América Latina
Quality Assurance Project/Proyecto de Garantía de Calidad
Quito, Ecuador

Antonio Hernández

Asesor Regional en Mantenimiento e Ingeniería
División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud
Organización Panamericana de la Salud
Washington, DC, Estados Unidos de América

Alberto Infante

Asesor Regional en Organización y Gestión de Servicios de Salud
División de Sistemas y Servicios de Salud
Organización Panamericana de la Salud
Washington, DC, Estados Unidos de América

Norberto Larroca

Director Ejecutivo
FELAH
Buenos Aires, Argentina

Daniel López Acuña

Director
División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud
Organización Panamericana de la Salud
Washington, DC, Estados Unidos de América

José María Marín

Asesor Regional en Administración de Servicios de Salud
División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud
Organización Panamericana de la Salud
Washington, DC, Estados Unidos de América

Patrick Mordelet

Presidente de ACODESS
París, Francia

Teodoro Muñiz

Presidente de la Federación Latinoamericana de Hospitales
San Juan, Puerto Rico

Claudio Osorio

Consultor de Desastres
Representación en Costa Rica
Organización Panamericana de la Salud
San José, Costa Rica

Mónica Padilla

Asesora Regional
Programa de Desarrollo de Recursos Humanos
División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud
Organización Panamericana de la Salud
Washington, DC, Estados Unidos de América

Matilde Pinto

Asesora Regional
División de desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud
Organización Panamericana de la Salud
Washington, DC, Estados Unidos de América

Daniel Purcallas

Asesor en Recursos Humanos
Representación de la OPS en Panamá
Panamá

Lazare Reyes

Director Financiero
Hospital Sainte-Anne
París, Francia

Vanesa Rosales Ardón

Consultora internacional independiente
San José, Costa Rica

Hernán Rosenberg

Asesor Regional
División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud
Organización Panamericana de la Salud
Washington, DC, Estados Unidos de América

Roberto Roses

Fundación ISALUD
Buenos Aires, Argentina

Anna Gabriela Ross

Consultora
División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud
Organización Panamericana de la Salud
Washington, DC, Estados Unidos de América

Fernando Sacoto

Director Ejecutivo
Fundación Ecuatoriana para la Salud
Quito, Ecuador

Luis Solórzano

Director General de Insumos para la Salud SSA
México, DF, México

Elías Valdez

Director Nacional de Servicios Hospitalarios
La Habana, Cuba

Héctor Vazzano

Federación Latinoamericana de Hospitales
Buenos Aires, Argentina

Guillermo Williams

Ministerio de Salud
Buenos Aires, Argentina

José Luis Zeballos

Coordinador
Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud
División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud
Organización Panamericana de la Salud
Washington, DC, Estados Unidos de América

Lectores externos

Carlos Arango

Ministerio de Salud de Colombia
Asesor del Despacho de la Ministra de Salud
Bogotá, Colombia

Mauricio Bustamante

Director Convenio Hipólito Unanue
Bogotá, Colombia

Milagros García

Directora de la Oficina de la OMS
Servicios Integrales de Salud de Barcelona
Barcelona, España

Eduardo Levcovitz

División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud
Organización Panamericana de la Salud
Washington, DC, Estados Unidos de América

Ana Pereiro

Secretaría Técnica
Federación Latinoamericana de Hospitales
Buenos Aires, Argentina

Michelle Ooms

Encargada de Misión
Ministerio de Relaciones Internacionales de Francia
París, Francia

Comité editorial

Elisabeth Antúnes

Alberto Infante

Daniel López Acuña

José María Marín

Patrick Mordelet

Anna Gabriela Ross

Revisión editorial técnica

Carlos Campillo

Subdirector médico, Sistemas de información
Hospital Universitario Son Dureta
Instituto Nacional de la Salud
Palma de Mallorca, España

Octubre de 2001

Prefacio

El libro que presentamos sobre la transformación de la gestión de hospitales en América Latina y el Caribe es el resultado de la estrecha colaboración entre la Organización Panamericana de la Salud y la Cooperación técnica francesa, que se inició en 1998 con el propósito de mejorar el funcionamiento, la gestión, la eficiencia y la calidad de la atención médica prestada por los hospitales de la Región de las Américas y, a la postre, los resultados obtenidos en los pacientes y su calidad de vida. Esta cooperación traduce la voluntad de la OPS y de la Cooperación técnica francesa de acercarse y aunar esfuerzos en diversos ámbitos de la salud en la Región, y especialmente en el vasto y complejo tema de la gestión hospitalaria.

La elaboración de este libro —que ha sido cofinanciado por ambas instituciones— fue confiada a la OPS y, por el lado francés, a la Asociación de Cooperación para el Desarrollo de los Servicios de Salud, dos organismos que albergan un nutrido grupo de profesionales de la salud expertos en temas tan diversos como desarrollo, gestión y evaluación de servicios de salud, gestión de recursos humanos, sistemas de información sanitarios y gestión hospitalaria.

En esta obra han trabajado durante dos años más de veinte expertos latinoamericanos y franceses. Se han celebrado tres seminarios, uno en La Habana (marzo de 1999), otro en París (enero de 2000) y el último en Cartagena de Indias (marzo de 2001) con la finalidad de supervisar los progresos realizados, subsanar deficiencias y garantizar tanto la homogeneidad del libro en su conjunto como la consecución de los fines para los cuales se concibió.

En la última década se han producido cambios sustantivos muy notables en todas las esferas del complejo entramado que constituye el hospital. Dichos cambios incluyen, entre otros muchos elementos, innovaciones y mejoras de infraestructura, equipamiento instalado, carteras de servicios, actividad asistencial, sistemas de información, gestión de procesos, y evaluación. Por añadidura, los hospitales están incorporando o adoptando nuevos modelos y formas de gestión, que comprenden desde la utilización de nuevos modelos de

control de gestión (indicadores de estructura, proceso y resultado de la prestación de servicios hospitalarios, métodos de contabilidad analítica, gestión de listas de espera, etc.), hasta el empleo de nuevas modalidades de seguros médicos, contratación de servicios (externalización, creación de entidades públicas o mixtas con o sin personalidad jurídica propia) o el uso de instrumentos de gestión sumamente útiles, como los sistemas de codificación y agrupación de la casuística (*case mix*) y los procedimientos hospitalarios a partir del informe de alta —por ejemplo, los grupos relacionados con el diagnóstico o los grupos de pacientes ambulatorios—, que permiten conocer y efectuar comparaciones ajustadas de la casuística, los costos asociados con las prestaciones y la eficiencia en la gestión de camas de distintos hospitales.

Simultáneamente, cada vez en más hospitales se tienen en cuenta los resultados arrojados por numerosas evaluaciones de tecnologías médicas. Ello explica, entre otras cosas, la elaboración e implantación en ellos de protocolos de actuación, guías de práctica clínica y vías clínicas (*clinical pathways*) sobre la base de pruebas científicas recabadas sistemática y rigurosamente sobre la eficacia, la efectividad y criterios de evaluación económica de tecnologías o su adopción. Con todo, se persigue el objetivo de ofrecer aquellas prestaciones para las cuales se disponga de dichas pruebas junto con justificaciones racionales de su costo fundamentadas en estudios de costos, costo-efectividad, costo-beneficio y costo-utilidad. El desarrollo de modelos de gestión clínica parte entre otros de estos precedentes.

Los cambios consignados, de tan amplia índole, se están produciendo de forma escalonada tanto en los países cuanto en los hospitales del mismo o de distinto nivel asistencial de un mismo país. Su magnitud, importancia y trascendencia en las esferas clínicoasistencial, económica y social están cincelandos lento, pero progresivamente, un reto considerable para las autoridades de salud y los distintos profesionales de la salud de los países, incluidos los que trabajan a nivel local. Ningún país de la Región debe quedar rezagado de cambios de tan hondo calado.

La concepción, elaboración y publicación de este libro parten en buena medida de lo expuesto. Así, la OPS y la Cooperación técnica francesa se marcaron el propósito de aumentar y mejorar su cooperación técnica con los países de la Región —y por ende, seguir cumpliendo sus metas institucionales— aportando un instrumento elaborado para ayudar a las autoridades, profesionales, administradores y gerentes de nivel nacional y local a afrontar el reto mencionado: asumir los cambios, incorporar los nuevos modelos de gestión e información, y ofrecer a un tiempo una herramienta útil a docentes e investigadores en este campo.

Las necesidades de salud de los países de la Región y el trabajo multidisciplinario y riguroso de equipos de expertos internacionales encarnan sin lugar a dudas dos de los puntos cardinales que han de marcar el rumbo y acotar los derroteros por los cuales debe transitar la cooperación técnica interinstitucional en salud.

George A. O. Alleyne
Director
Organización Panamericana
de la Salud / Oficina Regional
de la Organización Mundial
de la Salud

Bruno Delaye
Director General
Dirección General de
la Cooperación Internacional
y del Desarrollo
Ministerio de Asuntos
Extranjeros
Francia

Índice

El escenario global de la nueva gestión del hospital	Capítulo 1	14
Los principios rectores de las reformas del sector de la salud y los hospitales	Capítulo 2	34
El hospital en el sistema de salud	Capítulo 3	52
Tendencias de cambio en los modelos de atención y en la gestión del hospital	Capítulo 4	73
Criterios de definición del hospital en su contexto	Capítulo 5	102
El enfoque estratégico en el hospital	Capítulo 6	129
La gestión del cambio institucional	Capítulo 7	163
La gestión de la calidad	Capítulo 8	191
La gestión del recurso humano	Capítulo 9	223
La gestión económica y financiera	Capítulo 10	257
Sistemas de información	Capítulo 11	292
La gestión de la tecnología	Capítulo 12	318
Los procesos de apoyo a la gestión clínica hospitalaria	Capítulo 13	336

Capítulo 1

El escenario global de la nueva gestión del hospital

El análisis de cualquier tema, incluido el del sector salud y sus establecimientos, debe tener en cuenta los condicionantes externos, es decir el contexto en que actúa lo analizado. En un mundo inmerso en un proceso de globalización, que presenta claroscuros notables, entender el contexto resulta indispensable si se quieren captar las distintas fuerzas en acción.

En nuestro caso, el primer referente obligado es la evolución demográfica y epidemiológica de la Región de las Américas. El aumento sostenido de la esperanza de vida, la disminución de la mortalidad y de la natalidad, así como los movimientos migratorios, van induciendo cambios en la estructura de las poblaciones que exigen redefinir qué servicios de salud son necesarios.

Vivimos contemplando un escenario de transición epidemiológica donde conviven enfermedades propias de países desarrollados y en desarrollo, donde ganan preponderancia enfermedades emergentes como el sida y reemergentes como la tuberculosis, donde la violencia es un fenómeno cotidiano, así como los accidentes y la morbimortalidad debida a los trastornos de la salud mental y a las adicciones (drogas, alcohol, tabaco). Todo ello configura también el contexto en el cual los servicios de salud, y en particular los hospitales, deben funcionar.

Al mismo tiempo, si bien se han experimentado avances, subsisten carencias focalizadas en el aprovisionamiento de agua potable y en los sistemas de saneamiento. Ello, unido a la alta vulnerabilidad ante los desastres naturales de extensas áreas de la Región, exige un permanente esfuerzo de articulación de programas y actividades de promoción de la salud, de prevención de riesgos y de mitigación de daños.

Además, el contexto económico de la Región se caracteriza por la coexistencia de una evolución positiva de las variables macroeconómicas y un deterioro de la situación de los estratos sociales menos favorecidos de la población. En efecto, por un lado aumenta el producto interno bruto (PIB) regional, los precios se han estabilizado de forma desconocida tan sólo una década atrás, se liberalizan el comercio y se desarrollan asociaciones subregionales, avanzan los procesos de reforma tributaria y financiera, se privatizan empresas del Estado, y se desarrollan reformas laborales y de previsión. Por otro lado, en el terreno social estos avances conviven, sin embargo, con aumentos de la pobreza y un marcado aumento de su urbanización, unidos a una concentración de la riqueza cada vez más mayor, y a crecientes indicadores de desocupación y de aumento del empleo informal. Todo ello plantea indudables retos a las políticas públicas y, en particular, a aquellas que buscan ampliar la protección social en salud.

En el plano político asistimos a un proceso de democratización, al menos en los aspectos formales. Salvo algunos episodios esporádicos, se puede decir que en el continente —con una sola excepción— todos los gobiernos han sido elegidos por medio de votaciones democráticas. Ello se ha producido en el marco de un proceso de reforma y reconversión del Estado. El concepto del Estado omnipotente se va dejando de lado. Asistimos a la privatización en mayor o menor grado de las empresas del Estado en casi todos los países. Simultáneamente, el Estado trata de asumir sus papeles indelegables de garante de los derechos ciudadanos, de factor de cohesión social y de articulador colectivo de la solidaridad, lo cual trata de fortalecer su poder regulador, que exige un proceso de modernización y de cambio muy profundo de cultura.

De acuerdo con todo ello, la gestión pública también se encuentra en revisión. La aplicación de un concepto más democrático de las políticas públicas abre espacios a la participación de la sociedad civil en la definición de los intereses públicos y en las formas de satisfacerlos. La administración pública ya no es patrimonio exclusivo de la burocracia estatal, sino de toda la sociedad, aunque ésta sea conducida y regulada por las autoridades. En el sector salud, la ges-

ción pública comprende no sólo la prestación directa de servicios, sino sobre todo actuar como garante de la resolución de los problemas de salud de la población, por sí misma o por otros mecanismos que aseguren un ejercicio solidario del derecho a la salud. Por tanto, cuando se habla de la necesidad de mejorar el desempeño de los hospitales, no se hace referencia exclusiva a los hospitales públicos, sino a todos aquellos que, al margen de su naturaleza jurídica o del tipo de propiedad, están cumpliendo una función de provisión de cuidados de la salud en régimen de internamiento de personas.

Otro elemento central en el análisis del contexto son los cambios tecnológicos. En este capítulo se abundará en uno de los cambios externos más relevantes, la explosión de las tecnologías de la información, ya que constituye un elemento fuertemente condicionador del resto. El acceso rápido a las tecnologías y la posibilidad de anticipar problemas y diseñar soluciones innovadoras dimanan de un potencial abrumador surgido tras el advenimiento de la revolución informática.

En síntesis, la velocidad y la globalidad de los procesos de cambio, tanto generales como específicos del sector salud, obligan a los hospitales a desarrollar nuevas formas de relación con su entorno y nuevas modalidades de organización y de gestión que les permitan dar una respuesta satisfactoria a las demandas de la población.

Evolución demográfica y epidemiológica¹

La población de América Latina y el Caribe se sitúa en torno a 500 millones de personas, lo que representa el 8,4% de la población mundial. Cerca de la mitad se reparte entre México y Brasil y la mitad restante se distribuye entre 40 países y territorios.

La mortalidad general, con raras excepciones, sigue presentando una tendencia a la disminución, al tiempo que se mantiene un aumento continuo de la esperanza de vida al nacer. Entre 1960 y 1970, la media de la tasa de natalidad fue de 40 nacimientos por 1000 personas y en 1999, de 19 por 1000. Dado que tanto la natalidad como la fecundidad continuarán descendiendo, y a pesar de las reducciones de la mortalidad, la tasa de crecimiento de la población total seguirá disminuyendo. También se espera que se mantenga el aumento del grupo de personas de 65 años y más años de edad.

Pero el seguimiento de los cambios demográficos por medio de las tendencias de las tasas de natalidad y mortalidad no basta para trazar una imagen completa de las dinámicas de población. Un aspecto difícil de analizar son las migraciones y, en particular, las migraciones internacionales, porque las cifras oficiales de inmigrantes suelen omitir la inmigración ilegal. En las Américas, a lo largo de la historia, Argentina, Canadá, Estados Unidos del América y Venezuela han recibido más inmigrantes que los demás países.

Otra tendencia demográfica importante en el continente americano es la migración de población desde las zonas rurales a las urbanas. En toda América, las ciudades siguen atrayendo a multitud de personas del campo. Algunos centros urbanos latinoamericanos han llegado a crecer hasta un 60% en un solo decenio.

Durante la última década, la situación de la salud en la Región ha seguido mejorando de manera continuada. Ello es el reflejo de diversos factores sociales, ambientales, culturales y tecnológicos, así como de la mayor disponibilidad de servicios de atención a la salud y de programas de salud pública. Sin embargo, estas mejoras no ha mostrado las mismas caracterís-

ticas y velocidad en todos los países ni en todos los grupos de población de un mismo país.

Los países están viviendo los cambios demográficos y epidemiológicos propios de todas las sociedades en transición. Entre la primera mitad de los años ochenta y mediados de los noventa, la esperanza de vida al nacer en la Región aumentó de 68,7 a 71,1 años y en todas sus subregiones la esperanza de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres.

En el período comprendido entre 1980 y fines de este siglo, pese al aumento de la población y del número de defunciones, se produjo una marcada reducción del número de años potenciales de vida perdidos, es decir, disminuyó la cantidad de muertes prematuras. Sin embargo, la intensidad y la velocidad de esta reducción no han sido homogéneas en todos los países, pues han subsistido y en algunos casos se han ampliado las desigualdades entre ellos.

Conviene destacar que las enfermedades no transmisibles explican ya alrededor de dos tercios de la mortalidad total de la Región. Sin embargo, una preocupación creciente para las autoridades de salud son las enfermedades transmisibles. Así, en 1999 1,3 millones de personas en América Latina y 360.000 en el Caribe eran positivas al VIH o tenían sida.² La emergencia de nuevos patógenos y enfermedades, la reemergencia de problemas como la tuberculosis y las crecientes resistencias a los antibióticos ponen de relieve la necesidad de mantener y perfeccionar los sistemas de vigilancia de las enfermedades transmisibles en la Región.

Otra preocupación es la repercusión en la salud pública de problemas sociales tales como las distintas formas de violencia, incluida la familiar, y los accidentes. Asimismo, la morbilidad creciente por trastornos mentales y la morbimortalidad asociada con el tabaquismo y el alcoholismo han fortalecido los programas de prevención de estos problemas en la mayor parte de los países de la Región.

Un elemento aún muy importante es el referente al saneamiento básico. En la actualidad, se estima que alrededor de 78% de la población de América Latina y el Caribe dispone de abastecimiento de agua potable por conexión domiciliaria o de fácil acceso. El 70% de esta población recibe agua desinfectada, lo que representa un avance enorme respecto al 20% que la recibía hace poco más de 10 años. Desde luego, el acceso al agua potable varía entre los países. En Costa Rica todos los hogares tienen acceso a agua potable, mientras que en Haití y en Paraguay, sólo acceden 4 de cada 10. Algo semejante sucede con los servicios de alcantarillado y saneamiento, que están al alcance de casi todos los hogares en las Bahamas, Costa Rica y Trinidad y Tobago. La situación es muy diferente en Haití y en Paraguay, donde menos de 1 de cada 3 hogares disfrutan de estos servicios.

El déficit en la disposición sanitaria de aguas residuales y de excretas es todavía mayor, ya que sólo alcanza a 69% de la población, y, aun así, apenas el 10% de las aguas residuales que se recolectan recibe algún tipo de tratamiento antes de su disposición final. Otros problemas ambientales importantes en casi todos los países de la Región son la contaminación de los alimentos, la disposición inadecuada de desechos sólidos, la precariedad de las viviendas y la exposición a accidentes y enfermedades en los ambientes de trabajo.

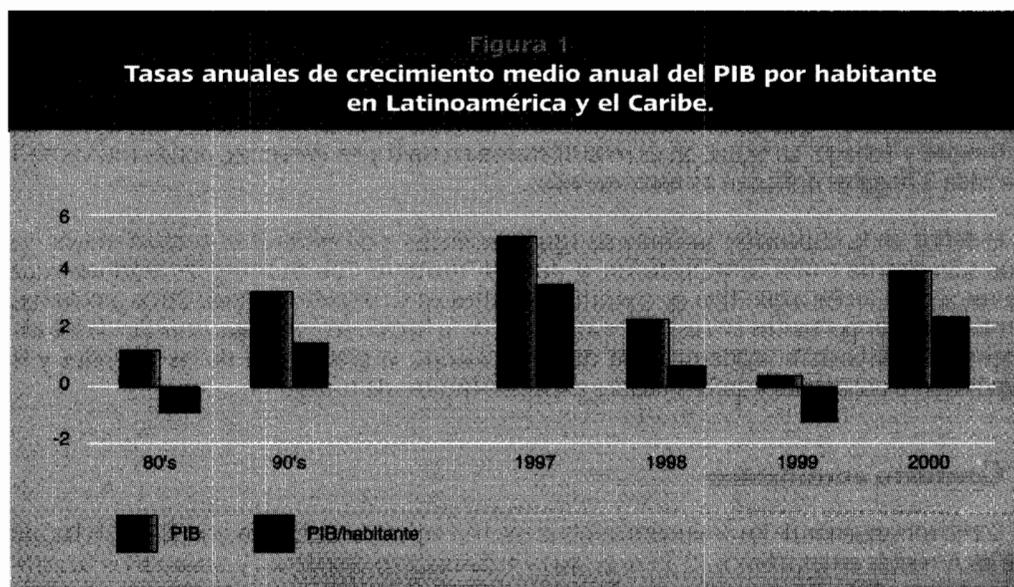
Contexto económico

Como consecuencia de los profundos cambios que han experimentado las economías de la Región de las Américas en los últimos 10 años, la situación del entorno económico y social de los hospitales se han modificado sustancialmente. Así como la década de los ochenta pasó a ser conocida como *la década perdida*, debido a la fuerte caída de la actividad económica y al deterioro del progreso social de la Región, la década de los noventa se conoce como *la década de las reformas estructurales*³

La orientación declarada de estas reformas ha sido buscar el desarrollo económico y humano más allá del mero aumento de la actividad productiva medida por las tasas de crecimiento del PIB. Desde esa perspectiva, las transformaciones se han dirigido inicialmente a mejorar la eficiencia, acelerar el crecimiento económico, y elevar los ingresos y el bienestar de las personas.⁴ El papel del Estado se ha modificado, se ha revisado su participación en áreas de provisión directa de servicios sociales tales como educación, salud, vivienda y previsión social, y redefinido un papel más intensivo de sus funciones de rectoría y aseguramiento.

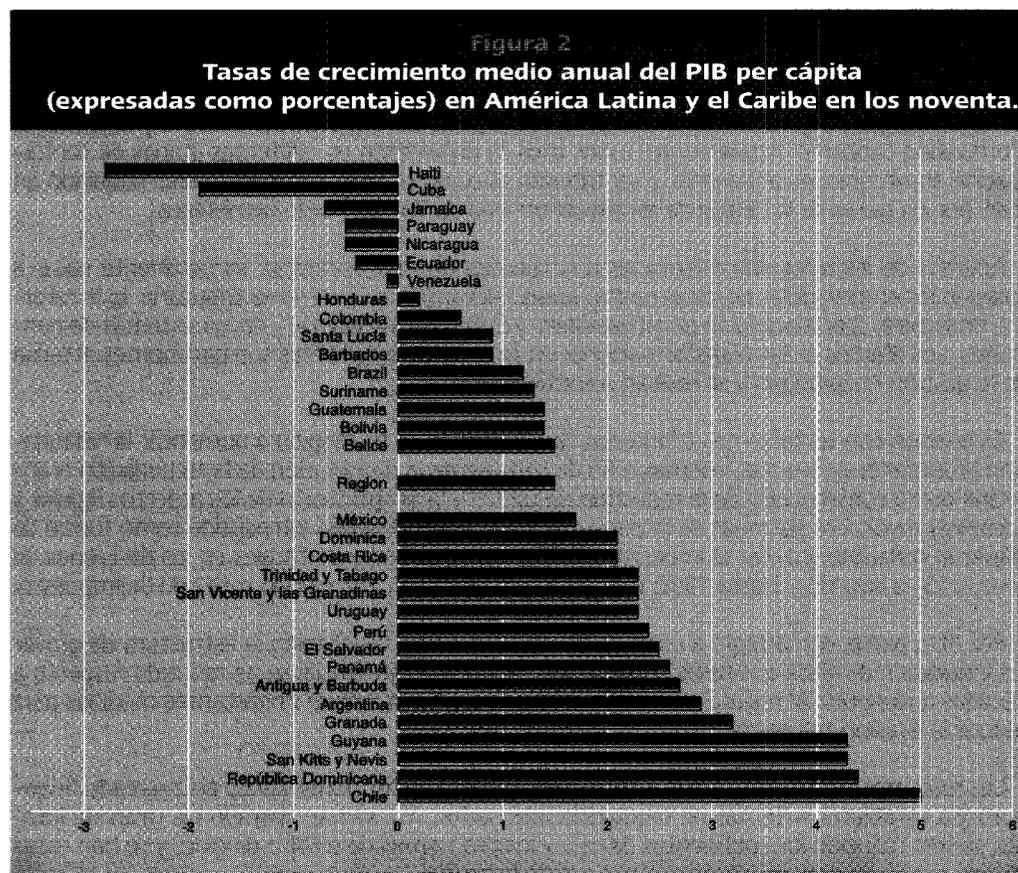
En virtud de esta nueva orientación, y dando respuesta a una visión que considera a la política social como un componente inseparable de la política económica, el Estado se compromete a proveer los recursos financieros requeridos para asegurar el acceso a los servicios sociales, al tiempo que delega buena parte de la función de producción en aquellas entidades, públicas o no, que muestren poseer ventajas comparativas para la ejecución de estas tareas.

Como resultado de estas transformaciones, y a pesar de las dificultades experimentadas en 1998 —cuando las economías de América Latina y el Caribe afrontaron una sorprendente inestabilidad de las finanzas y del comercio internacional y recibieron fuertes presiones del sector externo—, el crecimiento económico de la Región en su conjunto se aceleró, si bien todavía no se alcanzan las tasas anteriores al inicio de la crisis de los ochenta.⁵ Mientras que en el periodo 1981-1990 el PIB regional creció a una tasa promedio anual del 1% (dando lugar a una reducción media anual del 1% del PIB per cápita), en el periodo 1991-2000 el PIB regional registró un crecimiento medio anual de 3,3% (lo cual se tradujo en un aumento medio anual del 1,5% del PIB per cápita). La figura 1 muestra ambos indicadores para las décadas de los ochenta y los noventa. En ella puede apreciarse cómo el proceso de recuperación del crecimiento se vio afectado en los años 1998 y 1999 por la crisis asiática y se restauró en el último año de la década, compensando así los pobres logros del bienio 1998-1999.



Fuente: Elaboración propia basada en: CEPAL. Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe 2000. Santiago de Chile: CEPAL: 2000.

Como era de esperar, estas evoluciones no han sido en todos los países. La figura 2 muestra las tasas de crecimiento medio anual del PIB per cápita promedio por país para la década de los noventa. En tanto que la tasa de crecimiento anual del PIB per cápita promedio regional fue de 1,5 %, en un grupo de países las tasas fueron negativas, lo cual plantea graves interrogantes sobre la viabilidad de lograr mejoras sostenidas en las condiciones de vida de su población. En este grupo se encuentran Haití, Cuba, Jamaica, Paraguay y Nicaragua. Otro grupo de países, en cambio, tuvo resultados mayores que la media, entre los que destacan Chile, República Dominicana, Guyana y San Kitts y Nevis.



Fuente: Elaboración propia basada en: CEPAL. Balance preliminar de las economías de América Latina y el Caribe 2000. Santiago de Chile: CEPAL; 2000.

Durante los noventa, también se observó una exitosa estabilización de los precios. El control de la inflación ocupó un lugar prioritario en la política macroeconómica y se complementó de una manera eficaz con las reformas estructurales y con una situación internacional que hasta mediados de 1997 había sido bastante favorable. Producto de la gestión de las políticas monetaria y cambiaria, las dificultades que el sector financiero afrontó en la economía mundial durante el bienio 1998-1999 no afectaron de forma importante los precios domésticos de los países de la Región, ya que las devaluaciones no se tradujeron en aumentos sustanciales de los precios. Al mismo tiempo, la descentralización política llevada a cabo como parte de la reforma del Estado ha ido acompañada de una descentralización del gasto del gobierno. Como resultado de lo anterior, tanto los

gobiernos regionales como los locales asumen mayor responsabilidad en la entrega y gestión del financiamiento de los servicios sociales en general, y del sector salud en particular.

Las reformas han tenido lugar en el marco de una liberalización del comercio y, en ese sentido, han estado encaminadas a mejorar las posibilidades de participación exitosa en los mercados internacionales, aumentando la competitividad de la producción de cada país. Aun cuando ha habido variaciones entre ellos, todos emprendieron la tarea de abrir sus economías y de liberalizar y fortalecer sus estructuras financieras. Además, en cada país se ha avanzado en la eliminación de las tasas de cambio múltiple, en la reducción de tarifas, en la eliminación de barreras no tarifarias al comercio exterior, y en la modificación de las restricciones a los movimientos de capital. Un elemento central en el proceso de liberalización comercial ha sido la creación y el fortalecimiento de los acuerdos comerciales entre países de la Región. A la creación del Mercosur en 1991, se aunaron los esfuerzos para vigorizar el Grupo Andino, el Mercado Común Centroamericano y la CARICOM (Comunidad Caribeña). Actualmente, todos ellos se encuentran en diferentes etapas de conformación como uniones aduaneras y contribuyen al cumplimiento del compromiso adquirido en 1995 por los países de la Región de establecer un área de libre comercio hemisférica.

Además de las reformas orientadas a la liberalización del comercio, es pertinente sacar a colación las emprendidas en otras cuatro áreas relevantes: a) la reforma tributaria, b) la reforma financiera, c) el proceso de privatizaciones, y d) la reforma laboral y de los sistemas de pensiones. Los efectos de las transformaciones en algunas de estas áreas son pertinentes al tema de la gestión hospitalaria y se revisan a continuación.

En relación con las reformas tributarias, la orientación se ha dirigido a aumentar la recaudación procedente de fuentes internas a fin de compensar la disminución de la recaudación arancelaria como consecuencia de la reducción de tarifas y la simplificación de los aspectos legales y administrativos. Los sistemas de impuesto al valor añadido se han introducido como forma de gravar el consumo y evitar el impacto negativo de otras opciones fiscales en las decisiones de producción e inversión. Hasta 1997, más de 20 países habían introducido este tipo de impuesto.

Por otra parte, con arreglo a criterios de equidad, se ha mantenido la estructura de gravar los ingresos más altos con tasas diferenciales, aunque el diferencial se ha reducido respecto a décadas anteriores. Al mismo tiempo, muchos países han tomado importantes medidas para reducir la evasión tributaria.

Las reformas financieras se han encaminado a liberar el funcionamiento del mercado financiero y a establecer sistemas de regulación adecuados. Así, se han liberado las tasas de interés, se han reducido los coeficientes de caja y los programas de crédito dirigido, y se han establecido sistemas más modernos de regulación bancaria.

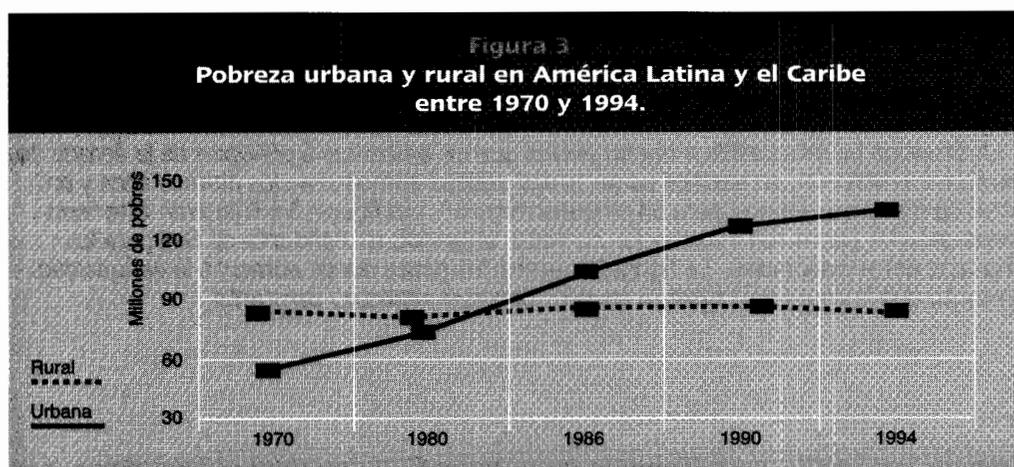
El proceso de privatizaciones ha sido notable, si bien con diferencias entre los países. Este ha sido sin duda el componente con mayor impacto en la reducción del ámbito de las actividades del Estado. Alrededor de un 40% del valor de las privatizaciones en la Región ha tenido lugar en los sectores de servicios públicos, los cuales tradicionalmente habían estado cerrados a la participación privada y donde se identificaba el mayor potencial para aumentar la productividad y la eficiencia. Otro 20% ha estado compuesto por la venta de entidades bancarias y afines, hecho éste que se ha de considerar complementario a las reformas del sector financiero. En cuanto a la intensidad del proceso, las 755 ventas y transferencias al sector privado realizadas en América Latina entre 1988 y 1995 representaron más de la mitad de las operaciones de privatización de los países en desarrollo. No obstante, en algunos países este proceso ha arrojado un nivel de oposición política que ha desembocado en su postergación.

El tema de la reforma laboral ha estado presente en la agenda como estrategia que permitiría flexibilizar el empleo y reducir los costos de contratación y de producción, mejorando así la competitividad. Sin embargo, la introducción efectiva de estas reformas ha sido lenta, ya que ejercen un impacto directo en las condiciones de trabajo y, por lo tanto, plantean un dilema entre los objetivos económicos y los de bienestar social. Estas reformas se han dirigido a moderar los costos de despido y a facilitar la contratación de trabajadores temporales, lo cual es contrario al espíritu que motivó una legislación laboral para afianzar la estabilidad laboral y proteger al trabajador y a su familia de los riesgos propios del desempleo, la enfermedad y la vejez. En esta misma línea, la reforma de los sistemas de pensiones se ha encaminado a corregir una situación de alta contribución por parte del empleador a la seguridad social, a los fondos de salud y al seguro de desempleo. En algunos países, la suma total de estas contribuciones alcanza el 30% del costo salarial directo y, aunque se han introducido correcciones, se percibe la necesidad de tomar medidas claras que eviten que las contribuciones a la seguridad social operen, de hecho, como desincentivos al empleo formal.

Parte del debate sobre los logros alcanzados como consecuencia de estas reformas estructurales incluye la pregunta de si los beneficios han compensado los costos de su implantación. La respuesta atañe a dos tipos de indicadores: unos exclusivamente económicos —como serían los niveles absolutos de las tasas de crecimiento del PIB, particularmente medidos en términos per cápita— y otros de tipo social, relacionados con la distribución de los beneficios del crecimiento económico. Los primeros se trataron en esta sección y los segundos se abordan en la siguiente.

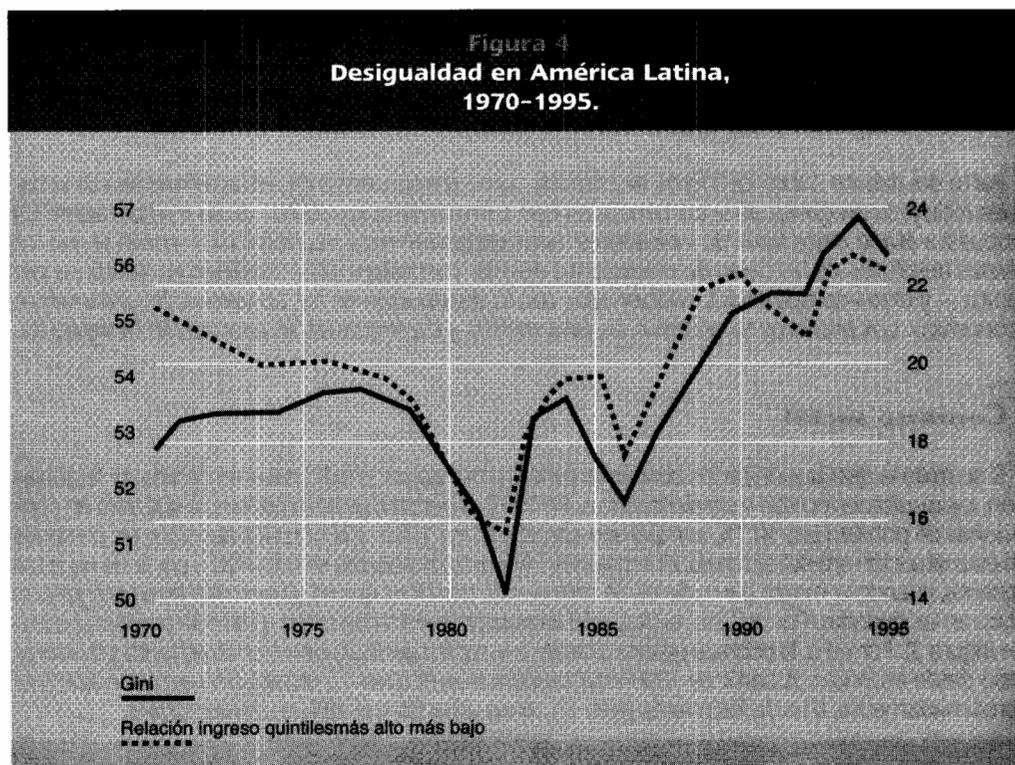
Contexto social

Si se mide la distribución de los beneficios de las reformas por medio del nivel de vida de la población, los resultados no son muy alentadores. En 1999, el porcentaje de la población que vivía en condiciones de pobreza era 50,7%, comparado con el 41% en 1990, y el número absoluto de personas en esta situación era del orden de 243 millones.⁶ Además, la pobreza se urbanizó a partir de los años ochenta, cuando la mayor parte de los 64 millones de personas que se sumaron a esta categoría se ubicó en las ciudades. Por un lado, la situación de pobreza rural se ha mantenido relativamente estable (figura 3). Por otro, la pobreza urbana alcanzó a la rural a principio de los años ochenta y la sobrepasó desde entonces. A partir de 1990 esta tendencia se detuvo. La distribución actual indica que, aproximadamente, 61% de los pobres viven en zonas urbanas y el 39%, en zonas rurales.



Fuente: Londoño JL, Székelly M. Latin America after a decade of reforms. Interamerican Development Bank: Washington, DC: 1997.

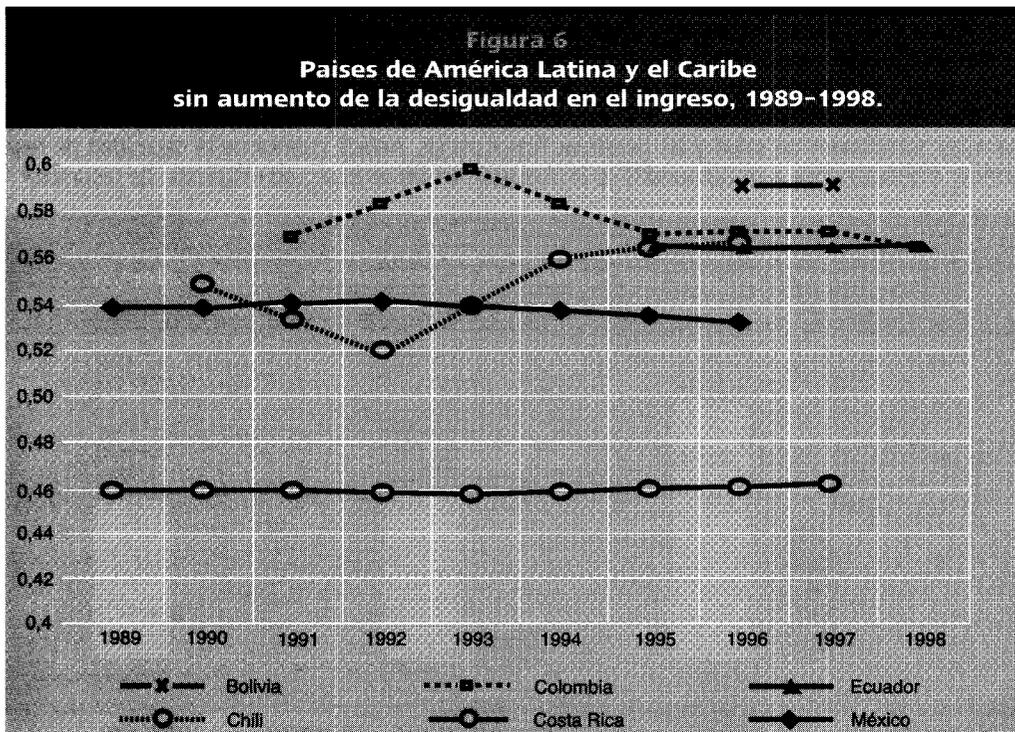
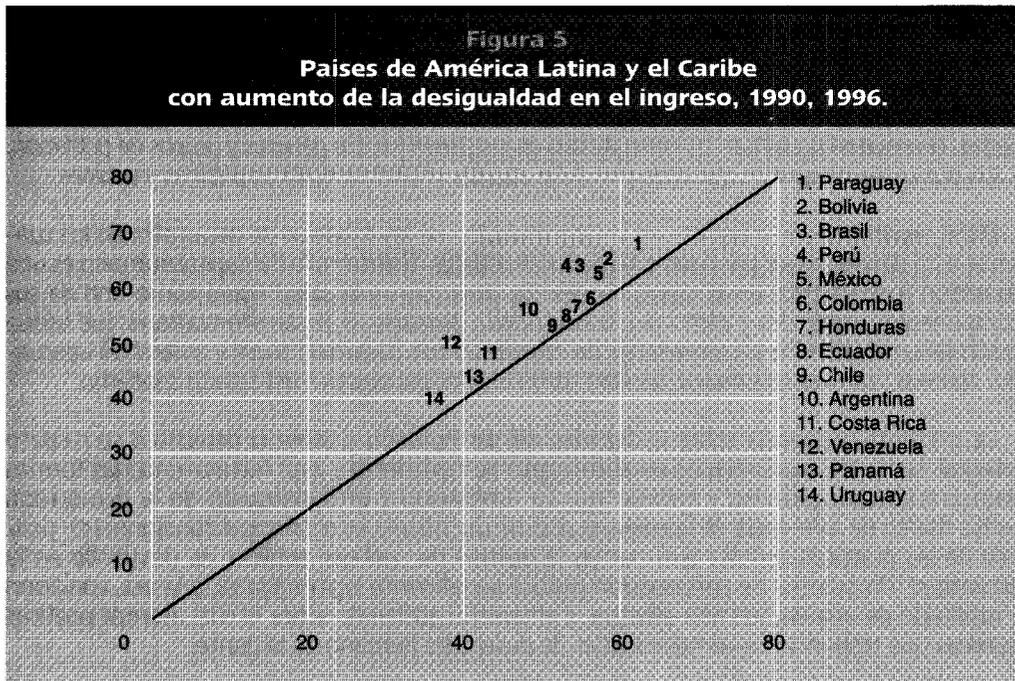
En la distribución del ingreso no ha habido mejoras, a despecho de los logros alcanzados en materia de mitigación de la pobreza, ya que se ha mantenido el alto grado de concentración existente al inicio de la década de los noventa. Las reformas no han afectado los factores patrimoniales, educativos y ocupacionales. Como se puede observar en la figura 4, tanto el coeficiente de Gini¹ como la razón entre los ingresos del quintil más alto y el más bajo (ambas son medidas de distribución del ingreso) han empeorado notablemente durante el período comprendido entre 1980 y 1995, último año para el cual se dispone de información agregada.



Fuente: Londoño JL, Székely M. Latin America after a decade of reforms. Interamerican Development Bank: Washington, DC; 1997.

La situación ha retrocedido a niveles peores que los existentes a principios de la década de los setenta. Más aún, en algunos países la desigualdad aumentó en los últimos años y en otros se mantuvo estática, pero en ninguno mejoró.⁷ Las figuras 5 y 6 ilustran este fenómeno para los países con información confiable utilizando el coeficiente de Gini para los años con datos disponibles. La figura 5 muestra los países donde aumentó la desigualdad en tanto que la figura 6 representa aquellos donde se mantuvo constante.

¹El coeficiente de Gini varía entre 0 (distribución perfectamente igual) y 100 (totalmente concentrada).



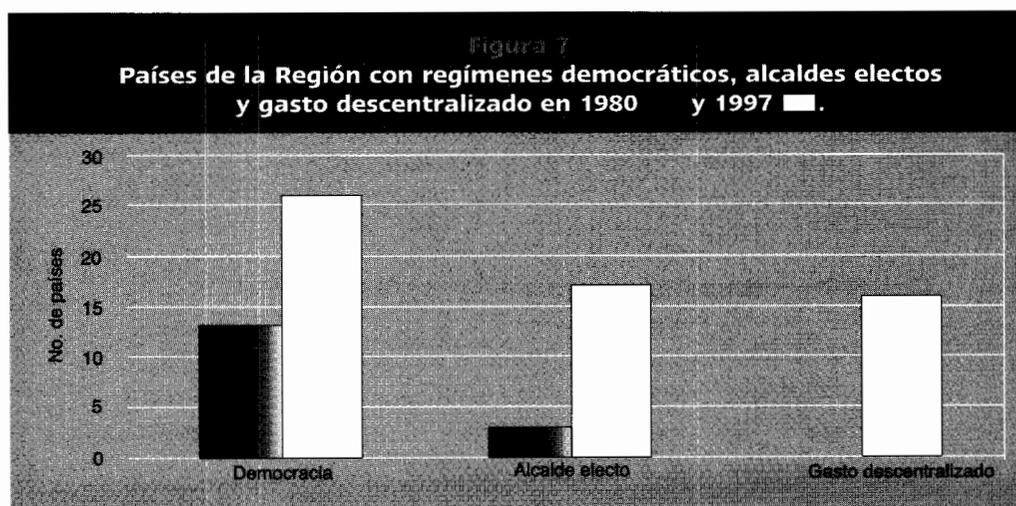
Fuente Székely M, Hilbert M. The 1990s in Latin America: another decade of persistent inequality. Washington, DC: Interamerican Bank; 1999. (Documento mimeografiado.)

Como consecuencia de los efectos negativos del nuevo régimen económico y del ajuste estructural, se ha intensificado la búsqueda de una mejor comprensión de las relaciones entre la pobreza, la salud y las condiciones de vida. Consecuentemente, se ha producido cierta revalorización de la esfera social, que ha permitido documentar que las desigualdades no se dan solamente entre países, sino que se presentan también dentro de los países y entre géneros y grupos de población, y son por tanto problemas que cada país debe abordar mediante políticas públicas y sociales.

Dicha revalorización se expresa en la reformulación de los modelos de desarrollo, en los cuales se está dando mayor prioridad a las políticas sociales. El desarrollo del capital humano es una condición fundamental en el nuevo modelo de desarrollo, y la salud figura como uno de sus componentes esenciales y como una consecuencia deseable. El desarrollo humano que asocia crecimiento económico en condiciones de estabilidad con desarrollo social y ambiental adecuado, aparece cada vez con mayor claridad como el principal objetivo del Estado moderno.

La creciente conciencia sobre la dignidad del ser humano y sobre el derecho a su respeto integral, se ha ido subsumiendo en el concepto de ciudadanía y está fortaleciendo las formas democráticas de gobierno y convivencia. La ampliación y profundización de la democracia como marco de referencia de la construcción de ciudadanía es el principal condicionante político de las prácticas sociales que nutren la gestión de políticas públicas de desarrollo en la actualidad. Un proceso de participación política socialmente legitimada es, a la vez, condición y resultado de una democracia efectiva, y el terreno adecuado sobre el cual asentar políticas públicas que respondan a las necesidades de desarrollo humano de la gente.

La figura 7 ilustra los profundos cambios que se han producido en los procesos de democratización regional. El número de países con procesos electorales democráticos prácticamente se duplicó entre 1980 y 1997. La cifra de países con alcaldes electos (en lugar de nominados) se quintuplicó, y la de países con asignación descentralizada de fondos pasó de cero a 16 en el mismo período. Estos mecanismos de control ciudadano, si bien son incipientes, constituyen un desafío muy importante para las autoridades de salud y las gerencias hospitalarias, habida cuenta de la necesidad de responder efectivamente a las demandas de la población en un contexto de restricción de recursos.¹¹

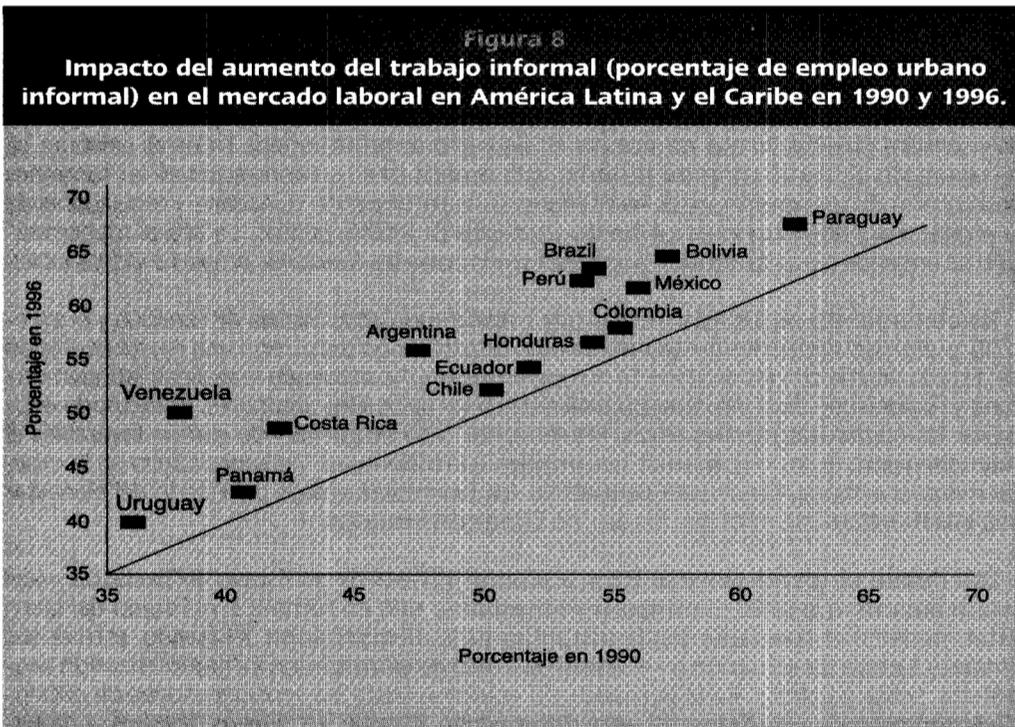


Fuente: Banco Interamericano de Desarrollo. Progreso económico y social en América Latina. Washington, DC: BID; 1999.

¹¹Para un análisis detallado de los cambios políticos y sociales ver Banco Interamericano de Desarrollo. Progreso económico y social en América Latina. Informe 2000: Desarrollo más allá de la economía. Washington, DC: BID; 2000.

Así pues, en la actualidad se plantean simultáneamente un nuevo modelo de desarrollo, una revalorización de lo social y un reconocimiento del papel irrenunciable del Estado como garante y protector de los derechos ciudadanos. El florecimiento de la capacidad creadora de los individuos y las comunidades, así como su justa contribución al progreso social, son tareas centrales del fortalecimiento del Estado de derecho y una vía para asentar y profundizar la democracia. Para ello, es esencial la protección social, especialmente en lo que atañe al aseguramiento de niveles de justicia social y equidad en el acceso a quien satisface las necesidades básicas éticamente aceptables y factibles. Sin embargo, en las Américas, a pesar de los esfuerzos realizados en los últimos años, el porcentaje de población sin acceso a servicios básicos de salud se ha mantenido en torno al 20% (o unos 100 millones de personas).⁸

La progresiva alza de los costos de los servicios y el nivel relativamente alto (y de tendencia creciente) del gasto de bolsillo en salud sugieren que, haciendo más de lo mismo, será poco probable lograr un aumento sustantivo de los recursos disponibles para el subsector público. Por otro lado, el aumento del trabajo informal presenta una importante limitación relativa al crecimiento del mecanismo de seguro social. Por ejemplo, la figura 8 ilustra el cambio acontecido en el empleo informal urbano entre 1990 y 1995. En ningún país disminuyó el empleo informal, y, a la luz de las tendencias de liberalización laboral que se mencionaron, no hay motivo para suponer que esto ocurrirá a medio plazo. Los sistemas de financiación pública y los basados en cuotas sociales han sido, y siguen siendo, los mecanismos tradicionales de expansión de la protección social en salud. La existencia de un alto número de excluidos,⁹ combinada con las limitaciones mencionadas, plantea un desafío especial cuando se pretende realizar sólo por esta vía este derecho ciudadano.



Fuente: Elaboración basada en: International Labour Organization. Key indicators of the labour market 1999. Geneva: ILO; 1999.

Ello ha planteado diversas estrategias tendentes a extender la protección social en salud, bien desde el subsector público bien desde las instituciones del seguro social. También han surgido experiencias autónomas de autoaseguramiento de grupos poblacionales específicos, que buscan converger con las desarrolladas desde los mecanismos tradicionales para asegurar la eficiencia y la sostenibilidad.

Este es un elemento central del marco en que deben insertarse los hospitales: una inserción que ha de ser compatible con la definición del nuevo papel del Estado y con el rediseño de los mecanismos de protección social en salud.

La reforma de la política y de la administración pública

En el actual contexto de transformaciones del Estado y de la gestión pública sobresalen marcadas tendencias que determinan cambios sustantivos en la conceptualización, valoración y práctica de la gestión pública de los hospitales. La modernización del Estado ha demandado modificar sus estructuras tradicionales y revisar su participación en la economía y sus relaciones con la sociedad civil. A una fase inicial de reducción del Estado —mediante la transferencia de funciones económicas y sociales del gobierno al mercado, la privatización de sus actividades y empresas comerciales, como contrapropuesta al modelo de estado benefactor, omnipotente y omnipotente—, ha seguido otra que hace más hincapié en modificar las dimensiones de sus funciones esenciales, destacando su papel de garante de los derechos ciudadanos, factor de cohesión social y articulador de la solidaridad colectiva.¹⁰

En la actualidad, se plantea la necesidad de concentrar la acción del Estado en papeles estratégicos para el desarrollo del capital humano y del capital social.¹⁰ Entre las actuales propuestas de reforma del Estado destacan el fortalecimiento del poder regulador y de producción de políticas públicas del gobierno y la desgubernamentalización de la producción de bienes y servicios públicos (lo que no siempre es sinónimo de privatización). En otras palabras, se ha planteado un nuevo papel del gobierno, que dimana de su concentración en las funciones promotoras de la cohesión social, facilitadoras de la participación ciudadana y reguladoras de la producción y distribución de los bienes y servicios de interés público. La actual modernización se entiende como la reorientación del Estado hacia las *funciones propias e indeclinables*.

No obstante, ello no justifica sin más una transferencia generalizada de servicios y el sistemático desmantelamiento del aparato público de protección social, sino una reestructuración del Estado acorde con los criterios de la modernización.¹¹ Conociendo la realidad latinoamericana y disponiendo de la información analizada en los apartados anteriores, es excusado enumerar las numerosas razones éticas, humanitarias o de simple sentido común favorables al mantenimiento de los mecanismos que impiden que millones de personas caigan en la miseria material o moral. Desde esta perspectiva, los hipotéticos costos del Estado del bienestar son infinitamente menores que los del "no Estado del bienestar".⁷

Este debate no gravita tanto en torno a alcanzar o prescindir del Estado del bienestar —del cual la atención a la salud es componente esencial—, sino en torno a si el Estado del bienestar moderno es coherente con lo sustantivo de la modernización del Estado, esto es sus límites y formas de actuación en el nuevo contexto de globalización y democratización económica, social y política. En la búsqueda del equilibrio entre las consideraciones de eficiencia económica y la equidad social, este debate debe afrontar los nuevos desafíos —globalización y vulnerabilidad de las economías— y los condicionantes novedosos —governabilidad política y social—.

La modernización del Estado y del quehacer público está condicionada también por la evolución de la noción de lo público, *referida a lo que es de todos y por ende interesa a todos*.⁸ Esta renovada noción de lo público apela también a las instancias y actores que toman las decisiones de interés común y protegen, producen y distribuyen los bienes públicos.⁹ La cuestión clave que plantea este enfoque es que la acción colectiva no sólo incluye la afirmación y la garantía estatal de derechos ciudadanos, sino que también comprende la definición, producción y distribución de bienes públicos deseables desde el punto de vista de la misma sociedad. Bajo la perspectiva consignada, adquieren relevancia otros valores y prácticas que bien pueden ser calificados de públicos (públicos y sociales a un tiempo), aunque no han sido los tradicionales del Estado (públicas y estatales). Asimismo, la sociedad se reafirma como actor de las decisiones y la producción de bienes públicos, y se reivindican necesariamente los valores, derechos y responsabilidades de los ciudadanos como sujetos en la formación de la opinión y la voluntad públicas.

El crecimiento que se está observando del sector público no estatal estimula y acelera la participación e interacción de los actores sociales en la gestión de políticas públicas. La multiplicidad de mecanismos e iniciativas de participación directa de la sociedad y de las comunidades en la gestión de estas políticas afianza, a su vez, la posibilidad de expandir y profundizar la democracia y ampliar la legitimidad de la representación de las instituciones políticas y de la administración pública.

Todo ello ha desembocado en un replanteamiento de los papeles del Estado, del mercado y de la sociedad civil, que apunta hacia la gestión pluralista del Estado del bienestar⁹ y a la corresponsabilidad social.¹⁰ Es decir, que la responsabilidad de bienestar recaiga simultáneamente sobre el Estado, el mercado y la iniciativa social, con objeto de ampliar el ejercicio pleno de los derechos sociales y promover la participación social en su gestión, lo cual supone la democratización del Estado y la reconstrucción de la sociedad civil.¹⁰ De ahí surge la necesidad de adoptar un enfoque de reforma de la administración pública orientado por la transformación sustancial del funcionamiento del aparato del Estado, por una *gerencia pública necesaria* basada en un estilo de gestión democrática,¹¹ en el aumento de la participación social, en el desarrollo del potencial de acción de la sociedad civil, y en el perfeccionamiento de los procesos participativos de formulación, ejecución y evaluación de las políticas públicas.¹¹

Este enfoque reconoce también la evidente necesidad de racionalizar la estructura y los procedimientos del aparato estatal, de aumentar la calidad de sus recursos humanos e insu- mos materiales para la administración pública, del funcionamiento democrático de sus estructuras, y de maximizar la eficiencia y la productividad social de los recursos asignados al sector público. Asimismo, es preciso avanzar en la articulación de mecanismos que aseguren la participación social efectiva en los momentos trascendentales de la gestión pública, garanticen los derechos ciudadanos, la transparencia de los actos públicos, su control social y la vigencia plena del derecho a exigir responsabilidades y a cumplir con ellas. No obstante, el análisis y la solución de los problemas de estructura, de funcionamiento, de recursos y de cultura del sector público han de producirse en el seno de los procesos de formulación, ejecución y evaluación de las políticas.

En rigor, el cambio en la gestión pública debería plantearse desde la perspectiva del desarrollo de la capacidad de las políticas públicas para movilizar la capacidad de integración y acción conjunta. Ello exige mejorar la capacidad de gestionar el complejo proceso de modificaciones en las relaciones de poder, la interacción entre los factores de presión y los intereses por la distribución de los productos del desarrollo, y la movilización concertada de las capacidades sociales que están en juego.

La mayoría de los países de la Región, bien sea en el plano de sus gobiernos o de las comunidades, organizaciones, asociaciones y ciudadanos que conforman la sociedad civil, intentan alcanzar un equilibrio entre intereses y disponibilidades de recursos de la colectividad ciertamente limitados y a menudo contrapuestos o conflictivos. La salud pública no es ajena a esta tensión del interés colectivo, ya que tanto sus objetivos como su ámbito de actuación pertenecen a la colectividad. Por ello, la salud pública no se limita sino que también abarca la gestión hospitalaria.

Como se describirá con mayor detalle en la segunda parte del libro, la importancia creciente de la participación social en las políticas públicas obliga a considerar la gestión de los hospitales desde un prisma ampliado y congruente con el desarrollo de las sociedades, que subraye la trascendencia crítica no sólo de los servicios hospitalarios, sino también de los valores, sistemas, relaciones, competencias y recursos relacionados con ellos en la sociedad. La gestión del hospital público deberá responder a un paradigma nuevo, complejo e integrado de gerencia pública, en el cual las variables de racionalidad política y los raciocinios técnicos y administrativos son elementos centrales que se complementan mutuamente y conforman la nueva racionalidad gerencial.

Los hospitales, sean públicos o no, actúan en contextos complejos donde predominan la incertidumbre y la turbulencia a consecuencia de factores tales como el entrelazamiento del sistema económico internacional, el acelerado cambio tecnológico, la crisis de las economías, el inusitado aumento de las demandas sociales, la permeabilidad del Estado conseguida por la sociedad, el desmoronamiento de las barreras entre lo público y lo privado, y la competencia entre estos sectores espoleada por la captación y la gestión de los recursos económicos. La gerencia de los hospitales, y en particular la de los hospitales públicos, necesita anticipar estratégicamente una realidad donde la complejidad, el conflicto y la incertidumbre serán retos permanentes (véase el capítulo 6).

La reforma del financiamiento de los sistemas de salud

La situación que se observa en la Región en materia de financiamiento de los servicios de salud es el resultado de un proceso de reforma muy vinculado con las transformaciones experimentadas tanto en el contexto económico y social como en el de las reformas del Estado y de la administración pública. En efecto, primero se ha transitado desde un paradigma de financiamiento intensivo en aportaciones fiscales (en los años setenta) que tenía como objetivo declarado la atención universal, a uno que, en el seno de una crisis económica fuerte y una importante transformación del papel del Estado, intentó responder a la reducción experimentada por el financiamiento público de los sectores sociales (en la década de los ochenta). Después se ha caminado hacia otro que, en concordancia con un modelo económico que persigue el crecimiento con equidad, propone una mirada estratégica a las posibles combinaciones de los instrumentos y fuentes de financiamiento en la provisión de atención de salud (característico de los noventa).

Hacia fines de los años setenta ya se empezaba a formular la pregunta sobre quiénes eran los verdaderos beneficiarios del gasto público, cuestión que parecía desafiar la concepción del Estado omnipotente. Este enfoque coincidía con la creencia de que todos los recursos destinados a los sectores sociales eran, por definición, pertinentes. El tema de la búsqueda de una buena asignación de recursos estaba fuera del marco analítico de los que tomaban decisiones y diseñaban la política social.

La situación de los años ochenta se puede dividir en dos etapas. La primera corresponde al inicio de la crisis económica de 1983, a la cual se respondió a corto plazo con medidas de emer-

gencia que se reflejaron en reducciones del gasto público. En el caso de los hospitales, los administradores pusieron en marcha dos tipos de cobro a los usuarios: primero, prestar atención médica sujeta a la aportación en especie por parte de la familia del paciente, y, segundo, cuando el marco legal así lo permitía, revitalizar o iniciar un sistema de cobro monetario. En la segunda etapa, cuando la política económica cambió su objetivo de ajuste y estabilización por el de transformación estructural, la reforma del Estado hizo explícita una política de separación de funciones que también atañía al sector de la salud. La intención inicial fue separar las funciones de provisión de las de financiamiento.

Al inicio de los años noventa, cuando recobró valor lo social, se redefinió el papel del Estado como garante de la provisión de recursos financieros para atender a la población, y se inició el debate sobre su función en la provisión directa de atención de salud. Hacia mediados de esta década, se aprecia que la separación de funciones, junto con los fallos que presenta el mercado como asignador de recursos con equidad, convierte en perentoria la necesidad de reevaluar el papel del Estado. En el caso de salud, esto significó revisar y desarrollar estrategias para fortalecer el papel rector de la autoridad sanitaria. El financiamiento sectorial ha evolucionado en este marco de debate sobre los objetivos, la implantación de políticas carente de evaluación *ex ante* y la constatación de resultados esperados e inesperados.

Así como en el ámbito macroeconómico se ha pasado de un modelo de crecimiento que contemplaba la política social solamente en su papel como amortiguador del que se ha venido en llamar *costo social* a un modelo de desarrollo que incluye la política social como parte integral. En el sector salud se pasa de un esquema de financiamiento dirigido a afianzar la sostenibilidad financiera a uno que busca, simultáneamente, mejorar las condiciones de acceso, la calidad y la eficiencia en la producción y asignación de los servicios.

En las fechas en que se escribe este capítulo, el debate se centra en identificar estrategias de financiamiento que contribuyan a lograr el acceso equitativo a servicios de calidad. A la luz de estos objetivos, la preocupación y el debate, que antes gravitaba en torno a la composición del financiamiento, se amplía al incluir los mecanismos de pago utilizados para transferir los recursos desde las entidades intermediarias financieras hacia los proveedores de atención de salud. Se reconoce que los mecanismos de pago incluyen un conjunto de incentivos que influye en la demanda del proveedor. En los párrafos siguientes se abordan dos elementos estrechamente vinculados con el financiamiento: primero, las modalidades de financiamiento *hacia* el sector y, segundo, los mecanismos de pago a los proveedores (o modalidades de financiamiento en el interior del sector).

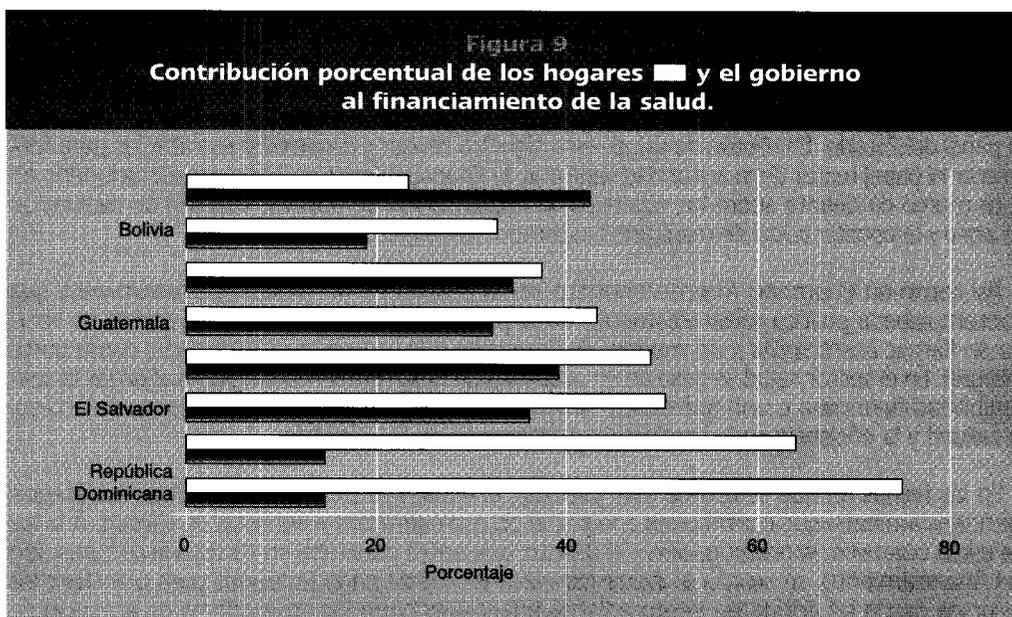
En relación con el financiamiento hacia el sector, la información disponible pone de manifiesto la necesidad de analizar el potencial —positivo y negativo— que tienen los mecanismos de financiamiento hacia el sector^{III} tiene para contribuir a alcanzar los objetivos sectoriales.

La experiencia de cobro a los usuarios se ha identificado claramente como una de las barreras del acceso a los servicios. Por lo tanto, es un instrumento útil para reducir la demanda por atención menos prioritaria o considerada superflua. Por el contrario, cuando se trata de atención esencial, la recomendación es proveer el servicio sin cobro al usuario.¹²

Respecto a la composición de las fuentes de financiamiento en la Región, la situación es heterogénea. Si bien no se dispone de información que permita hacer un análisis longitudinal

^{III}Las modalidades de funcionamiento sectorial se refieren a financiamiento público (a través de impuestos), seguro privado, seguro social y cobro a los usuarios. Como fuentes de financiamiento se identifican el gobierno, los hogares, las empresas y el sector externo.

de la variación de la aportación de los hogares al financiamiento sectorial, las estimaciones de las cuentas nacionales de salud que se han llevado a cabo en los últimos años en un grupo de países indican que, como se presenta en la figura 9, la contribución de los hogares oscila entre 75%, en la República Dominicana, y 23%, en Nicaragua. En este contexto, es importante tener en cuenta cómo la participación de los hogares en el financiamiento sectorial se relaciona con la inequidad en la carga financiera que ellos asumen, pues cuanto más elevada es la aportación de los hogares tanto más regresivo suele ser el financiamiento. En otras palabras, los grupos de población con ingreso más bajo destinan una proporción más alta de su ingreso a cubrir gastos de salud que los grupos de ingreso más elevado.



Fuente: Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC. Elaborado sobre la base de las Cuentas Nacionales del Proyecto Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe (LAC/RSS).

En el ámbito de los mecanismos de pago a proveedores —un tema que influye directamente en el proceso de toma de decisiones de los administradores de hospitales—, el diálogo se encuentra en un nivel más incipiente que el del financiamiento sectorial. Las variables que se barajan son la unidad de pago y el nivel de riesgo implícito en cada uno de ellos. El desafío estriba en identificar la combinación de una unidad de pago adecuada según los objetivos del intermediario financiero con una distribución de riesgo que actúe como incentivo hacia la búsqueda de la eficiencia del proveedor. En la práctica, los mecanismos de pago por atención hospitalaria se están desplazando desde los presupuestos globales, basados en costos históricos, hacia los modelos de contratación prospectivos definidos por costo y volumen o por costo por caso.¹³

En síntesis, en la medida en que se ha reconocido el potencial de la política de financiamiento como uno de los mejores instrumentos para lograr mayor equidad, se reconoce el papel redistributivo del financiamiento público. En consecuencia, los países desarrollan estrategias de financiamiento que consideran en un modo explícito el financiamiento de la atención a las personas y de los servicios que tiene características de bienes públicos o meritorios, para los cuales se sugiere el financiamiento público como el más equitativo. En esta misma

perspectiva se ubica el financiamiento de las funciones esenciales de la salud pública. En este proceso se reconoce que los incentivos marcan una diferencia en las decisiones y que, de hecho, afectan a la composición y la calidad de los servicios que se prestan a la población. Por consiguiente, el análisis se amplía a nivel del recurso financiero intrasectorial y presta especial atención a los mecanismos de pago a los proveedores.

Cambios tecnológicos

Los recientes cambios mundiales están marcados fundamentalmente por la globalización en todas las esferas de la vida. La interrelación hoy existente entre todos los lugares del mundo y su mutua dependencia, y la influencia de medidas o resoluciones que se toman a miles de kilómetros de nuestro ámbito de trabajo, son un signo de los tiempos. Otro signo característico es la velocidad con que se producen los cambios, aunque en ocasiones muestran notable simultaneidad y no son secuenciales. Cabe añadir la complejidad y la variabilidad de las fuentes de información, lo cual dificulta a menudo su aprehensión, es decir complica su apropiación a partir de un adecuado proceso de depuración y análisis.

Estas características acotan un escenario de alta complejidad y velocidad creciente en el proceso de toma de decisiones de las organizaciones, ya que, por un lado, existe una mayor oferta de mecanismos y líneas de acción y, por otro, una mayor exigencia por parte de la demanda en cuanto al uso de determinadas tecnologías. De ahí también deriva el hecho de que las organizaciones están sometidas a una tensión continua. Para afrontarla, se requiere, en primer lugar, una clara conciencia del proceso y, en segundo lugar, una actitud abierta, no sólo adaptativa sino también emprendedora, por parte de la organización en su conjunto y de las personas que la integran.

Si hubiera que señalar cuál ha sido desde el punto de vista tecnológico el factor que ha revolucionado al mundo en las dos últimas décadas, se mencionaría la información. El acceso a la misma se ha transformado en rutina diaria para millones de personas. Merced a las tecnologías de la comunicación, la población y las organizaciones pueden acceder a la información. El abaratamiento de los costos de los equipos y de los programas permite una mayor difusión de la información. Históricamente se ha dicho que tener información es tener poder. Hoy, quizás, el poder se visualice más en el hecho de ser éste quien brinda la información o quien la sabe utilizar. Por añadidura, ello ha generado un nuevo balance entre la oferta y la demanda. Por un lado, se afirma pensar más en lo que la gente necesita, desea o quiere que en lo que las organizaciones ofrecen. Por otro, se han aumentado las posibilidades de inducir demandas (incluidas la de productos y servicios de salud) y diseminar ofertas (incluidas las de productos y servicios de salud). Cada día se intensifica el debate sobre la *soberanía de los consumidores* y las capacidades y los límites de la actividad reguladora de las autoridades (incluidas las de salud) en el nuevo espacio de relación y comercio virtual.

La revolución tecnológica de los últimos años tiene consecuencias directas sobre el sector de la salud y sobre el hospital. Hoy en día, se habla de la complejidad tecnológica del sector salud y de su impacto sobre la prácticas profesionales. Las nuevas tecnologías (de la imagen, cirugía no invasiva, etc.) crean la necesidad de alcanzar mayor especialización y de concentrar en determinadas áreas geográficas las actividades de alta complejidad (por ej., la cirugía cardíaca). Los médicos y otros profesionales deben integrarse en la nueva lógica *industrial* de la alta complejidad tecnológica, pero conservando su identidad cultural y sus valores éticos. Esta revolución tecnológica también induce profundos cambios en la práctica de la gestión hospitalaria. Sobre el desarrollo tecnológico se hablará con más detalle en el capítulo 12.

Conclusiones

Para alcanzar los objetivos marcados, los cambios que se generan en la actualidad exigen que los hospitales dispongan de nuevos modelos de trabajo. Estas nuevas modalidades de trabajo también reclaman modelos organizativos distintos. Los cambios que se producen en el contexto obligan a las organizaciones a emprender un proceso de adaptación que les permita cumplir con los fines para las cuales se crearon.

La principal característica que debe prevalecer en el nuevo modelo es la flexibilidad. Las organizaciones ya no son una estructura rígida con misiones y funciones invariables con el tiempo. Por el contrario, sus límites son hoy difusos. Aquí cabe recordar cómo ha variado el viejo concepto de hospital, cómo se ha pasado de su concepción como centro para aislar a los enfermos de la sociedad a la idea de que se trata de un establecimiento abierto a la comunidad destinado a solucionar sus problemas de salud.

Del mismo modo, las organizaciones ya no necesitan ser autosuficientes. La interrelación y la cooperación, así como la complementariedad, permiten construir redes y formas fluidas de trabajo entre y dentro de las organizaciones. Ya no se conciben organizaciones de salud que, para alcanzar sus fines, no se articulen en redes internas y externas. Así, para lograr sus fines, en la actualidad prevalecen la misión y la visión estratégicas, las políticas y normas generales, más que las reglas y los procedimientos. Es la preeminencia de valores como la calidad y el servicio lo que prepondera en la gestión institucional. Esto no implica ni el desconocimiento ni el incumplimiento de las normativas, sino su consideración instrumental, es decir, éstas se justifican en tanto que ayudan a alcanzar el fin de la organización, que es prestar un mejor servicio, si bien su cumplimiento no puede considerarse un fin en sí mismo. Se precisa de estructuras flexibles, que no sólo permitan establecer relaciones verticales, sino también horizontales y que adopten como centro neurálgico el cliente externo o usuario.

Otro elemento fundamental que cabe mencionar es el aprendizaje continuo, tarea que le compete a la organización como tal y a los individuos que la integran. Dicho aprendizaje no ha de entenderse solamente desde el prisma de la formación del personal y de su posibilidad de ascender en la organización, sino también, y fundamentalmente, como un requisito para el crecimiento y la mejora de la propia institución. Con este fin y con el de mejorar los servicios que presten, dicha capacitación debe ofrecerse a los profesionales con carencias de formación.

Para el adecuado logro de los objetivos de las organizaciones, se requiere que tanto las personas como los grupos que la integran gocen de mayor autonomía. Esta autonomía, que se ha venido en llamar desconcentración de las instituciones, es un proceso que se dirige hacia el interior de la institución. También debe propiciarse una descentralización efectiva de la institución que favorezca el mejor desempeño y la consecución de sus fines.

Todo lo anterior está impregnado de un estilo gerencial que tiene más hacia la coordinación y supervisión que hacia el *ordeno y manda*. Un buen gerente en la actualidad es aquel que consigue que los demás hagan lo que les corresponde y saben hacer, aquel que dirige y delega. Se requiere pues de gerentes que, al delegar, mantengan el control de la ejecución de los planes, no solo la responsabilidad final, y que permitan el desarrollo de los individuos de una organización, alentando su creatividad individual y de grupo con objeto de facilitar el cumplimiento de los propósitos institucionales.

Los elementos descritos vertebran el cambio de la gestión de las Instituciones y, de forma muy importante, de los servicios de salud. La innovación tecnológica ejerce su impacto en el desarrollo de los servicios de salud y puede redundar en mayor capacidad de resolución de los problemas de salud de la población, mejor calidad de las prestaciones que se brin-

dan e incidir en los costos de producción de los servicios. No obstante, la innovación tecnológica también puede tener consecuencias negativas a causa de la falta de capacitación del personal o de flexibilidad de las organizaciones para afrontar los cambios encaminados a mejorar el manejo de las nuevas tecnologías. La creciente complejidad tecnológica influye en la gestión del hospital, pues modifica las formas de organización y operación, así como los requerimientos de recursos y financiación. Si se pretende que las nuevas tecnologías constituyan herramientas de mejora y no amenazas para el sistema y sus usuarios, será necesario aquilatar su efectividad, su eficacia y las evaluaciones socioeconómicas que se realicen sobre ellas.

Bibliografía

1. CEPAL. Panorama social de América Latina 1998. Santiago de Chile: CEPAL; 1998.
2. Sékely M, Hilgert M. The 1990s in Latin America: another decade of persistent inequality. Washington, DC: Interamerican Development Bank; 1999. (Documento mimeografiado.)
3. Rosenberg H, Peña M. Dimensions of exclusion from social protection in health in Latin America and the Caribbean. Ponencia presentada en la Reunión Mundial de la Asociación Internacional de Seguridad Social, Helsinki, 2000.
4. Rosenberg H, Andersson B. Repensando la protección social en salud en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública* 2000;8(1 y 2):118-125.
5. World Bank. World development report 1997. The state in a changing world. Washington, DC: World Bank; 1997.
6. Rodríguez Cabero G. La división social del bienestar: posibilidades y límites de la gestión mixta del estado del bienestar. En: Rodríguez Cabero G. *Economía del sector no lucrativo*. Economistas (Madrid) 1991;(51).
7. Cercas A. ¿Qué estado de bienestar? Madrid: Diario 16; 21 de enero de 1995.
8. Cunill N. Repensando lo público a través de la sociedad. Nuevas formas de gestión pública y representación social. Caracas: Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD); 1997:23-69, 297-308.
9. Johnson N. El estado de bienestar en transición. La teoría y práctica del pluralismo de bienestar. Madrid: Ministerio de Trabajo y Seguridad Social; 1990.
10. Giner S, Sarasa S. Altruismo cívico y política social. En: Fundación Pablo Iglesias. *Leviatán*. Madrid: Fundación Pablo Iglesias; 1995; No. 61.
11. Klinsberg B. La gerencia pública necesaria. hacia un replanteo integral. la gerencia pública necesaria. Caracas: Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo (CLAD); 1985.
12. England S, Haddar M, Ngam A, Pinto M. Practice and policies on user fees for immunization in developing countries. Geneva: World Health Organization; 2001. (Document WHO/V&B/1.07.)
13. Álvarez B, Pellisé L, Lobo F. Sistemas de pago a prestadores de servicios de salud en países de América Latina y de la OCDE. *Rev Panam Salud Pública* 2000(1 y 2):55-69.

Capítulo 2

Los principios rectores de las reformas del sector de la salud y los hospitales

Algunos países de la Región han conferido carácter legal al derecho a la salud, lo que no significa necesariamente que toda la población ejerza este derecho de forma equitativa. Esto, sumado a factores tales como presiones de carácter económico, ha impulsado los procesos de reforma del sector salud. En la mayor parte de dichos procesos se declara que sus propósitos, o principios rectores, son mejorar la equidad, la efectividad, la calidad, la eficiencia, la sostenibilidad y la participación social.

Los procesos de reforma están intentando adaptar el hospital a los efectos de los cambios tecnológicos, de los cambios en las enfermedades esperables y de los cambios sociales y culturales de los usuarios. La aplicación de esos principios rectores se ha traducido en importantes efectos, el desarrollo de nuevas modalidades de atención y cambios en instrumentos de gestión y en el financiamiento.

Los primeros esfuerzos realizados en las reformas del pasado se centraron en la introducción de cambios financieros, estructurales e institucionales en los sistemas de salud y en ajustes de la organización y la administración de la atención de salud. La segunda generación de estos esfuerzos presta más atención a mejoras del desempeño en la reducción de inequidades y de la desprotección social en salud, al aumento de la efectividad de las intervenciones en salud, a la promoción de la calidad de la atención, al fortalecimiento de la función rectora de las autoridades de salud, a la mejora en la práctica de la salud pública y, particularmente, a la necesidad de ejercer nuevas formas de gestión de los recursos humanos.

Los principios rectores enumerados se pueden traducir en criterios o ejes conductores de la gestión hospitalaria de hoy y del futuro. Estos criterios son: la orientación al usuario, el mejoramiento continuo en busca de la excelencia, la autonomía responsable, la coordinación e integración en redes, la transparencia y la responsabilidad, la participación social y la flexibilidad de los modelos de atención. La aplicación de estos criterios ha de realizarse en un contexto ampliado de ejecución de las funciones clave del Estado (como la rectoría y la regulación), y en un entorno hospitalario con nuevas formas de gestión y con pluralismo financiero.

El derecho a la salud

El artículo 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos de las Naciones Unidas de 1948 establece que <<Todo ser humano tiene derecho a un nivel de vida que le permita a él mismo y a su familia gozar de salud y bienestar que incluyan la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios. Tiene asimismo derecho a seguridad en caso de desempleo, enfermedad, discapacidad, viudedad, vejez...>>.

Las constituciones de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud reconocen a la salud como un derecho humano y a las responsabilidades que dimanar de este principio. Otras declaraciones internacionales sobre derechos humanos también asumen, explícita o implícitamente, que la salud es un derecho humano que genera determinadas responsabilidades. Tal es el caso del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, y de la Declaración Americana de los Derechos Humanos (Pacto de San José de Costa Rica).¹

Del mismo modo, muchos países de la Región recogieron, ya sea en sus constituciones o en textos legales subordinados a ellas, el derecho a la salud.¹ Estos documentos facultan a los poderes públicos para moderar los intereses de los distintos actores sociales, fomentar las condiciones que favorecen la salud de los individuos y las poblaciones, disminuir o eliminar las condiciones que los perjudican, ordenar los servicios destinados a recuperar la salud o a paliar las consecuencias de la enfermedad, y regular la producción y la distribución de los recursos financieros, materiales, humanos y tecnológicos destinados a tal fin.³

En casi todos los países de la Región algunas de estas actuaciones se han ido plasmando en mecanismos de cobertura frente a contingencias específicas que se definen y financian en condiciones social y públicamente reguladas. Estas actuaciones se designan genéricamente mediante el concepto de *protección social de la salud* y de ellas forman parte, entre otros elementos, distintas modalidades de seguro social.

Sin embargo, el reconocimiento legal de un derecho, e incluso su instrumentación normativa, no siempre significa su plena realización práctica. De hecho, en amplias zonas de América Latina y el Caribe el ejercicio del derecho a la salud se ha visto dificultado por diversos factores, entre los que destacan los de orden financiero, cultural, geográfico y de género. A finales del siglo XX, porcentajes elevados de las poblaciones de los países de la Región no encuentran el modo de obtener lo que, en materia de salud, proclaman las constituciones y las leyes. Consiguientemente, se ha ido configurando una *geografía de la exclusión social en salud*. Diversos estudios han llamado la atención desde mediados de los años ochenta sobre las causas, características, tendencias y consecuencias de este fenómeno.^{4, 5, 6, 7}

De hecho, tratar de remediar esta situación —que no ha tendido a disminuir sino a mantenerse o incluso a aumentar en algunos casos— ha sido uno de los objetivos declarados de muchas de las agendas de cambio (genéricamente conocidas como *reformas*) que se han ido introduciendo en los sistemas de salud de los países de la Región durante los últimos quince años.

Los principios rectores de las reformas

La mayor parte de los procesos de reforma del sector de la salud,¹¹ que desde comienzos de la década de los noventa se están desarrollando en las Américas, declaran que sus propósitos son mejorar uno o varios de los siguientes aspectos del desempeño de los sistemas y servicios de salud: la equidad, la efectividad y la calidad, la eficiencia, la sostenibilidad y la participación social.¹¹¹ Estos principios rectores se definen del siguiente modo.

- La *equidad*, referida a las condiciones de salud, significa disminuir las diferencias evitables e injustas al mínimo posible, y respecto a los servicios de salud, recibir atención en función de

¹ La expresión *derecho a la salud* se usa en este texto como sinónimo de *derecho a la protección de la salud*. Hoy por hoy, nadie puede garantizar el derecho a la salud para todos los individuos aunque solo sea porque, pese a los progresos científicos y tecnológicos, el enfermar y el morir siguen siendo inherentes a la condición humana, y persiste cierto grado de desigualdad inevitable entre los individuos, derivada al menos de la distinta carga genética y de los efectos inevitables de algunos comportamientos de los progenitores sobre la salud de sus descendientes.

¹¹ En las Américas, una reunión internacional convocada al efecto definió la *reforma sectorial* como «un proceso orientado a introducir cambios sustantivos en las diferentes instancias y funciones del sector con el propósito de aumentar la equidad en sus prestaciones, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus actuaciones y con ello lograr la satisfacción de las necesidades de salud de la población. Se trata de una fase intensificada de transformación de los sistemas de salud realizada durante un periodo determinado de tiempo y a partir de coyunturas que la justifican y viabilizan». Véase: BID, BIRF, CEPAL, OEA, OPS/OMS, FNUAP, UNICEF, USAID: Informe de la Reunión especial sobre Reforma del sector de la salud. Del 29 al 30 de septiembre de 1995. Washington, DC: OPS, División de Salud y Desarrollo Humano; 1995.

la necesidad (equidad de acceso y uso) y contribuir en función de la capacidad de pago (equidad financiera).

- La *calidad* supone que los usuarios de los servicios reciben asistencia oportuna, efectiva y segura (calidad técnica) en condiciones materiales y éticas adecuadas (calidad percibida).
- La *eficiencia* indica que la relación entre resultados obtenidos y los costos de los recursos empleados es favorable. Este concepto tiene dos dimensiones: la relativa a la asignación de recursos y la referente a la productividad de los servicios. Los recursos son asignados eficientemente si generan la máxima ganancia posible expresada en términos de salud por unidad de costo, y se emplean eficientemente cuando se obtiene una unidad o producto al mínimo costo o cuando se producen más unidades de producto con un costo dado.
- La *sostenibilidad* incluye una dimensión política y una financiera, y se define como la capacidad del sistema para resolver sus problemas actuales de legitimidad y financiamiento y superar los retos de mantenimiento y desarrollo futuros. Consecuentemente, la sostenibilidad exige la aceptación y el apoyo sociales y la disponibilidad de los recursos necesarios.
- La *participación social* hace referencia a los procedimientos dirigidos a lograr que la población general y los distintos agentes influyan en la planificación, gestión provisión y evaluación de los sistemas y servicios de salud y disfruten de los resultados de dicha influencia.

Partiendo de los objetivos finales de las reformas que se hayan formulado, los cinco criterios anteriores permiten evaluar su direccionalidad. Así, ninguna reforma debería contraponerse a dichos criterios, y la ideal sería aquella tras cuya finalización los cinco criterios hubiesen mejorado. A su vez, estos cinco principios rectores pueden servir como referente conceptual para construir variables operativas e indicadores asociados que permitan seguir los avances de la reforma y evaluar su impacto potencial o real.¹⁰ Por último, si estos principios se tienen en cuenta desde las fases iniciales de diseño y negociación de la reforma, pueden servir también para retroalimentarla a medida que avanza.

Tal como habitualmente se entiende, la equidad, referida a la situación de salud, significa disminuir las diferencias evitables e injustas al mínimo posible y, en relación con los servicios de salud, ofrecer y recibir atención en función de la necesidad (equidad en cobertura, distribución, acceso y uso) y contribuir con arreglo a la capacidad de pago (equidad financiera). Así, para evaluar los resultados de un proceso de reforma del sector de la salud respecto a la equidad en el ámbito de los servicios de salud, se debería poder documentar si la reforma ha influido sobre la reducción de brechas en alguno o en todos los indicadores seleccionados, bien por unidad territorial (departamento, estado, provincia, municipio o área de salud), bien por grupos de población definidos según el género, la edad, la raza, el nivel socioeconómico o el esquema de cobertura. Por ejemplo, en materia de cobertura, cabría preguntarse cómo han

¹⁰ Ello puede comprobarse consultando entre otras fuentes los informes de los países presentados en la Reunión Especial sobre reforma sectorial, celebrada en Washington, DC, en 1995; el informe Progreso de las actividades de reforma sectorial, presentado al Comité Regional de la OPS en 1996; el contenido de los capítulos del volumen II de la edición de 1998 del libro *Condiciones de salud en las Américas*; los informes preparados por los países para la III Revisión de la *Estrategia de Salud para Todos* de 1997 de la OMS; el documento sobre La cooperación de la OPS ante los procesos de Reforma del Sector de la salud de 1997; el documento aprobado por el Comité Regional de la OPS sobre Rectoría de los Ministerios de Salud en los procesos de reforma sectorial de 1997; los 25 Perfiles de los sistemas de servicios de salud de los países de la Región accesibles a través de la página electrónica de la *Iniciativa de Reforma* en Noviembre de 2000; las relatorías de los debates sobre reforma sectorial las reuniones de los Ministros de Salud de Centroamérica, Área Andina y países del Caribe anglófono entre 1995 y 1999 o los informes de las Comisiones Nacionales y Grupos de apoyo a la reforma sectorial de varios países de la Región durante los últimos años.

modificado las reformas los porcentajes de población cubierta de forma regular por un conjunto básico de prestaciones, las coberturas del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) en menores de un año, las coberturas del control prenatal realizado por personal capacitado, o el porcentaje de mujeres que usan anticonceptivos. En materia de distribución de recursos, habría que evaluar de qué forma las reformas modificaron, entre otros, el gasto total y el gasto público en salud per cápita, las razones de médicos y enfermeras profesionales por 10.000 habitantes, o el número de camas hospitalarias censables por 1000 habitantes (y, si es posible, diferenciando entre subsectores o distintas redes de prestadores). Del mismo modo, en materia de acceso, se trataría de analizar cómo influyeron las reformas en el porcentaje de personas que fallecen sin ningún tipo de atención médica, el porcentaje de población rural que reside a más de una hora de un centro de atención y de población urbana a más de 30 minutos, la posibilidad de obtener asistencia primaria el mismo día de su solicitud, el porcentaje de establecimientos de salud que han reducido las barreras funcionales de acceso (por ejemplo, de horario, de idioma u otras), o en el volumen de las listas de espera quirúrgicas de algunas enfermedades seleccionadas. Respecto al uso de recursos, se trataría de averiguar cómo influyeron las reformas en las consultas ambulatorias o en los egresos por 1000 habitantes, o sobre el porcentaje de partos atendidos por personal capacitado.

La efectividad indica que las acciones emprendidas producen los resultados esperados en las condiciones reales en que se acometieron. Muchas acciones de salud pueden ser eficaces en contextos determinados (por ejemplo, en condiciones de laboratorio, en ensayos clínicos, cuando se emprenden en determinados modelos organizativos o en ciertos contextos culturales) y no serlo (o requerir importantes adaptaciones) en otros.

La calidad supone por su parte que los usuarios de los servicios reciban asistencia oportuna, efectiva y segura (calidad técnica de los procesos asistenciales) en condiciones materiales y éticas adecuadas (calidad percibida o calidez).

Para evaluar los resultados de un proceso de reforma del sector de la salud en cuanto a su efectividad y calidad en el ámbito de los sistemas y servicios de salud, se debería poder documentar si la reforma ha influido sobre la reducción de brechas en alguno o en todos los indicadores seleccionados, por unidad territorial (Departamento, Estado, Provincia, Municipio o área de salud) o por grupos de población definidos según género, edad, raza, nivel socioeconómico o esquema de cobertura. En materia de efectividad, se analizaría, por ejemplo, cómo ha influido la reforma en la mortalidad infantil y materna, el porcentaje de recién nacidos con bajo peso al nacer, la mortalidad debida a algunas enfermedades prevenibles seleccionadas (por ejemplo, mortalidad por cáncer de cérvix y útero, complicaciones agudas de la hipertensión arterial o de la diabetes mellitus), o en la incidencia de otras enfermedades (por ejemplo, la infección por VIH y el sida o algunas enfermedades inmunoprevenibles). En materia de calidad técnica, se medirían, por ejemplo, el porcentaje de establecimientos de atención primaria u hospitales con comités de calidad en funcionamiento, la disponibilidad de medicamentos esenciales en los distintos niveles de atención, la incidencia de infecciones hospitalarias, o el porcentaje de pacientes que reciben un informe de alta o de asistencia. En cuanto a la calidad percibida (o calidez), se evaluarían por medio de una encuesta el grado de satisfacción de los usuarios de los servicios de salud, la posibilidad que tiene el usuario de elegir el prestador de servicios de atención primaria, al margen de su capacidad de pago, el porcentaje de establecimientos con programas implantados de mejora de la calidad y del trato al usuario (por ejemplo, proyectos tales como el del *Hospital amigo*), el porcentaje de establecimientos con servicios específicos de orientación al usuario, el porcentaje de centros de salud y de hospitales que realizan encuestas de percepción y opinión del usuario, o el porcentaje de establecimientos con comisiones de arbitraje (o equivalentes) en funcionamiento.

Como se ha mencionado, en el ámbito de los sistemas y servicios de salud la eficiencia suele incluir dos dimensiones: la relativa a la asignación de recursos y la referente a la productividad de los servicios. A este respecto es importante insistir en que la eficiencia es una variable derivada que da por supuesta la efectividad de las acciones emprendidas. No es deseable ser efectivos y poco eficientes, pero puede ser desastroso ser eficientemente inefectivos (por ejemplo, aplicando eficientemente una prueba de tamizaje inadecuada por su escaso valor predictivo o un método de tratamiento inefectivo).¹¹

Para evaluar un proceso de reforma respecto a la asignación de recursos se ha de ser capaz de responder con claridad a preguntas tales como las siguientes: ¿se están implantando mecanismos más eficientes de asignación de recursos? Si es así, ¿cuáles y con qué resultados? ¿Existe alguna prueba de que la reforma ha influido en la reasignación de recursos para el desarrollo de acciones intersectoriales (por ejemplo, el autocuidado de la salud, la prevención de los accidentes, etc.) o para programas de prevención de enfermedades de alta prevalencia? (por ejemplo, hipertensión arterial, diabetes o cáncer del cuello uterino). Por añadidura, se deberían obtener datos para evaluar si la reforma ha modificado algunos indicadores seleccionados (por unidad territorial o por grupos de población determinados) que permitan conocer cuál está siendo el sentido de la reasignación y su impacto. Algunos de estos indicadores podrían ser las coberturas en los medios rural y urbano del suministro de agua potable o de los servicios de alcantarillado y disposición de excretas, el porcentaje del gasto público (o del presupuesto) en salud que se gasta en servicios de salud pública, o la evolución del gasto en atención primaria como porcentaje del gasto público en salud.

Para evaluar las reformas en lo relativo a la gestión de recursos se deberían obtener, entre otras, pruebas de que la reforma haya contribuido a aumentar el porcentaje de centros de salud y hospitales que emplean medidas de actividad y rendimiento estandarizadas, el número de hospitales que han mejorado ciertos indicadores de rendimiento (por ejemplo, índice de ocupación, estancia media, número de egresos por cama, grado de uso de quirófanos), el porcentaje de centros de salud y de hospitales que han negociado compromisos o contratos de gestión y el de los que cuentan con presupuestos basados en criterios de actividad. Cuando fuera posible y pertinente, se debería estratificar la información por subsectores (público y privado) y por las distintas redes de prestadores.

La sostenibilidad incluye una dimensión social y una financiera, y se define como la capacidad del sistema para resolver sus problemas actuales de legitimidad y financiamiento, así como los retos derivados de su mantenimiento y desarrollo futuros. Por ello, se precisa de la aceptación y el apoyo social, así como de la disponibilidad de los recursos necesarios. Respecto a este criterio rector lo relevante para evaluar una reforma es preguntarse si existe alguna prueba de que la reforma haya aumentado los valores de variables tales como el porcentaje de ciudadanos que legitiman o aceptan las principales instituciones prestadoras de servicios de salud, la disponibilidad de información desagregada del gasto público y privado en salud por unidades territoriales junto con la posibilidad de analizar tendencias y diseñar escenarios, la sostenibilidad a medio plazo de los esfuerzos para aumentar las coberturas, tanto de los programas como de los servicios (por ejemplo, atención al parto por personal entrenado, consulta de medicina a demanda o fomento de la calidad), la capacidad de ajustar los ingresos y gastos en salud de las principales instituciones del subsector público, el porcentaje de centros de salud y de hospitales con capacidad para de cobrar a terceros, o la capacidad de gestionar préstamos externos y sustituirlos por recursos nacionales.

El último criterio rector, la participación social, encierra un principio de naturaleza transversal,

pues es a la vez medio o instrumento y fin u objetivo de las reformas del sector de la salud. Para evaluar una reforma en materia de participación social se debería poder responder al menos a los siguientes interrogantes: ¿se plantea la participación social como un objetivo de la reforma?, ¿cuáles son las instancias y mecanismos que se han introducido o se están introduciendo para facilitar la participación y el control social del sistema de servicios de salud?, ¿a qué nivel —nacional, subnacional o local— se han desarrollado o se están desarrollando estas instancias y mecanismos y con qué atribuciones? (por ejemplo, para movilizar recursos, conocer las necesidades de la población, apoyar la planificación o la gestión, encargarse de la provisión de determinados servicios), ¿se han tenido en cuenta a grupos tradicionalmente excluidos de la toma de decisiones, como las mujeres y ciertos grupos étnicos?, ¿se están introduciendo grados de formalización legal de dichas instancias y mecanismos?, y, si es pertinente, ¿cuentan esas instancias y mecanismos con recursos y capacidad para desarrollar las responsabilidades asignadas?

La evaluación de las reformas a la luz de los principios rectores

La mayoría de los investigadores sobre este tema subrayan la gran dificultad, cuando no la imposibilidad, de establecer relaciones directas y univocas entre las acciones de las reformas del sector de la salud y las modificaciones de muchos de los indicadores habitualmente sugeridos para seguirlas y evaluarlas,^{12,13,14} lo cual se pone particularmente de manifiesto en el ámbito de la eficiencia, aunque no sólo en él.

En algunos casos no es fácil conocer el momento exacto en que se inició la reforma o si ésta ha pasado por diversas fases y ha recibido distintas denominaciones. Además, en casi todos los casos, los efectos de las reformas se producirán a medio y largo plazo y vendrán mediados por multitud de factores no directamente atribuibles a ellas, lo cual escapa de toda duda cuando se intenta establecer asociaciones entre la reforma y el cambio de ciertos indicadores de la situación de salud. Sin embargo, aproximarse a los efectos de las reformas en los cinco criterios rectores descritos. Con todo, la evaluación de los efectos de las reformas se verá afectada en los países por los diferentes puntos de vista de las personas e instancias que participan en ella. Al margen de estas consideraciones, la valoración adecuada del impacto de las reformas debe ser global, combinar inteligentemente numerosas variables, emplear indicadores cuantitativos y cualitativos, usar indicadores trazadores y sistemáticos, y tener en cuenta diferentes puntos de vista. Aunque no es fácil llevar a cabo evaluaciones de procesos complejos y de largo aliento como las reformas del sector de la salud, los riesgos que entraña no hacerlas son muy elevados tanto para salud de la población y los individuos como para el desempeño de los propios servicios de salud y de quienes trabajan en ellos.

A fines de la década de los noventa, una evaluación de los resultados de las reformas del sector de la salud, sobre la base de la información disponible para 25 países de la Región, permitió extraer algunas conclusiones provisionales que se detallan a continuación.¹⁵

La primera conclusión se refiere a la diversidad de los procesos. En unos casos de reforma, los cambios son sustantivos y los proyectos de reforma definidos como tales se están debatiendo y no se han implantado hasta la fecha. En otros, se han ido introduciendo cambios en áreas concretas (financiamiento, modelos de atención o modelos de gestión de algunos centros y servicios) sin que se hayan visto afectadas las responsabilidades fundamentales de los principales actores públicos y privados. Hay casos en que los cambios han sido sustantivos y se han planificado, aunque con denominaciones distintas de *Reforma* (por ejemplo, el *Plan para la Modernización del Sector*). En otros casos se están modificando las funciones de una de las instituciones públicas importantes pero no las de las restantes. Asimismo, en ciertos países es

posible caracterizar, a lo largo de la última década, dos o tres períodos de reforma sectorial. En otros, los cambios están siendo sustanciales, pero no se han explicitado suficientemente y se ha llegado a hablar de *Reforma silenciosa*.¹⁶ Por último, en algún país aún no es posible detectar ningún proyecto orientado a introducir reformas del sector. En cuanto al proceso de la reforma, en la primavera de 1999 en casi todos los países de América Latina y el Caribe se encontraban en algún punto comprendido entre el diseño y las primeras fases de su implantación. En una minoría dicha implantación estaba avanzada, y en otra ya se empezaba a hablar de una segunda e incluso de una tercera generación de reforma.

La segunda conclusión es que, a diferencia de lo que sucede con el seguimiento de los procesos, en la evaluación de los resultados de las reformas del sector existe notable escasez de información de suficiente calidad. Se detectan graves carencias en las capacidades nacionales de obtención, procesamiento, validación y disseminación sistemática de indicadores que permitan evaluar el impacto de las reformas el estado de salud y, particularmente, sobre el desempeño de los sistemas y servicios de salud. Resulta crítica la ausencia de series temporales a nivel nacional, y de desagregación territorial y poblacional de algunos indicadores básicos para evaluar resultados en función de los objetivos propuestos (por ejemplo, para evaluar la equidad en la cobertura y el acceso). Hasta la fecha, las reformas no han contribuido a corregir esta deficiencia cardinal. Una notable excepción parece ser la información desagregada sobre gasto en salud (aunque se carece de pruebas de que hayan contribuido a mejorar la capacidad de los países para analizar tendencias). Este es un área donde los organismos internacionales de cooperación financiera y técnica deberían trabajar más para fortalecer tanto la sostenibilidad como la adecuada dirección del esfuerzo reformador en los países.

La tercera conclusión que se extrae es que, con las limitaciones señaladas en el párrafo anterior, parece haber pruebas de que hasta la fecha las reformas pueden haber contribuido o estar contribuyendo, primero respecto a la equidad, al inicio de la reducción de brechas en la cobertura de una serie de programas y servicios básicos, mediante el desarrollo de nuevos programas, aunque sin mejorar sustancialmente la distribución del grueso de los recursos ya existentes; segundo, en cuanto a la eficiencia, a la introducción de mecanismos de asignación de recursos más eficientes, a la introducción de *compromisos, contratos o acuerdos de gestión* a la preparación de los presupuestos de los establecimientos sobre la base de criterios de actividad, al menos en la mitad de los países, a mejorar la capacidad para ajustar ingresos y gastos en el subsector público y para cobrar a terceros, y, por último, a reforzar las tendencias que anteceden a la descentralización y a aumentar los espacios de participación social en los distintos niveles del sistema.

La cuarta conclusión es que hasta ahora hay pocas pruebas que respalden que las reformas hayan contribuido o estén contribuyendo a mejorar sustancialmente 1) la efectividad global, la calidad técnica y la calidad percibida de las instituciones públicas prestadoras de cuidado a las personas, 2) la legitimación social de las instituciones públicas prestadoras de servicios, y 3) la sostenibilidad financiera a medio y largo plazo de los nuevos programas que se inician. Incluso en relación con la mejora de la equidad en el acceso a servicios básicos de salud, los logros parecen ser aún muy modestos, teniendo en cuenta la retórica desplegada y el nada despreciable volumen de los préstamos concedidos.

Estos aspectos exigen que las autoridades nacionales y los organismos internacionales de cooperación financiera efectúen un seguimiento pormenorizado y una evaluación cuidadosa de las reformas. De no afrontarse con rigor esta supervisión a corto plazo, los objetivos finales declarados de las reformas se podrían poner en franco entredicho.

Las reformas del sector de la salud y los hospitales

A finales de la década de los ochenta y comienzos de la de los noventa, la situación de los hospitales de América Latina y el Caribe, y en particular de los pertenecientes al sector público, no podía calificarse de alentadora.^{IV} Tras casi un decenio de recortes financieros y muy bajo esfuerzo inversor, los edificios antiguos y mal mantenidos, los altos porcentajes de equipos fuera de uso o las malas condiciones de operación,¹⁷ la carencia de insumos básicos y la ausencia de sistemas de información y de esquemas de gestión modernos, se sumaron a la tradición de actuación aislada de los hospitales del resto de la red y provocaron desmotivación de los profesionales y quejas de los pacientes y la población.

Aunque la descrita sigue siendo todavía la situación en amplias zonas de la Región, desde mediados de los noventa aumentaron notablemente los fondos disponibles en bastantes países para los sectores sociales y sobre todo para el sector de la salud, procedentes de fuentes financieras nacionales y de organismos financieros internacionales. Estos fondos se han ligado normalmente con programas de reforma que han tratado de privilegiar las acciones, modalidades y niveles de atención consideradas más costo-efectivos. Respecto a la inversión, todo ello pronto alentó un debate en torno a cómo atender, por un lado, las necesidades de inversión (muy postergadas) de la red de servicios ya existente (entre ellos los hospitales) y, por otro, sobre cómo fortalecer aquellas estrategias y acciones más orientadas a cambiar, entre otros, modelos de atención, formas de organización, modalidades del ejercicio profesional y los esquemas de financiamiento, en suma cómo financiar lo urgente sin dejar de financiar el cambio deseado a medio plazo.

Aunque cada país ha intentado resolver este dilema según sus propios criterios, parecen observarse algunos rasgos comunes, producto en parte de la reflexión individual y colectiva de los países y, en parte, de los criterios de concesión de los créditos externos. A continuación se resumen aquellos *rasgos* que más directamente están afectando a los hospitales de América Latina y el Caribe y se relacionan, cuando procede, con los principios rectores de la reforma.

El primer rasgo observado es que por criterios de equidad (sobre todo en lo que atañe a cobertura y acceso) y de eficiencia (en relación con la asignación de recursos), la mayor parte del financiamiento público nuevo (y concretamente las inversiones) se está orientando hacia la atención primaria de salud y focalizando hacia las zonas más desfavorecidas y poblaciones más vulnerables. Aunque esto pudo ser percibido por los hospitales, particularmente por los de nivel secundario y terciario de las grandes ciudades, como un riesgo de quedar excluidos de la corriente principal de recursos, pronto se comprobó que no fue así. Los principales prestadores públicos (ministerios de salud, instituciones de seguridad social, gobiernos subnacionales o locales) y los organismos de financiamiento cada vez son más conscientes de la necesidad de concebir los hospitales como parte integrante de la red de servicios públicos y privados de un determinado territorio.¹⁸ Esto quiebra la segmentación vertical tradicional de las redes, para impulsar esquemas de coordinación funcional (y en algunos casos de integración) de todos los establecimientos de salud acreditados en una zona concreta.

^{IV} Tras la colonización europea del continente americano, los hospitales de América Latina y el Caribe han transitado (y, en cierta medida, aún transitan) por tres etapas sucesivas y diferenciadas, que, en ciertos casos, más que sucederse se superponen: 1) el hospital de primera generación u *Hospital de caridad*, de arquitectura de pabellón y concebido básicamente para el aislamiento (desde el siglo XV hasta finales del siglo XIX); 2) el hospital de segunda generación, de financiamiento mayoritariamente público, estructura vertical, gestión centralizada y concepción básicamente reparadora (desde la década de los 30 hasta la actualidad), y, 3) el hospital de tercera generación, de financiamiento múltiple, estructura modular, enfoque empresarial, gestión descentralizada y concepción de atención integrada (desde la década de los 70 en adelante). Los tres modelos coexisten aún en el continente, y la última década del siglo XX se podría caracterizar como una etapa de transición entre el segundo y el tercero.

El rasgo relativo a la efectividad se aplica con mayor asiduidad a las redes de un territorio e influye en el establecimiento de sistemas adecuados de gestión de la información, de la comunicación y de referencia y contrarreferencia de pacientes, así como en el desarrollo de nuevas modalidades de atención (por ejemplo, la hospitalización domiciliaria, la de muy corta estancia o las unidades móviles para atender determinados problemas en ciertas zonas o poblaciones), que exigen un nivel de relación nuevo entre los hospitales y los establecimientos de atención primaria.¹⁹ En este caso también se aplican criterios de equidad (la cobertura se consigue mejor y la accesibilidad se facilita), eficiencia (una red bien organizada probablemente consumirá menos recursos por caso atendido) y calidad (probablemente se cometerán menos errores y los pacientes y sus familiares estarán más satisfechos).

En segundo lugar, las reformas del sector de la salud buscan modificar las fuentes de financiamiento y los modelos de gestión de los establecimientos sanitarios, y en particular de los hospitales, con miras a prescindir del criterio de presupuestación de base histórica y a vincular cada vez más financiamiento con actividad. Se intenta aumentar tanto la efectividad global del hospital (reorientando sus acciones hacia las demandas reales o esperables de la población o de atención primaria) como su eficiencia (dejando de financiar recursos ociosos o subempleados).²⁰ Las implicaciones de estas acciones afectan, por un lado, a las relaciones entre el hospital y sus financiadores y, por otro, a las relaciones internas del propio hospital. Las relaciones de este último con sus financiadores tienden a modificarse en, al menos, dos sentidos: primero, los financiadores de un mismo centro se inclinan por diversificarse (por ejemplo, en determinadas condiciones un hospital del ministerio puede venderle servicios a la caja del seguro y a una aseguradora privada de la zona, además de cobrar copagos por determinados servicios a ciertos pacientes, lo cual exige establecer sistemas de facturación oportunos y fiables), y, segundo, las negociaciones del financiamiento tienden a ser prospectivas y basarse en indicadores de actividad esperables para el siguiente período. Por este último motivo, el hospital debe disponer de sistemas que permitan medir la actividad de las diferentes unidades y servicios e imputar costes a dichas actividades (empleando, por ejemplo, sistemas de *case-mix*).

En cuanto al tercer rasgo, las reformas están introduciendo *compromisos de gestión* anuales o plurianuales entre los financiadores públicos y los hospitales públicos, que suelen incorporar un diseño de los órganos de gobierno y de gestión, las características de la actividad esperable del hospital, el monto de la financiación, las modalidades del desembolso y los mecanismos de incentivación o desincentivación para alcanzar los objetivos. La lógica del contrato y de la negociación entre partes sustituye de este modo a la vieja lógica administrativa. Cuando la actividad que se debe financiar se expresa no sólo como cantidad sino también como calidad técnica y percibida —mediante indicadores apropiados de logro— y se revisa en cada negociación, el financiamiento sirve para incentivar el establecimiento y la sostenibilidad de los programas de calidad de los hospitales.²¹

En consecuencia, las relaciones internas del propio hospital se modifican también porque la gerencia del centro tiene interés en establecer relación con los distintos servicios clínicos, empleando la misma lógica, negociando la actividad esperable y ajustando los incentivos y los elementos disuasorios necesarios. La gerencia, directamente o través de los propios servicios clínicos, se afana por disponer de modalidades de vinculación de los profesionales más flexibles y de retribución cada vez más ligadas a la consecución de objetivos previamente pactados, rompiendo con esquemas funcionariales puros y escalas salariales demasiado rígidas.

Más aún, en algunos casos las modalidades de vinculación del personal varían. Ya se han acumulado algunas experiencias, sobre todo en hospitales de nueva apertura, en que la gerencia es contratada por el financiador, propietario de una empresa privada o de una ONG, y ésta a

su vez contrata al personal. En otros, una parte del personal (de una sola o varias categorías, o de uno o varios servicios clínicos) se organiza como cooperativa y establece su propio compromiso de gestión con la gerencia del centro. Todas estas experiencias se han de diseñar cuidadosamente, pactar con los implicados, tutelar de cerca en sus fases iniciales, y evaluar rigurosamente en los plazos que se establezcan a tal efecto, empleando para ello todos o parte de los principios rectores y variables operacionales descritos anteriormente. Si la evaluación muestra la necesidad de corregir algún proceso, es recomendable hacerlo sin dilación en el mejor interés de todos, y en primer lugar de los pacientes.

Con relación al cuarto rasgo, las reformas sectoriales procuran dotar a los hospitales de suficiente autonomía y capacidad de actuación. Ambos elementos son un requisito de eficiencia. El hospital, sea público o privado, debe cumplir las leyes generales que obligan a las empresas del país donde funciona y carece de autonomía para fijar o alterar *motu proprio* los términos del compromiso de gestión o de otros acuerdos con los financiadores. Pero dentro de ese marco, puede establecer su propia filosofía institucional y en él debe gozar de plena capacidad de maniobra para disponer sus recursos del modo más conveniente para alcanzar los objetivos que se fije. Incluso si se trata de un hospital privado, éste no puede olvidar su naturaleza de servicio público integrado en una red y su deber y responsabilidad ante la comunidad que sirve.

Respecto al quinto rasgo, las reformas resaltan las distintas dimensiones de la responsabilidad del hospital ante los restantes establecimientos de la red y ante la comunidad. Una dimensión se traduce en el apoyo a la atención primaria de salud, otra, en la participación social en su gestión, y la última, en la responsabilidad por sus actuaciones ante los poderes públicos administrativos o judiciales. En el primer caso, este apoyo se presta actuando coordinadamente con la red de servicios en el mejor interés de los pacientes y apoyando actividades de salud comunitaria y de formación continuada de los profesionales cuando la precisan. En cuanto al segundo caso cabe consignar la creación de comités de participación ciudadana en numerosos lugares y la vasta experiencia acumulada hasta la fecha sobre este particular. En general, se considera que estas acciones constituyen formas de acercar el hospital a la comunidad, una vía para que ésta última pueda hacer valer sus derechos y un contrapeso efectivo frente al riesgo de arbitrariedad.²² Sin embargo, se ha observado que esos comités tienden a ser más útiles cuando se ocupan de las relaciones del hospital con el entorno que cuando se inmiscuyen en asuntos de gestión cotidiana y que pueden ser buenos detectores de áreas con problemas, aunque, dependiendo de su composición, no necesariamente buenos diseñadores de soluciones. Una experiencia aún poco desarrollada en América Latina y el Caribe (que goza de gran tradición en Canadá, EUA y algunos países del norte de Europa) es la movilización activa de estos comités para buscar recursos adicionales y de diversa índole para el hospital. Por último, pese a reconocerse en algunos países como un problema emergente, hasta ahora las reformas han prestado poca atención al tema de la litigación por las consecuencias indeseables (mala práctica) o inevitables de la práctica médica. Tampoco se han documentado experiencias relevantes tendentes a disminuirla o encauzarla por la vía de acuerdos previos a la vía judicial entre las partes.

Por añadidura, las reformas han intentado estimular la participación de los trabajadores del hospital y, en particular, de los clínicos (médicos y enfermeras) en la gestión del centro. Las críticas vertidas sobre el esquema tradicional porque limitaba esta representación a todos o a una parte de los jefes o directores de los servicios clínicos o departamentos (casi siempre médicos) han dado paso a modelos de participación, que incorporan al personal de enfermería y a otros profesionales sanitarios en el diseño y el mantenimiento de las actividades de formación de postgrado o continuada, en una amplia red de comités o comisiones que velan por el funcionamiento de diversas áreas o actividades, así como en los órganos de gobierno del hospi-

tal. Ello puede aumentar la efectividad, la calidad y la eficiencia, si los gerentes saben engarzar el criterio de los profesionales con los de los pacientes, los financiadores, los del resto de los establecimientos de la red y la comunidad, y si saben mantener permanentemente abiertas las vías de información y diálogo con los profesionales.²³

En virtud del sexto y último rasgo, el hospital debe responder al criterio de efectividad y calidad. En varios países los hospitales y otros establecimientos de salud están obligados por ley a colaborar en el esclarecimiento de cualquier circunstancia que haya producido, o pueda producir, daños evitables o no a los pacientes o a la población que atienden. Sobre este punto, la elaboración, adopción e implantación de protocolos o de guías de práctica clínica, la existencia de comités o círculos de calidad y de comités o comisiones de ética médica, así como la adopción de códigos de derechos de los pacientes (incluido el del consentimiento informado) se están impulsando en diversos países como mecanismos que pueden permitir vincular el fomento de la calidad con la responsabilidad de los hospitales hacia sus pacientes y la sociedad.

Además, junto con otros criterios de tipo estructural y funcional, los rasgos mencionados se han incluido en algunos países entre los indicadores empleados por las autoridades de salud para la acreditación, general o para fines docentes, de hospitales públicos y privados. Esta idea se plantea cada vez más no sólo en los hospitales sino en los servicios clínicos y de apoyo, tanto para fines asistenciales (por ejemplo, exigiéndose mínimos de estructura, proceso y resultado para cada uno de ellos y diseñándose, si es preciso, estrategias de mejora a plazo fijo ligadas a los contratos programa) como docentes (por ejemplo, exigiéndose además un número mínimo de participación en foros científicos de distinto tipo, de actividades docentes o de publicaciones) e investigadores (por ejemplo, exigiéndose además ciertos requisitos mínimos para acceder a los fondos públicos de investigación). La acreditación ya no se percibe como una función burocrática ligada sólo al momento de la concesión de la licencia de apertura, sino que forma parte con mayor frecuencia del ejercicio de la función rectora de las autoridades sanitarias hacia los establecimientos de salud al margen de su titularidad. Además, se concibe como una función dinámica, diversificada en función de los niveles de complejidad y de las funciones de los establecimientos y servicios, y muy vinculada con los programas de mejora de la calidad.²⁴ Sobre calidad ya se ha comenzado a elaborar y utilizar normas y manuales de ámbito nacional^{25, 26} y subnacional²⁷ y, lo que es más definitivo, a acumular interesantes experiencias en establecimientos^{28, 29, 30, 31} y en el tratamiento de enfermedades concretas.³²

Por último, pero no por ello menos importante, las reformas han de facilitar la adaptación del hospital a los efectos de los cambios tecnológicos y de las enfermedades esperables sobre las modalidades de organización, las relaciones del hospital con el resto de la red de establecimientos de salud y el tratamiento clínico. El grado de renovación tecnológica y el rediseño de los hospitales de América Latina y el Caribe, como consecuencia de los retos que dimanan de la incorporación de nuevas tecnologías, varían enormemente en función del país, la ubicación, el tamaño, la misión y las fuentes de financiamiento de los hospitales. Muchos de los hospitales públicos rurales o urbanos de pequeño y mediano tamaño subsisten en un ambiente de rezago organizativo o marcada pobreza tecnológica.³³ Entre tanto, cada vez más hospitales públicos y privados de las principales ciudades han iniciado modificaciones del modelo de atención similares a las de los países desarrollados. Entre ellas destacan la incorporación de la telemedicina, la cirugía ambulatoria o de corta estancia, las unidades de hospitalización a domicilio, las unidades de cuidados paliativos³⁴ o las de atención geriátrica.

Desde mediados de los setenta (con la incorporación, entre otras cosas, de los ultrasonidos y la fibra óptica), los métodos de diagnóstico se van tornando menos invasivos y más fácil-

mente aplicables de forma ambulatoria. En los ochenta, esta tendencia se reforzó con la aparición de métodos de anestesia cada vez menos generales y de cirugías progresivamente menos agresivas. Todo ello ha reducido paulatina pero drásticamente la necesidad de usar camas de enfermos agudos en beneficio de estos otros recursos. Todo parece indicar que esta tendencia persistirá en el futuro previsible.³⁵ No obstante, muchos pacientes continuarán necesitando ser hospitalizados (por ejemplo, los traumatizados y los que padecen infecciones agudas graves, así como los de edad avanzada con reagudizaciones de procesos crónicos). El reto, entonces, es disponer de alternativas válidas y rápidas para transferir al paciente ingresado agudo a unidades de este tipo.³⁶ El hospital del presente y del futuro deberá prestar creciente atención a la necesaria continuidad de cuidados entre las unidades intensivas, de cuidados medios y de cuidados mínimos, se ubiquen estas últimas dentro del hospital, en centros de atención primaria o en el domicilio del paciente.

Por otro lado, comienza a cobrar vigencia un enfoque que tiende a situar el análisis permanente de las características demográficas, epidemiológicas y sociales de la demanda de atención en el centro de la reflexión estratégica de los sistemas y servicios de salud y, en consecuencia, de los hospitales. En esta línea se llevan a cabo encuestas de hogares³⁷ y se analizan los cambios de las enfermedades tratadas en hospitales derivados de cambios del perfil epidemiológico y de la existencia³⁸ y las características de la oferta de atención.³⁹ Sin embargo, aún se dispone de pocos datos que indiquen en qué medida los resultados de estos estudios se usan para orientar o reorientar la toma de decisiones.

La nueva generación de reformas y los hospitales

Hasta ahora, las reformas del sector se han centrado principalmente en cambios financieros, estructurales e institucionales de los sistemas de salud y en reajustes de la organización y la administración de la atención de salud. Mucha menor atención han recibido las mejoras del desempeño del sistema centradas en la reducción de las inequidades en las condiciones de salud y en el acceso a la atención de salud y su financiamiento, la reducción de la desprotección social en salud, el aumento de la efectividad de las intervenciones en salud, la promoción de la calidad de la atención, el fortalecimiento de la función rectora de las autoridades de salud, y la mejora en la práctica de la salud pública.

La nueva generación de reformas para la década que acaba de iniciarse debería, por consiguiente, reafirmar los criterios rectores definiendo objetivos nuevos. Sin perjuicio de las denominaciones concretas que se adopten en cada caso, cabe prever la presencia de ocho ejes fundamentales en las futuras agendas de cambio: 1) fortalecer la infraestructura, las funciones esenciales y la práctica de la salud pública, así como la evaluación de sus procesos y resultados (uno de los aspectos más desatendidos por las reformas de la década que concluyó); 2) consolidar la función rectora de las autoridades de salud; 3) ampliar la protección social en el campo de la salud y asegurar el acceso universal a los servicios, al margen de su capacidad individual de pago; 4) propiciar la reorientación de sistemas y servicios de salud con criterios de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que introduzcan las modificaciones necesarias en los modelos de atención a fin de prestar servicios con mayor integración, y que presten más atención a la prevención y la promoción de la salud; 5) mejorar la calidad de la atención; 6) capacitar recursos humanos para sustentar los cambios mencionados; 7) asegurar mecanismos de financiamiento y de asignación de recursos que sean eficientes y solidarios, y 8) impulsar la participación y el control social en los diferentes niveles del sistema de salud.⁴⁰ El desafío consiste ahora en poner en práctica dichas estrategias y alcanzar amplio consenso entre todos los actores sobre la importancia de su inclusión en la próxima generación de refor-

mas del sector de la salud, esto es incentivar un cambio que compatibilice equidad con eficiencia, un cambio solidario.

Entre los ejes mencionados destaca la importancia que se le pretende otorgar a los recursos humanos. Es motivo de consenso reconocer que en el sector de la salud en general, y en los hospitales en particular, el elemento fundamental es el factor humano, y que los gerentes y administradores suelen aquejar falta de motivación generalizada del personal, algo en que periódicamente coinciden las organizaciones sindicales y profesionales.⁴¹

Respecto a este punto, si se comparan con otras organizaciones sociales complejas, los hospitales tienen rasgos peculiares que es preciso tener en cuenta,⁴² máxime en tiempos de cambio: 1) son instituciones que emplean muchos profesionales que producen, aplican, preservan y comunican conocimiento; por tanto, sus gestores se enfrentan a diario con el desafío de articular autoridad y conocimiento; 2) para los profesionales hospitalarios (como para otros profesionales) son importantes los incentivos económicos, pero también los de naturaleza profesional (prestigio) y de estatus (influencia, imagen); 3) en general, los profesionales sanitarios se afanan por aprender, trabajar independiente o autónomamente, y ayudar a otros, y ensalzar sus tareas y su profesión. Por tanto, para motivarlos conviene disponer de incentivos económicos cada vez más flexibles, diversificados e individualizados, basados en resultados verificables y previamente pactados.⁴³ No obstante, aunque esta última medida es necesaria, puede no ser suficiente; para ello se requiere, además, que profesionales y usuarios usen un lenguaje claro y comprensible; reconocer oportuna y públicamente los resultados valiosos del trabajo profesional; admitir con franqueza los errores de gestión y corregirlos transformándolos en oportunidades de mejora; estimular la innovación técnica ligada al desempeño cotidiano, a la mejora del trato a los pacientes y familiares, y al fomento de las relaciones interpersonales; consultar previamente y diseminar luego los cambios en la misión, los objetivos, o los procedimientos generales de la institución;⁴⁴ fomentar las habilidades necesarias para el correcto desempeño de las tareas y promoción profesional; disuadir de que los comportamientos incorrectos no reciban aprobación interna o externa, y sancionar, poco y eficazmente, buscando oportunidades alternativas para el sancionado.

Todo ello exige, al menos, dos cosas. En primer lugar, equipos de gestión capacitados para solucionar problemas en contextos de creciente complejidad y apreciables dosis de incertidumbre. No basta con ser buenos administradores; se necesitan directivos capaces de comunicar y motivar con independencia, incluso en entornos legales y administrativos y sistemas retributivos inapropiados. Se precisa de directivos más capacitados en el uso de enfoques probabilísticos y de contingencias que en el de modelos normativos o de certezas.⁴⁵ Formarlos al ritmo exigido probablemente sea uno de los mayores retos actuales.^{46, 47} En segundo lugar, que tanto ellos como el nivel directivo de la institución o de la red de la cual forma parte el hospital, sea capaz de conceptualizar y manejar las exigencias de los procesos de reforma en su triple dimensión de cambios en la organización del trabajo, cambios en la prácticas y en los papeles, y cambios en la cultura institucional.⁴⁸ A veces se utiliza el término *reingeniería* para sintetizar este enfoque de cambio. Dicho concepto combina una lógica de análisis por procesos, un cambio drástico en la concepción de la organización y el uso de la información como soporte crítico para el rediseño.⁴⁹ Este enfoque ha sido criticado por quienes sostienen que para hacer frente a la crisis estructural financiera de la mayor parte de hospitales de América Latina y el Caribe y a los desafíos de futuro existen estrategias más prioritarias, como la integración del hospital en el modelo local de atención, la descentralización de la gestión, la capacitación de los recursos humanos, la incorporación de esquemas de garantía de la calidad, la incorporación racional de nuevas tecnologías, y el rescate de las menos adoptadas en la actualidad.⁵⁰

Tal vez haga falta una sabia mezcla de ambos enfoques. En todo caso, parece existir cierto acuerdo en que la orientación de los hospitales del siglo XXI deberá situar a los usuarios en el centro un triángulo cuyos vértices ocuparían los profesionales de la salud y otros trabajadores del sector, los financiadores de la institución, y gestores capaces de mantener los equilibrios que en cada momento mejor faciliten el cumplimiento de la misión y de los objetivos institucionales.

Los principios rectores como ejes orientadores de la reforma de la gestión del hospital

De acuerdo con todo lo expuesto, este libro intenta poner al hospital al compás de los profundos cambios que se están produciendo en los sistemas de salud de los países de América Latina y el Caribe. Concretamente, intenta apoyar a los responsables de la toma de decisiones en hospitales, a ubicar su quehacer como parte integrante de las agendas de cambio sectorial, así como a traducir los conceptos generales y sistémicos al ámbito hospitalario.

Los criterios o ejes conductores de la nueva gestión hospitalaria en la década que comienza pueden describirse del siguiente modo: por un lado, elementos que se convierten en pilares esenciales de la nueva misión hospitalaria, tales como orientación al usuario, mejoramiento continuo en busca de la excelencia, y autonomía responsable en el contexto de coordinación e integración en redes, y por otro, elementos estratégicos del entorno que en gran medida condicionan o modulan el cambio hospitalario, como gestión contractual, pluralismo financiero, participación social, y transparencia y responsabilidad. Estos ejes se hallan muy relacionados entre sí y pueden funcionar como principios rectores para aquilatar la orientación de las reformas hospitalarias planteadas o en curso. Así, la reforma hospitalaria ideal sería aquella que permitiera que los hospitales mejoraran en todos ellos. Ninguna reforma debería oponerse a ninguno de ellos.

La responsabilidad y la transparencia en la gestión hospitalaria permiten legitimar ante la comunidad los cambios que se estén produciendo. Asimismo, dicha responsabilidad, unida a fórmulas adecuadas de coordinación o integración en la red con otros establecimientos, dan sustento al nivel de autonomía deseable. El mejoramiento continuo de la calidad exige la participación social, y ésta última no es creíble ni sostenible sin cambios reales en los modelos de la gestión. La gestión contractual y el pluralismo financiero logran plenamente sus objetivos en cuanto instrumentos para generar incentivos adecuados destinados a conseguir mejores resultados sanitarios y mayor calidad en los hospitales. Por ejemplo, la gerencia de un hospital preocupada tan sólo por introducir nuevos mecanismos de gestión y diversificar sus fuentes de financiamiento puede olvidar el papel esencial que ocupan la transparencia y la responsabilidad, tanto de los profesionales que en él trabajan como de la comunidad a la cual sirve, y enfrentar serios problemas de legitimidad por ello.

Por otra parte, promover una reforma que otorgue la autonomía deseable al hospital público sin que existan mecanismos para garantizar la responsabilidad ni adecuadas fórmulas de coordinación o integración con los establecimientos de salud de su red de pertenencia, sería una opción que, a la postre, podría comprometer los fines mismos del hospital. Alternativamente, aumentar la participación social sin modificar los modelos de atención ni estar dispuesto a introducir cambios en las formas de atender a los pacientes puede originar conflictos insolubles o fomentar la desmoralización. Incluso el principio de pluralismo financiero para los hospitales públicos se ha defendido desde ópticas proclives a la esfera social, siempre que la búsqueda y el manejo de la financiación privada por el hospital público no arriesguen sus objetivos de solidaridad y equidad. Los siguientes capítulos del libro gravitan de un modo u otro en torno a estos criterios o ejes conductores tan íntimamente relacionados entre sí.

Bibliografía

- 1 Anónimo. La salud como derecho humano en el derecho internacional. *Bol Of Sanit Panam* 1990;108(5-6):645-650.
- 3 Roehmer M. El derecho a la atención de la salud. En: Fuenzalida H, Scholle S, eds. *El derecho a la salud en las Américas. Estudio constitucional comparado*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1989:19-20. (Publicación científica No. 509.)
- 4 Mesa Lago C. *Social security and prospects for equity in Latin America*. Washington, DC: World Bank; 1991. (Discussion Paper No. 140.)
- 5 Mesa Lago C. *Health care for the poor in Latin América and the Caribbean*. Washington, DC: Pan American Health Organization; 1992. (Scientific publication No. 539.)
- 6 Organización Internacional del Trabajo, Organización Panamericana de la Salud. *Panorama de la exclusión de la protección social en salud en América Latina y el Caribe*. Reunión regional tripartita de la OIT con la colaboración de la OPS. Presentado en México, DF, del 29 de noviembre al 1 de diciembre, 1999. (Documento mimeografiado.)
- 7 Rosenberg H, Andersson B. *Extensión de la protección social en salud*. *Rev Panam Salud Pública* 2000;8:118-125.
- 10 Organización Panamericana de la Salud. *Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, División de Desarrollo de Sistemas de Salud. Lineamientos para la elaboración de perfiles de los sistemas de servicios de salud en los países de la Región*. Washington, DC: OPS; 1998. (Documento mimeografiado.)
- 11 Organización Panamericana de la Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. *El desarrollo de la evaluación de las tecnologías en salud en América Latina y el Caribe*. Washington DC: OPS; 1998.
- 12 McPake B, Kutzin J. *Methods for evaluating effects of health reforms*. Geneva: World Health Organization; 1997:37. (Current Concern Series, ARA paper No. 13, WHO/ARA/CC97.3.)
- 13 Fundación ISALUD. *Reforma de los sistemas de salud en América Latina*. Buenos Aires: Fundación ISALUD; 1998:5-8. (Documento mimeografiado.)
- 14 *Partnership for health sector reform. Measuring health system performance: a handbook of indicators*. Washington, DC: Partnership for health sector reform; 1997. (Documento mimeografiado.)
- 15 Infante A, de la Mata I, López Acuña D. *Reformas de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe: situación y tendencias*. *Rev Panam Salud Pública* 2000;8(1 y 2):13-19.
- 16 Arroyo J. *El proceso del sector de la salud 1990-1995: colapso operativo y reforma sanitaria silenciosa*. *An Fac Med (Lima)* 1996;57:188-195.
- 17 Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas*. Vol. I. Washington, DC: OPS; 1994:352-360.
- 18 Ministerio de Salud, Santiago de Chile. *Sistematización de estudios de red asistencial. Informe de país*. Santiago de Chile: Departamento de la Red Asistencial, División de Inversiones y Desarrollo de la red Asistencial; 1999.
- 19 Organización Panamericana de la Salud, Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud, División de Desarrollo de Sistemas de Salud. *Lineamientos metodológicos para la realización de análisis funcionales de las redes de servicios de salud*. Washington, DC: OPS; 1998. (Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud No. 3.)
- 20 Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, Organización Panamericana de la Salud. *Iniciativa refor-*

- ma del sector de la salud. Informe de relatoría. Foro regional sobre mecanismos de pago a proveedores. Presentado en Lima, Perú, del 16 al 17 de noviembre de 1998. Washington, DC: USAID, OPS; 1999. (Documento mimeografiado.)
- 21 Caja Costarricense de Seguro Social. El compromiso de gestión: teoría y evidencia. *Rev Ciencia Administr Finan Seguro Social* 1997;5:25-30.
- 22 Virgolini M, coord. Mesa Redonda sobre participación social: estrategias para la transformación. En: Fundación ISALUD. El hospital en la reforma. II Encuentro Nacional de Hospitales. Buenos Aires: Fundación ISALUD; 1998:85-101.
- 23 Passaglia I, Acerbi N, coord. Mesa redonda sobre experiencias de los consejos de administración. En: Fundación ISALUD. El hospital en la reforma. II Encuentro Nacional de Hospitales. Buenos Aires: Fundación ISALUD; 1998:107-128.
- 24 Organización Panamericana de la Salud. La cooperación de la OPS ante los programas nacionales de garantía de calidad de los servicios de salud. En: Ministerio de Salud de Argentina, Organización Panamericana de la Salud. Reunión regional sobre los programas de garantía de calidad de los servicios de salud en el marco de la reforma sectorial. Presentado en Buenos Aires, del 17 al 19 de noviembre de 1997. Buenos Aires: OPS; 1997.
- 25 Ministerio de Salud, Intendencia Nacional de Salud, Managua. Manual de funcionamiento del comité de evaluación de calidad en los hospitales del Ministerio de Salud. Managua: Ministerio de Salud; 1996.
- 26 Secretaría Nacional de Salud, La Paz, Organización Panamericana de la Salud. Manual de acreditación de hospitales de Bolivia. La Paz: Secretaría Nacional de Salud; 1994.
- 27 Associação Paulista de Medicina, Conselho Regional de Medicina, São Paulo. Control da qualidade do atendimento médico-hospitalar do estado de São Paulo: manual de orientação aos participantes. São Paulo: Atheneu; 1998.
- 28 Ruelas E, Reyes H, Zurita B, Vidal LM, Karchmer S. Círculos de calidad como estrategia de un programa de garantía de calidad de la atención médica en el Instituto Nacional de Perinatología. *Salud Pública (México)* 1990;32:207-220.
- 29 Magluta C. Identificação de mortes evitáveis em um hospital materno-infantil. [Tese de mestría.] Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 1992.
- 30 Kotaka F, Pacheco ML, Higaki Y. Avaliação pelos usuários dos hospitais participantes do programa de qualidade hospitalar no estado de São Paulo. *Rev Saúde Pública* 1997;31:171-177.
- 31 Artaza O, et al. Hospital Luis Calvo McKenna: la calidad y la satisfacción usuaria, pilares estratégicos del cambio. *Cuad Méd Soc (Santiago de Chile)* 1997;38:41-47.
- 32 Martínez A, Gray C, García de Alba J, Reyes S. El diseño de criterios de manejo del paciente diabético como estrategia de garantía de calidad. *Cad Saúde Pública* 1996;12:483-487.
- 33 Las diversas estrategias y el diferente ritmo de adaptación a los cambios tecnológicos y organizativos de los hospitales pequeños y medianos, particularmente de los situados en medio rural, es asimismo un tema de reflexión y análisis en los países desarrollados. Con relación a los EUA véase, por ejemplo: Trinh HQ. Are rural hospitals "strategic"? *Health Care Management Rev* 1999;24:42-54.
- 34 Valentín V, Murillo M, Royo D. Alternativas en el modelo de atención al paciente en fase terminal. *Rev Administr Sanit (Madrid)* 1999;3:147-162.
- 35 González G, coordinador. Los hospitales ante la reforma. En: Fundación ISALUD. El hospital en la reforma. II Encuentro Nacional de Hospitales. Buenos Aires: Fundación ISALUD; 1998: 129-153.

- 36 Colomer J, González JI, González VJ. Alternativas a la hospitalización: una respuesta lógica al aumento de la demanda de servicios de salud. En: Del Llano J, Ortún V, Martín Moreno JM, Millán J, Gené J, eds. Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos. Barcelona: Merck, Sharp and Some, Masson, S.A.;1998:359-401.
- 37 Ministerio de Salud, Managua, Banco Interamericano de Desarrollo. Estudio de demanda de servicios de salud. Nicaragua, 1995. Encuesta de Hogares. Managua: Ministerio de Salud; 1995.
- 38 Lancman S. Instituições psiquiátricas e comunidades: um estudo de demanda em saúde mental no estado de São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública 1997;13:93-102.
- 39 Arroyo J. Autonomización hospitalaria y desplazamientos de la demanda de atención: Lima 1988-1997. Lima: Universidad Pública Cayetano Heredia; 1997.
- 40 López-Acuña D, Brito P, Crocco P, Infante A, Marín JM, Zeballos JL. Hacia una nueva generación de reformas para mejorar la salud de las poblaciones. Rev Panam Salud Pública 2000;8(1 y 2):147-150.
- 41 National Health Service Consultants' Association. Low morale in the British National Health Service (NHS): The causes and some proposals for improvement. A paper prepared by the NHS Consultant's Association at the invitation of the Rt. Hon. Stephen Dorell, Conservative Secretary of State for Health. J Public Health Pol 1996;20:133-137.
- 42 Costa M, López E. Motivación y trabajo en equipo: tarea cardinal en la gestión. En: Del Llano J, Ortún V, Martín Moreno JM, Millán J, Gené J, eds. Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos. Barcelona: Merck, Sharp and Some, Masson, S.A.; 1998:313-332.
- 43 Incluso el efecto último de los incentivos financieros sobre el comportamiento de los profesionales de la salud es complejo y depende no solo de las características de los incentivo en sí sino de otros factores entre los que se pueden mencionar el marco de valores, el modelo organizativo, y el momento y el modo en que los incentivos se administran. Véase, por ejemplo, Magnus SA. Physician's financial incentives in five dimensions. Health Care Management Rev 1999;24:57-72.
- 44 Quien esté interesado en conocer una evaluación de 10 años de experiencia en la aplicación de los conceptos de *misión* y *visión* a la gestión de 103 organizaciones sanitarias canadienses sin ánimo de lucro (hospitales en su mayoría) puede consultar: Bart CK, Tabone JC. Mission statement, content and hospital performance in the Canadian Not-for Profit Health Care Sector. Health Care Management Rev 1999;24:18-29.
- 45 Peters JH. El proceso de planificación estratégica para hospitales. Barcelona: Masson, S.A.; 1989.
- 46 Organización Panamericana de la Salud, División de Desarrollo de Sistemas de Servicios de Salud. II Conferencia Panamericana de Educación en Salud Pública. [Informe.] Presentado en México, DF, del 11 al 13 de noviembre de 1998. Washington DC, Organización Panamericana de la Salud, División de Desarrollo de Sistemas de Servicios de Salud; 1999. (Documento mimeografiado.)
- 47 Repullo JR, Oteo LA. Reformas y formación de directivos sanitarios. Rev Administr Sanit (Madrid) 1999;3:109-124.[<http://www.dinarte.es/ras>]
- 48 Artaza O, Montt J, Vásquez C. Estructura de recursos humanos en un hospital público chileno: una experiencia de cambio. Rev. Panam. Salud Pública 1997;2:342-351.
- 49 Oteo LA, Hernández JF. Rediseño de organizaciones sanitarias: de la teoría a la práctica. En: Del Llano J, Ortún V, Martín Moreno JM, Millán J, Gené J, eds. Gestión sanitaria: innovaciones y desafíos. Barcelona: Merck, Sharp and Some, Masson, S.A.; 1998:433-458.
- 50 Novaes HM. Revisión conceptual: ¿estarán preparados los hospitales latinoamericanos y del Caribe para la reingeniería? Educ Méd Salud 1995;29(3 y 4):304-320.

Capítulo 3

El hospital en el sistema de salud

Comprender cabalmente el futuro de la gestión hospitalaria no es posible sin un conocimiento amplio de los procesos políticos y sociales de los países de la Región de las Américas, de la forma como transcurren en ellos los procesos de desarrollo, implantan sus políticas sociales y establecen conciertos con los diversos actores que ejercen algún impacto en las condiciones de salud, cómo diseñan y ejecutan las políticas públicas de salud y organizan las distintas acciones y entidades responsables de dichas políticas. En este contexto sistémico e histórico, el hospital como actor importante pero no único, está obligado no sólo a modificar su disposición interna, sino también la forma como se relaciona con el resto de los actores.

En este capítulo se describe la evolución de los modelos de atención y de los sistemas de salud, y, habida cuenta de su dinámica, la forma como el hospital del presente y del futuro debe volver su mirada hacia una vieja fortaleza de la salud pública: las redes de atención.

Modelos de atención y sistemas de salud

El modelo de atención de salud de la población es la forma como la sociedad, ante los determinantes sociales y biológicos de la salud, organiza sus recursos humanos, tecnológicos y materiales para afrontar integralmente los riesgos de la salud y proporcionar los servicios de fomento, prevención y de atención médica, incluyendo aquellas modalidades informales de atención de la salud establecidas por la propia comunidad.

El modelo de atención determina la forma de organización de los sistemas de salud —niveles de atención primaria, secundaria y terciaria—, e influye en las modalidades de atención (ambulatoria y de internamiento), en el perfil de los recursos humanos que proporcionan la atención (especialistas, médicos de familia, enfermeras, etc.), en su estilo de trabajo y el tipo de servicios que se proveerán por nivel, las relaciones entre éstos y los usuarios, en la participación comunitaria, la coordinación intersectorial y en los mecanismos de financiamiento.¹

Parte del debate sobre el modelo de atención surge de fuertes presiones para contener el gasto hospitalario, con el cual atiende apenas entre el 10 y el 20% de la población, a pesar de que constituye, aproximadamente, dos terceras partes del presupuesto de salud. De ahí surge la necesidad de efectuar un cambio que convierta a los servicios de salud en sistemas más efectivos en función del costo, más equitativos y más accesibles. Estas presiones —inicialmente más intensas en el mundo económico que en el sanitario— han puesto de manifiesto la necesidad de reforzar la estrategia de anticipar el daño a la salud por medio del fomento y la prevención, y de que los servicios de salud se presten, tanto como sea posible, de forma ambulatoria, en centros de salud cercanos al hábitat de las personas y con capacidad para resolver el mayor número de problemas de salud posible, evitando de este modo tratamientos innecesarios y especialmente la hospitalización.

En general, el modelo de atención, y particularmente la forma en que se organizan las prestaciones médicas, se han regido mucho por la oferta y la estimación de necesidades supuestas. Recientemente, se observa una tendencia a dejar que sea la demanda la que determine la organización de los servicios, a introducir mecanismos de mercado, como la competencia, y a que el dinero siga al paciente. Dichos cambios, al margen de generar gran controversia en la Región de las Américas, han producido efectos cuya evolución aún no ha sido cabal. Existe acuerdo en cuanto a las limitaciones e imperfecciones que tiene el *mercado* de la salud, máxime cuando no se ha desarrollado adecuadamente la capacidad para ejercer las funciones rectora y reguladora del Estado. Sin ejercer dichas funciones, la introducción de mecanismos de mercado puede redundar en perjuicio de la equidad y en detrimento de la efectividad sanitaria, sin que se hayan obtenido las ansiadas ganancias en eficiencia y satisfacción de las personas.

Modificar el modelo de atención de salud es una tarea compleja, puesto que implica cambios en los contenidos de la atención de salud, en las prácticas de trabajo, en la distribución de los recursos de inversión y de las personas y sus competencias en el sistema de salud, en las normas que rigen el funcionamiento del sector, y en las relaciones entre los distintos componentes del sistema, que han funcionado durante décadas.

Los países de la Región intentan modificar dichos modelos como respuesta a los cambios epidemiológicos, demográficos, culturales y tecnológicos que se han producido en las últimas décadas, así como por las presiones de carácter económico. Entre algunos de los elementos de cambio destacan los siguientes: la necesidad de disponer de sistemas sociales solidarios para la protección financiera equitativa de todas las personas; la necesidad de priorizar el fomento de la salud y la prevención de la enfermedad y de comprometer en ello al conjunto de la sociedad; la importancia destacada de la ambulatorización de la atención basada en el modelo biopsicosocial; el afán de corresponsabilizar a las personas y a las comunidades en la implantación y el control de políticas y estrategias de salud, y la necesidad de mejorar las competencias de los gobiernos en ámbitos tales como la descentralización, la rectoría, la regulación de los sistemas de atención y de integrar cooperativamente a todos los actores en los objetivos públicos de salud.

El modelo de atención debe organizar la prestación de servicios desde la persona, su familia y su entorno comunitario, esto es desde una base local. Como el modelo se fundamenta en los problemas de salud y en las necesidades de las personas, no debe sustentarse para organizar la prestación en niveles rígidos y segmentados de atención, sino en redes que incluyan a los hospitales como un miembro más junto con diversas entidades igualmente relevantes. Esta visión precisa de un análisis funcional de la organización de la prestación de servicios de salud que conlleve la identificación de los problemas de salud y las expectativas de las personas, el papel que deben desempeñar estas últimas, las organizaciones sociales, los gobiernos locales y el hospital en el contexto de una red de atención. Sobre estos referentes, el concepto de redes de servicios de salud ha comenzado a poner en entredicho el viejo y obsoleto paradigma según el cual el hospital era, al principio y prácticamente, la única entidad prestadora de servicios de atención de salud y, posteriormente, el eje del sistema de salud.

Los sistemas de salud

La posición que ocupan los hospitales en los sistemas de salud ha estado determinada por un modelo de atención histórico, biomédico y curativo, y por una cultura de autosuficiencia por ser, junto con el médico, la institución con más poder que desempeñaba un papel modulador y hegemónico del sistema sanitario.

Dada la necesidad de proporcionar mejores servicios de atención y de racionalizar los costos, se empieza a debatir la función del hospital en el contexto de una organización de la prestación de servicios, en la cual participa una creciente pluralidad de entidades y se emprenden numerosas actividades con objeto de procurar respuestas más flexibles y adaptadas a las necesidades y demandas de las personas y las comunidades.

Los sistemas de salud están formados por todas las personas y entidades cuyo objetivo principal, aunque no único, es mejorar las condiciones de salud. Los diversos actores que participan en ellos deberían estar integrados o al menos coordinados, algo que a menudo no ocurre. La realidad de la Región muestra niveles de segmentación y desintegración de gran calado. Asimismo, los países no siempre han tenido la capacidad de definir e implantar políticas públicas y nacionales de

salud. Objetivos en sí mismos son también la equidad en el logro de esas mejoras y la capacidad del sistema para dar respuesta no sólo a las necesidades percibidas de salud, sino también a variadas aspiraciones del ciudadano en el ámbito del respeto a su dignidad, autonomía y derechos.

Los sistemas de salud, después de ser entidades simples y de escasa efectividad, durante el siglo pasado experimentaron un crecimiento extraordinario, aunque sin haber empleado todo su potencial para mejorar la salud. Esto último es motivo de fuerte controversia y se ha esgrimido como la causa principal —más importante que la insuficiencia de recursos— de los fallos en la forma en que los sistemas se organizan, modelan sus estrategias y priorizan sus acciones. Por lo tanto, los sistemas de salud pueden desperdiciar parte de su potencial como consecuencia de deficiencias en su estructura, gestión, organización y de su financiación inadecuada.

La salud y los sistemas de atención

En los países de la Región, la salud es un bien de carácter social. A semejanza de la educación, la salud contribuye notablemente al desarrollo del capital humano y es un factor clave en el desarrollo sostenido de las sociedades.

En el contexto de un sistema de salud, las personas no pueden reducir su papel al de meros consumidores, pues comparten la responsabilidad de su salud, no sólo al adoptar hábitos saludables o al acatar las recomendaciones de los profesionales sanitarios, sino también por el hecho de generar determinantes de su salud. Las condiciones de salud también dependen de que se alcance un equilibrio entre autonomía, libertad y bien común, y entre la acción y la participación del Estado, las personas y la sociedad civil.

Los sistemas de salud han sido objeto de una dilatada controversia referida a si la salud es consecuencia del desarrollo o si éste último sólo es posible en poblaciones sanas. De esos debates se desprende, entre otras ideas, la de que la responsabilidad de la salud parece haberse hecho depender, acaso inopinada y exclusivamente, de los trabajadores sanitarios, lo cual se contrapone con el hecho de que ellos sólo son un elemento más del entramado de factores de que depende la salud. El sistema de salud puede abarcar prácticamente todo el quehacer humano o, desde un punto de vista más restringido, todo aquello directamente relacionado con la prestación de servicios de atención de salud.

Hoy, desde la perspectiva de los gobiernos, los sistemas de salud no sólo han de contribuir a mejorar la salud de la población en respuesta a sus expectativas, sino también a fomentar la competitividad de los países a fin de lograr los mejores resultados de salud con los recursos disponibles. Las condiciones de salud precarias aumentan los costos financieros y afectan la productividad; la atención sanitaria deficiente conlleva costos políticos, y el gasto excesivo reduce la competencia.

El debate sobre los sistemas de salud y su contribución al bienestar de los países no está zanjada y alentará controversias durante muchos años. Sin embargo, se reconoce que dichos sistemas son responsables de buena parte del progreso sanitario alcanzado en décadas recientes. Este progreso dista de ser uniforme entre los países, incluso entre aquellos con niveles similares de ingreso y gasto en salud.

Las acciones de los sistemas de salud

Los sistemas de salud, además de la organización de la prestación de servicios de atención médica, incluyen intervenciones colectivas o de salud pública, como la promoción de estilos de vida

sanos, vacunaciones, campañas sanitarias e intervenciones sobre el ambiente. Estas acciones, que benefician a toda la población, se han venido en llamar *bienes públicos*, para distinguirlos de los servicios personales o *bienes privados*. Aunque estos últimos representen para la población una ganancia exigua en salud obtenida a costos elevados, no pueden dejar de ser provistos. En los últimos años, se ha hecho hincapié en las acciones que los sistemas de salud emprenden en otros sectores —como las propiciadas en el campo de la educación y la vivienda—, y especialmente en aquellas de naturaleza multisectorial que traducen estrategias coherentes y persistentes, comprometen el liderazgo de las autoridades locales y logran la participación de la ciudadanía.

La separación de las actividades de los sistemas de atención de la salud en bienes públicos y privados, si bien proviene de un lenguaje más económico que sanitario, y a pesar de ser aún muy controvertida, se ha ido incorporando en la jerga de los servicios de salud con la ventaja de estar aportando ideas al debate actual que gira en torno a los contenidos, prioridades y estrategias de la promoción y el fomento de la salud y el tratamiento y la rehabilitación de la enfermedad. Estas áreas de actuación, junto con la forma como se organiza la prestación de los servicios, conforman, entre otros elementos, nuevos modelos de atención sanitaria. En los últimos años, dichos modelos han experimentado profundos cambios y se han puesto incluso en tela de juicio.

Los sistemas de salud de América Latina y el Caribe

Los sistemas de salud de la Región, con distintos matices, se originaron a partir de presiones económicas y demandas sociales y se han caracterizado por su importante segmentación y fuertes desigualdades en cuanto a su cobertura y calidad. El ámbito público (estatal o municipal) de prestación destinado a los segmentos más pobres de la población ha crecido sin los adecuados incentivos necesarios para aumentar la cobertura y la eficiencia y los costos en que ha incurrido no han sido proporcionales a los resultados observados. Por su parte, el ámbito privado, desde el cual se atiende a los segmentos de mayor ingreso de la sociedad, se ha desarrollado en ausencia de mecanismos adecuados de regulación dirigidos a reducir el impacto negativo de las imperfecciones del mercado.

En distintas ocasiones, se ha puesto en tela de juicio la utilidad que han tenido los esfuerzos realizados para elaborar diversas clasificaciones de los sistemas de salud existentes.² A partir de un análisis de la estructura y dinámica del sector salud en la Región, el Banco Interamericano de Desarrollo³ clasificó con fines descriptivos los sistemas regionales en cuatro categorías básicas: sistemas segmentados, sistemas intensivos en el uso de contratos, sistemas públicos integrados y sistemas públicos administradores de contratos. En los países de la Región, lo característico de estos sistemas es la mezcla y la dificultad de adscribirlos a una de esas categorías. En todo caso, lo habitual son las deficiencias en marcos regulatorios comunes, en el desarrollo de relaciones funcionales y contractuales entre sectores institucionales, en la focalización en los más pobres, en la existencia de brechas de cobertura, equidad y eficiencia, y en una insuficiente capacidad para evaluar las insuficiencias del desempeño general del sistema de salud.

Los intentos para organizar la convivencia de numerosos sectores institucionales en un ámbito integrado, regulado y orgánico, requerirá organizar e integrar la pluralidad y evitar así los extremos del monopolio en el subsector público y la atomización anárquica en el privado. En la búsqueda de sistemas de salud equitativos, solidarios y eficientes, surge la necesidad de estructurar la diversidad. Con tal fin se han propuesto políticas públicas de salud, compra estratégica a proveedores, organización de proveedores públicos y privados en redes integradas de atención, regulación de la calidad, reglas de juego comunes y transparentes, y transferencia de poder a personas y comunidades locales.

La organización de sistemas de atención de salud

Los servicios de atención de salud pueden organizarse de distintas maneras: como sistemas estructurados, como prestadores relacionados funcionalmente en virtud de sus procesos productivos o por medio de diversas formas de relación establecidas exclusivamente en función de elementos coyunturales. Los primeros han tenido claras ventajas a la hora de contener costos, pero se arriesgan a *capturar* grupos de interés y suelen ser cuestionados por su rigidez, su reducida eficiencia y su limitada capacidad de respuesta a las necesidades de sus usuarios. Los segundos tienen flexibilidad y capacidad de innovación, pero presentan la desventaja de exponer a las personas a los riesgos financieros de la enfermedad y a la sociedad, al riesgo de aumentos de costos sin correlatos de efectividad, a menos que existan adecuados ajustes financieros, incentivos efectivos y capacidad de regulación para minimizar dichos inconvenientes.

Competencia frente a cooperación

Los servicios de atención de salud pueden adoptar una configuración más dispersa y competitiva o más concentrada en la búsqueda de los beneficios de las economías de escala. Los extremos de dicha configuración tienen inconvenientes. Por un lado, la rigidez burocrática y la pérdida de capacidad de respuesta; por otro, la reducción de la efectividad a consecuencia de la segmentación y la fragmentación. A ello se debe añadir que hoy día muchos países buscan la fórmula que permita armonizar flexibilidad y autonomía, para incentivar la creatividad, la innovación, la eficiencia y la capacidad de respuesta al usuario, junto con la posibilidad de cooperar en red para optimizar la capacidad del sistema de lograr mejores resultados en salud con determinado nivel de recursos.

En la búsqueda de este equilibrio, se está planteando conferir autonomía de decisión al hospital —tema que se abordará en detalle en los próximos capítulos— y equilibrarla con la responsabilidad de cumplir objetivos de salud y realizar una gestión transparente y con la capacidad de los usuarios de ejercer parte del control social.

Se ha debatido si la autonomía de gestión es compatible con una configuración en redes. Los partidarios de dicha propuesta imponen como restricción que la autonomía se conceda a condición de que quien administre la red pueda producir cambios y modificar objetivos en cada punto de la misma. Además, se busca desarrollar incentivos coherentes que estimulen más la cooperación que la competencia, más los resultados en salud que el mero aumento de actividad. Asimismo, se debe velar por la protección financiera de las personas en mayor riesgo y con menos recursos y por el mantenimiento de la oferta de carácter estratégico. Cuando se da autonomía en un mercado desregulado cabe esperar que sobreviva el más eficiente y que aquellos establecimientos ineficientes y de mala calidad se vean obligados a cerrar. Empero, esta última posibilidad no siempre es posible, y mucho menos conveniente, sobre todo en la Región, habida cuenta de sus peculiaridades geográficas y sociales. Por ello, no siempre es cuestionable mantener subsidios a la oferta, al menos en la situación actual de la Región.

En este contexto, los hospitales se presentan como la organización más compleja que participa en la prestación de servicios de salud. Sus funciones han atravesado un período de rápidos cambios a medida que el modelo de atención ha ido alterando el equilibrio entre la atención de pacientes hospitalizados y la atención ambulatoria, y que han aumentado las presiones financieras. Por tanto, la cuestión más difícil que se debe resolver es encontrar la forma de integrar los servicios hospitalarios en el seno del sistema de salud, lo cual está alterando indefectiblemente la posición que éstos ocupan en él.

Funciones clave para revertir la segmentación y la desintegración

El sistema de prestación de servicios de atención en la Región está por lo general muy fragmentado, lo cual repercute en la efectividad y la equidad. Dicha fragmentación es producto de una pluralidad histórica mal articulada o de políticas de descentralización que no han podido transitar adecuadamente desde el control jerárquico a la integración regulada.

La función rectora del sistema de atención de salud incumbe a la autoridad sanitaria e incluye la regulación de la prestación de servicios, especialmente en el ámbito de la calidad. En el cumplimiento de esta función central, los gobiernos no pueden obviar la formulación de políticas de formación y desarrollo del recurso humano, de inversión, de introducción de tecnologías costo-efectivas y de investigación científica. La tarea de armonizar las estructuras, los recursos disponibles, los incentivos organizativos con los objetivos globales de las políticas públicas es otra de las funciones clave de rectoría, que no debe dejarse al arbitrio exclusivo de los proveedores de servicios. La debilidad que muestran algunas autoridades sanitarias en el cumplimiento de dichas funciones es en gran medida responsable de la segmentación y fragmentación de los sistemas de salud de la Región, en los cuales los diversos actores estatales y privados no comparten normas y arrostran serias dificultades para colaborar entre ellos, lo cual va en detrimento de la calidad de la atención. El cumplimiento de las tareas descritas obliga a modificar los ámbitos de actuación de los hospitales de la Región, diseñar políticas, priorizar actividades, transformar estas prioridades en incentivos de carácter estratégico, exigir el cumplimiento de políticas y modificar sustancialmente los procesos de los prestadores. Todo ello explica, en parte, el rápido cambio de posición que se está observando en los hospitales de la Región en los últimos años.

El desafío que entraña organizar la cooperación

Actualmente, el hospital afronta el desafío de ejercer la *práctica cooperativa*. El hospitalocentrismo y la compartimentación excesiva del hospital deben ceder su espacio al hospital que dé cabida al conjunto de la red de servicios y coopere eficazmente con sus socios antes y después de la hospitalización. Esta evolución es necesaria para mejorar la organización de la atención, responder a las necesidades de la población y acercarse más a ella, así como para eliminar los gastos innecesarios tributarios de la compartimentación del hospital y de otras estructuras de la atención de salud. El objetivo de la integración del hospital en una red de servicios es coordinar mejor la cadena de servicios que los profesionales deben deparar a los pacientes.

La función tradicional del hospital era atender en una cama institucional a personas enfermas, esto es prestar un servicio eminentemente curativo. La necesidad creciente de desarrollar actividades de prevención de enfermedades y de promoción de la salud y, sobre todo, de desarrollar opciones frente a la hospitalización, presionan fuertemente a la cultura hospitalaria tradicional. En aras de la calidad de la atención, de la lucha contra las infecciones nosocomiales y contra otros riesgos de la hospitalización, y bajo fuertes presiones financieras, los hospitales se ven forzados a orientar su actividad hacia la atención ambulatoria, recurriendo menos a la hospitalización y, en consecuencia, reduciendo el número de camas.

Este movimiento de búsqueda de opciones frente a la hospitalización y de eliminación de la fragmentación persistirá bajo la influencia del progreso de las tecnologías médicas y frente a la necesidad imperiosa de controlar el gasto y aumentar la calidad de los servicios sanitarios. Esta corriente, reforzada por la necesidad de potenciar redes de servicios, pone en tela de juicio la misión y las funciones tradicionales del hospital. En vista de los cambios en el modelo de atención y del grado de diversificación de las modalidades de intervención, ya no se puede con-

templar al hospital como la *cúspide* del sistema sanitario. El hospital está perdiendo sus fronteras tradicionales y cambiando su posición en el sistema de salud. Ya no es posible concebirlo sino como integrante de una *red de servicios* un concepto que gana protagonismo con gran celeridad en planificación sanitaria.⁴

Las razones del cambio de posición del hospital

Los desafíos que afrontan los hospitales para cooperar en red obligan a replantearse la posición que ocupan en el sistema de salud. El desarrollo hospitalario a menudo está determinado por influencias y presiones de grupos médicos, por la capacidad de *lobby* político de ciertos especialistas o líderes sanitarios. Dicho estilo de desarrollo es hoy día insostenible y está dando paso al desarrollo basado en pruebas (*evidence based*) y en criterios de costo-efectividad social. Con relación a este último aspecto, el foco de atención se ido trasladando de la cama y el caso individual (visión ética individual) a las poblaciones y decisiones tomadas sobre la base de criterios de costo-efectividad (visión ética social). Lo mismo ocurre en relación con la introducción de tecnologías médicas en los hospitales: antes se introducían por presiones de la industria y del mercado a través de los grupos médicos; hoy, se elaboran protocolos, caminos críticos para el diagnóstico y el tratamiento basados en el conocimiento verificable, con lo cual se pretende disminuir la variación injustificada en la práctica clínica y a relacionar el uso de las tecnologías con su impacto social. Estos cambios afectan sin duda a la forma como se contempla al hospital y a la posición que éste ocupa en el sistema de salud. Los procesos hospitalarios están cada vez más determinados desde el exterior y esos los determinantes pueden resumirse en los cinco siguientes apartados.

1. Los hospitales reciben requerimientos de producción asistencial cada vez más explícitos del sistema de salud. Ya no es el hospital el que decide y autodefine su oferta de servicios y el que exige que luego se le pague por ello. La tendencia observada en la actualidad muestra que agencias nacionales o territoriales traducen prioridades sanitarias (planes de salud) en mecanismos de pago que determinan los procesos productivos hospitalarios.
2. Los cambios en el ámbito del financiamiento y en los mecanismos de pago tienden a mostrar a las redes de atención como el nuevo cliente del hospital. El centro de dichas redes ya no es el hospital, sino que en ellas diversos *porteros* actúan como ordenadores y diseñadores del conjunto del sistema.
3. Los cambios en el modelo de atención en los países de la Región hacen más hincapié en anticipar el daño y en acercar la salud al hábitat de las personas, lo cual se refleja en que se desarrollen cada vez más actividades fuera del hospital y en que existan más dispositivos distintos a los hospitalarios, tales como centros ambulatorios de salud diagnósticos y terapéuticos o establecimientos comunitarios para el tratamiento de pacientes crónicos o discapacitados. Además, los cambios de modelo ponen en entredicho que la alta complejidad tecnológica sólo se encuentre en el hospital, ya que hoy día muchos centros ambulatorios están dotados de tecnologías médicas complejas.
4. Hace años, la enseñanza de las ciencias de la salud se impartía casi exclusivamente en el hospital. Actualmente, la enseñanza también se imparte en centros ambulatorios, lo cual cuestiona, sin duda, el paradigma docente de antaño según el cual la actividad docente y asistencial debía transcurrir en torno a la cama hospitalaria.
5. La necesidad de mejorar las razones de la costo-efectividad y los niveles de satisfacción de los usuarios obligan a regular más desde fuera las actividades hospitalarias. Para ello, se están creando agencias gubernamentales o independientes con la encomienda de evaluar dichas actividades desde el exterior del hospital.

El criterio de efectividad social se aplica a las redes de un territorio y tiene que ver con el diseño y la implantación sistemas adecuados de manejo de la información, de comunicación, y de referencia (derivación) y contra-referencia de pacientes, así como con el desarrollo de nuevas modalidades de atención, tales como el hospital de día, la hospitalización a domicilio, los sistemas de hospitalización abreviada, las unidades móviles de atención domiciliaria, etc., que imponen nuevos tipos de relación entre los hospitales y los centros de atención primaria.

El hospital y las redes de servicios

Al formar parte de una red de servicios de salud, el hospital amplía su horizonte de actuación, afronta relaciones más diversas y persigue un objetivo más preciso: la efectividad social.^{5,6} Al mismo tiempo, se difuminan sus contornos definidos. Hace unos años era fácil acotar los límites arquitectónicos del hospital. Hoy no sólo su arquitectura tiende a ser más modular y flexible, sino que los límites de sus funciones son también más difusos. Cada día será más difícil y arbitrario separar el sistema sanitario por niveles, y, acaso, el mejor indicador de que el hospital haya cambiado su posición en el seno del sistema de salud será la cantidad y calidad de sus vínculos con la red y la medida en que se han desdibujando sus límites.

Las redes de atención son sistemas en los cuales, por medio de un conjunto de recursos asistenciales, se satisfacen necesidades de salud de una población determinada en un área geográfica dada. El concepto de *redes de atención* se ajusta perfectamente a la teoría de sistemas y a las nuevas tecnologías de gestión de organizaciones de servicios, tales como la gestión estratégica, de calidad y las que tratan a las organizaciones como espacios de conversación, acuerdos y compromisos.^{7,8,9}

Redes de atención

Una red sanitaria es un conjunto de personas y organizaciones, formales o informales, con su propia identidad, que independiente de su tamaño, régimen de propiedad y nivel de complejidad, comparten objetivos comunes, una misión explícita común, y generan actividades suficientemente definidas, diferenciadas y complementadas entre sí, que se entrelazan e interconectan con una multiplicidad de otras redes formales e informales en pro de objetivos también compartidos.

Una red puede poseer un territorio o población determinada, una estructura funcional o administrativa semejante a un sistema abierto, y los componentes relacionarse entre sí de diversos modos: horizontal, voluntario, complementario y flexible. Desarrolla o adopta capacidad de coordinación, comunicación y gestión de la información y procedimientos para acreditar y reconocer a sus unidades, definiendo las características generales de ellas y sus propias normas de funcionamiento.

La comunicación y los sistemas de información son elemento clave de la calidad de los vínculos, la efectividad de una red y su capacidad de adaptación. Las redes exitosas requerirán claridad en los mecanismos de toma de decisiones, en la resolución de conflictos y en mecanismos de soporte financiero y de control de gestión coherentes con sus objetivos.

Por otra parte, la efectividad social demanda que el hospital, como elemento de la red, adapte sus procesos productivos a las nuevas exigencias epidemiológicas y a las crecientes expectativas de los usuarios. Ello implica revisar críticamente las relaciones entre el costo y la efectividad de las tecnologías que en él se emplean, la calidad de sus servicios, la adaptabilidad de sus recursos humanos, y las modalidades que adopta para organizar y gestionar su estructura y recursos.

Las consecuencias de la desintegración

La ausencia de redes y de capacidad de colaboración contribuye en la Región a explicar que en una localidad se dupliquen y subutilicen recursos tecnológicos y humanos, mientras que otras carezcan de ellos; que se realicen intervenciones en un servicio de urgencias o en un hospital universitario que podían haberse efectuado a menor costo, con mayor acceso y satisfacción del usuario en un centro de salud comunitario, o que algunas personas soliciten atención médica en diversos centros de atención sin que nadie se haga responsable de solucionar su problema.

La segmentación y la fragmentación de dicha prestación de servicios explican también que la atención médica que reciben las personas de estratos acomodados sea muy similar a la que se presta en los establecimientos de salud de cualquier parte del mundo desarrollado. Entre tanto, las personas de baja extracción social subsisten en un entorno que arrostra profundas limitaciones para brindarles una atención accesible y de calidad, lo cual redundará en aumentos de la mortalidad evitable y en deterioro de la calidad de vida de las personas.

Identificación de necesidades

En el estudio de una red de servicios se deben evaluar cuatro aspectos básicos: cobertura, efectividad, eficiencia y calidad percibida. Una vez determinada la demanda y la capacidad de oferta con arreglo a los niveles de complejidad, se debe precisar la brecha que existe en las prestaciones. En el marco de las políticas sectoriales, la identificación de estas brechas permite avanzar en el establecimiento de prioridades para asignar recursos, así como realizar intervenciones destinadas a optimizar la oferta instalada y mejorar la productividad de los recursos físicos humanos y tecnológicos. Ello exige conocer, entre otros, la procedencia y los flujos de las personas, su acceso a los servicios de salud y los tiempos de espera, e identificar las competencias y la capacidad de cada nivel para satisfacer la demanda actual y potencial de atención en virtud de su capacidad de desarrollo y de contribución a la red.^{10,11}

Una de las principales ventajas del sistema de organización en redes es que permite estimar la demanda (tanto la actual como la esperable a mediano y largo plazo) y la oferta de un modo lógico y en términos estructurales y funcionales. De ese modo, es más fácil conocer las brechas actuales y esperables de atención y, en consecuencia, proponer e implantar líneas de intervención para reducirlas. Las redes han de organizarse de tal modo que permitan estimar las necesidades de salud de las personas en todos los puntos de entrada y derivarlas hasta el servicio asistencial capaz de satisfacerlas.

Formas de configuración

Los establecimientos de salud que suelen incorporarse a la gestión en red son los centros de atención primaria y los hospitales de distinto nivel de complejidad. Las formas de configurar las redes para poder satisfacer las necesidades de salud y las brechas detectadas son diversas. Luego de identificar las poblaciones, priorizar sus necesidades, y de decidir qué instrumentos de asignación de recursos se emplearán (aplicando criterios de salud y de equidad, tales como compromisos o contratos de gestión), se pueden establecer, por ejemplo, vínculos entre centros de salud local y un hospital comunal de 40 camas, entre varios clínicos que trabajan en distintos lugares, elegir el grupo de edad sobre el cual actuará, el programa de salud que se implantará o las enfermedades que se tratarán, el tipo de servicios que se prestarán —diagnósticos o terapéuticos, de apoyo, etc.—, así como decidir los niveles de complejidad que habrán de participar y los establecimientos que actuarán como centros de referencia.

Ejemplos de redes

Un ejemplo de una red construida desde las necesidades locales: la red de servicios de salud mental y psiquiatría en Chile

Dicha red incluye los siguientes aspectos estructurales y funcionales: 1) estructuras de menor complejidad tales como organizaciones y dispositivos comunitarios e instituciones de salud de propiedad municipal y privada (fundamentalmente sin fines de lucro), donde se acometen acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; 2) estructuras de mediana complejidad tales como centros de atención primaria (APS) que prestan atención en salud mental, centros especializados de salud mental (centros comunitarios de salud mental familiar COSAM), equipos de salud mental y psiquiatría ambulatoria; 3) dispositivos especializados en salud mental, como comunidades terapéuticas, la estructura general de atención médica secundaria y terciaria (centros de referencia de salud CRS, que prestan atención de salud de especialidades; centro diagnóstico terapéutico (CDT) adosados a hospitales; y las estructuras para la atención de urgencia e internación.

Todos estos dispositivos públicos o privados se encuentran en fase de acreditación por la autoridad sanitaria (Ministerio de Salud), la cual, además, en su función rectora fija normas. Las relaciones son de tipo administrativo y funcionales en los establecimientos de dependencia estatal y funcionales entre las estatales, municipales y privadas. El financiamiento de las actividades se efectúa por medio de transferencias fiscales hacia los dispositivos públicos, y por transferencias, contratos o compra de servicios desde los servicios públicos a municipios o a los privados, junto con una aportación parcial de las propias personas y de instituciones de beneficencia.

Ejemplo de una red de alta complejidad

El Fondo Nacional de Salud de Chile (FONASA), como seguro público, desarrolló una red para garantizar el acceso a sus beneficiarios pediátricos a prestaciones de alta complejidad tales como cirugía cardíaca, oncología y transplantes.

Los servicios de salud del país (entidades públicas descentralizadas que coordinan redes territoriales compuestas por hospitales de distinta complejidad) derivan pacientes a los hospitales de referencia, fundamentalmente públicos (hospital Luis Calvo Mackenna) y privados cuando hay déficit de oferta, con arreglo a protocolos clínicos preestablecidos. El seguro público acredita a los centros y financia el programa a través de un mecanismo de pago asociado a diagnóstico. El costo de la *canasta* se obtuvo de un estudio de costos efectuado por técnicos del seguro junto con los equipos clínicos. Anualmente se negocia y se suscribe un compromiso de gestión entre el seguro y los prestadores, y el financiamiento se ajusta a los resultados.

El reto que muchos países empiezan a afrontar es articular redes de servicios (públicas y privadas, comunitarias y descentralizadas) que vayan superando la gestión burocrática y jerárquica; la línea divisoria entre actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación, las barreras gerenciales y funcionales entre el nivel primario y el especializado, aumentando la capacidad de resolución, articulando prestadores públicos y privados de diverso tipo, garantizando la continuidad de la atención, y aumentando la participación de las personas y el control social.

El diseño de estos sistemas configurados en redes incluye, asimismo, intercambio de personal, capacitación y apoyo técnico e intercambio de información, y en su construcción es esencial evaluar el flujo de pacientes, la calidad de la información, la capacidad de resolución de problemas de los distintos niveles y establecimientos y su potencial conjunto para satisfacer las demandas de atención de la población.

Para traducir políticas públicas de salud en actividades priorizadas y en decisiones de inversión y asignación de recursos, es importante evaluar el desempeño y las funciones de los servicios de atención en una área geográfica determinada. Hoy existen métodos e indicadores útiles para evaluar la efectividad de una red de servicios y se han acumulado numerosas experiencias sobre redes de servicios,^{12,13} al igual que se dispone de métodos para identificar necesidades de salud, definir paquetes de servicios y evaluar requerimientos de inversión, recursos humanos y tecnologías. Lo esencial, sin duda, es la decisión política de configurar la prestación de servicios en red, para lo cual no se necesita una burocracia ni depositar la confianza en instrumentos de mercado, sino armonizar el establecimiento de prioridades, su traducción en presupuestos o contratos vinculados con resultados, y el diseño y la implantación de sistemas de incentivos, todo ello con miras a alcanzar niveles óptimos de efectividad y cooperación. Además, se deberá decidir quién debe desempeñar la función específica de vertebrar el sistema, esto es la función de administración de la red.

Para que la red pueda cumplir adecuadamente su misión es preciso aclarar cuál es su misión y qué establecimientos la conforman, los servicios que se ofrecerán en cada punto de atención, el tipo y la magnitud de las necesidades de salud que deben satisfacerse, los principales flujos de personas, las insatisfacciones existentes (por ejemplo, listas de espera o rechazos), su articulación con otras redes, su planificación, operación y control. Dado que por defecto toda esta información sólo suele disponerla cada establecimiento de la red de forma aislada, será preciso también estructurar su administración. Por ello, es de extrema importancia que en las unidades locales de atención, que actúan como porteros de la red, recaiga la responsabilidad y las competencias de dicha estructuración. En ellas es donde teóricamente se pueden conjugar la mejor decisión técnica con la calidad percibida y la contención de costos.

Esta nueva concepción estratégica del trabajo en el sector de la salud conjuga el desarrollo organizativo y el fortalecimiento de la capacidad resolutoria de las unidades más cercanas al hábitat de las personas con la potenciación de estas acciones en los hospitales. Para ello, se desarrollan nuevos modelos y modos de atención como el ingreso domiciliario, la cirugía mayor electiva ambulatoria, el egreso temprano, la rehabilitación en la comunidad o la hospitalización de día. Si se pretende que los ciudadanos asuman esta estrategia, será necesario prestar especial atención a la educación sanitaria.

Requisitos para el adecuado funcionamiento de un modelo de red de servicios de salud

Para que una red funcione adecuadamente es necesario que disponga de puertas de entrada lo más cercanas al domicilio de las personas, que cuente con alto nivel de resolución y con amplio poder para readecuar la red a las necesidades de salud. La configuración de la red ha de estar en gran medida determinada por los requisitos de este primer nivel, lo cual es congruente con las estrategias basadas en la atención primaria como eje del modelo de atención de la salud.

El hospital y todas sus unidades clínicas no han de estar orientados hacia su interior, sino que han de satisfacer las necesidades detectadas en las puertas de entrada de la red. Esto demanda amplios niveles de autogestión clínica y capacidad para adaptarse continuamente a los cambios de las demandas de la red. Con este fin, deben crearse entidades de ámbito territorial en las cuales recaiga la responsabilidad integral de la salud de una determinada población. De ahí surge una nueva responsabilidad o función: la de la *gerencia o administración de la red*, cuya principal herramienta de gestión ha de ser la información epidemiológica.

La administración de la red

El administrador de la red debe tener competencias en los siguientes ámbitos: flujos de los recursos financieros, tecnológicos y humanos, control de los procesos productivos, y gestión de la información y de las relaciones entre los establecimientos de la red. Sobre el administrador recae la función de organizar los distintos componentes de la red y satisfacer las necesidades de salud de la población que cubre la red, atendiendo a las políticas de salud pública de salud. Asimismo, debe ser capaz de independizarse de los factores de producción de los servicios para hacer frente, efectiva y eficientemente, a las necesidades de salud, planificando políticas locales, estableciendo normas, articulando a los prestadores y controlando resultados. Dicho control administrativo ha de adaptarse a los cambios que se observen en los resultados en salud, incluida la calidad de vida, y los principios de la eficiencia microeconómica, lo cual obliga a gestionar y mantener sistemas adecuados de información sanitaria.

Por otra parte, en la administración de redes la autoridad sanitaria desempeña un papel de importancia cardinal, por cuanto en el cumplimiento de su función rectora y reguladora es quien ha de elaborar las políticas de salud y procurar los incentivos adecuados y velar por que el desarrollo de la red engarce de forma coherente con los objetivos nacionales de salud.

Participación y control social

Por añadidura, el buen funcionamiento de la red exige control y participación social efectivos, transparencia y responsabilidad. Para ello es útil que los objetivos sanitarios de la red se traduzcan en declaraciones explícitas de derechos ciudadanos en las cuales se consigne lo que el ciudadano puede esperar y exigir de su red de pertenencia respecto, por ejemplo, al acceso y la calidad de los servicios de salud. Además, se debe señalar claramente la forma como el ciudadano puede exigir los compromisos que la red ha adquirido con él. De este modo, el hospital, desde el lugar que ocupe en la red, podrá conocer no sólo la demanda de atención específica de la población, sino también las condiciones y objetivos de la prestación de sus servicios, sus obligaciones, estipuladas en dicha declaración, y la forma de reorientar su oferta de servicios.

Por último, los valores democráticos han de ser los pilares en que se fraguen y mantengan las relaciones entre los elementos de la red, y ello debe reflejarse en estilos de gestión participativa, más horizontales que jerárquicos, y en una efectiva participación comunitaria. Para el

adecuado funcionamiento de este modelo, es preciso procurar a cada punto de la red plena capacidad de gestionarse en el cumplimiento de una misión común. De este modo, el hospital, al tiempo que se relacione con otros establecimientos, podrá establecer vínculos horizontales con elementos propios y ajenos a la red.

Disposición a abrir las barreras a la cooperación

Para que esta nueva concepción de trabajo cristalice es imprescindible despojarse de la vieja concepción de la medicina individual y trabajar en equipo y establecer mecanismos de retroalimentación biunívocos. Aún y así, el cambio más trascendental debe sufrirlo el hospital, el cual, después de abrir sus muros al exterior ha de convertirse en un elemento más de la red. El hospital ya no deberá competir con las instituciones de menor capacidad resolutive, sino descentralizar los servicios y prestaciones que puedan proveerse en otros establecimientos de la red (clínicas, policlínicas, hogares maternos, hogares de ancianos, centros para discapacitados físicos o mentales,¹⁴ y otros hospitales o establecimientos públicos y privados), aunque para ello tenga que poner a disposición de la red incluso algunos de sus propios recursos humanos. A tal efecto habrá de emplear instrumentos y estrategias de negociación, ganar la colaboración y la participación efectiva de la comunidad, participar en la gestión de la red y, junto con los restantes establecimientos, participar en el control social.

Por añadidura, el hospital, como organización medicosocial inmersa en la red, habrá de procurar a la población acceso a servicios sanitarios integrales, tanto preventivos como curativos, y contribuir a un tiempo a la investigación biopsicosocial y a la formación del personal de salud.

Retos y dificultades

Actualmente, la inserción del hospital en redes de atención presenta diversas deficiencias. En la realidad de muchos países latinoamericanos las interacciones del hospital con los demás establecimientos de la red se producen en un contexto de relaciones jerárquicas, no sistemáticas, espontáneas y poco reguladas. En algunos casos, los sistemas de atención están desintegrados y no conforman redes. En otros, las redes sólo parecen existir sobre el papel, por cuanto articulación entre niveles y entre establecimientos es a todas luces insuficiente. La mejor forma de demostrarlo es definiendo los flujos de los pacientes.

En la Región, la tradición de desarrollo segmentado y desintegrado de los servicios de salud y la cultura sanitaria de los *feudos* conspiran contra la configuración en redes. Por otra parte, la tentación polar de estructurar burocrática y centralmente los servicios o de dejar al mercado y a la libertad del consumidor la responsabilidad de configurar el sistema, también han supuesto un escollo para superar los fallos de la organización de la prestación de servicios.

La realidad muestra que la gran mayoría de pacientes son referidos innecesariamente, luego tienden a ser *capturados* por el hospital, y cuando se derivan de nuevo a niveles inferiores de prestación, regresan con información insuficiente. Todo ello menoscaba el acceso, la calidad y la efectividad de los servicios. La experiencia demuestra que, si bien se disponen de muchos manuales de referencia (derivación) y contrarreferencia, pocos los consultan y pronto quedan obsoletos.

En la cultura hospitalaria, a menudo se pierden de vista las necesidades de salud de la población y la organización se circunscribe a su capacidad de oferta y de cumplir objetivos de producción industriales, lo cual perpetúa el paradigma hospitalocéntrico. La visión y misión del sistema en su conjunto no está bien definida ni explicitada, lo cual desemboca en superposición de funciones, inadecuada competencia y tendencias marcadamente entrópicas del sistema.

La estructura y la cultura organizativas explican que el hospital clásico tienda a no reconocer la existencia de prestadores de distinta naturaleza (sean estatales, privados, municipales u organizaciones no gubernamentales) y tenga dificultades para colaborar con ellos. Las disposiciones legales y reglamentarias de los prestadores públicos suelen fomentar una cultura organizativa poco sensible al entorno, poco receptiva a las necesidades del usuario, mostrar escasa capacidad de autocrítica y una tendencia a actuar más centrada en los procesos burocráticos que en los resultados. La cultura centralista de los países de la Región se perpetúa en estructuras informales de índole gremial en la cuales pesan más los intereses de los factores de producción que las necesidades de los usuarios. La cultura es excesivamente legalista y autoritaria, lo cual consolida estructuras rígidas y paralizan la capacidad de resolución, la creatividad, la innovación y la mejora continua, al tiempo que reduce la flexibilidad necesaria para establecer nexos con otras organizaciones de la red.

Por parte de los prestadores, entre las dificultades que existen para adoptar configuraciones en red sobresalen las siguientes: diversidad de propietarios estatales, municipales y privados que trabajan aisladamente en distintos segmentos sociales y económicos de la población. Dichas políticas sanitarias públicas son insuficientes y demasiado rígidas para regular adecuadamente el financiamiento de acciones destinadas a mejorar la equidad, reducir la segmentación y procurar incentivos. Además, mantienen un modelo y una cultura de carácter médico. Particularmente en la Región destacan como dificultades la forma de superar la falta de cooperación entre el sector estatal y el privado y la desintegración resultante de la controvertida e insuficientemente evaluada municipalización de importantes sectores de los servicios de atención.

Por el contrario, la principal fortaleza del sistema de atención organizado en redes debe ser su capacidad de generar una visión holística, economías de escala y maximizar el uso de los recursos. Justamente estas áreas es donde hoy se aprecian notables carencias a resultas de un mal aprovechamiento del potencial de las redes. Hasta hace poco se ha hecho hincapié en la dependencia administrativa y no en los vínculos internos de la red y en las herramientas más efectivas para establecerlos (los sistemas de información), ni en la reconfiguración de los procesos con arreglo a las necesidades de salud.

La filosofía de redes surge del interior del hospital

Desde una perspectiva sistémica, el hospital constituye un sistema abierto que desarrolla relaciones dinámicas con el entorno, particularmente con los demás componentes de la red asistencial. Desde este prisma, para poder relacionarse adecuadamente con otras organizaciones, en el seno del hospital se deben integrar visiones que cristalicen en la consolidación de redes internas. Al menos dos elementos específicos merecen especial mención a este respecto:¹⁵ la integración médica en equipos de gestión multidisciplinarios y la integración de enfoques disciplinarios en la gestión.

La integración médica en equipos de gestión multidisciplinarios. La gestión hospitalaria ha evolucionado hasta niveles de complejidad que impiden que la gestión clínica y la responsabilidad recaigan en personas con un perfil uniprofesional. Más razonable sería que éstas fueran asumidas por equipos de personas con distinta formación profesional. Ello supone que el papel del médico cambie, pues dentro de equipos multidisciplinarios su participación será más paritaria y menos jerárquica de lo habitual.

La integración de enfoques disciplinarios en la gestión. En el futuro será necesario que la gestión se sostenga en distintas disciplinas: la epidemiología, la economía de la salud

y la ética. A este conglomerado se han de añadir las aportaciones de las ciencias sociales y del comportamiento, todo lo cual contribuirá a construir la gestión hospitalaria como un área de especialidad multidisciplinaria. Así, enfoques como la evaluación económica, la evaluación de tecnologías de salud, el uso de la medicina basada en pruebas (*evidence based medicine*) y el *marketing* social, podrán adquirir su mayor potencial.

Tipos de articulación de redes

El fortalecimiento del principio de complementariedad busca recoger los beneficios de la sinergia del trabajo en red. En el contexto de diferentes redes y bajo la orientación de la autoridad sanitaria, el hospital podrá desarrollar diferentes tipos de integración. La sistematización que hace la División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial del Ministerio de Salud de Chile¹⁰ puede ser útil, a modo de ejemplo, para entender este concepto. De acuerdo con dicho enfoque, se pueden reconocer los siguiente tipos de integración:

Intrarred pública local. Se refiere a las prácticas colaborativas en los ámbitos asistenciales y administrativos, entre establecimientos dependientes de una misma unidad administrativa territorial (Dirección del Servicio de Salud, Dirección Regional de Salud, Dirección Provincial de Salud). El desarrollo de estructuras administrativas o de apoyo clínico comunes para establecimientos geográficamente cercanos (bancos de sangre, servicios de esterilización y de apoyo logístico tales como manutención u otros compartidos, laboratorios, etc.) constituye una de las expresiones de esta orientación.

Interredes públicas de salud. Este concepto se refiere a la colaboración entre redes asistenciales de territorios geográficamente diferentes. El desarrollo de este tipo de complementariedad significaría optimizar el uso de la red asistencial para el conjunto de un territorio (región, macroregión) al obtener la mayor resolución según la capacidad resolutive de cada nivel.

Pública y privada. En varios países, debido a la importante presencia del sector privado, la complementariedad entre el sector público y el sector privado puede contribuir sustancialmente a aumentar la capacidad de respuesta frente a los problemas de salud de la población y a mejorar la eficiencia global del uso de recursos.

Así, el hospital del nuevo siglo pierde sus murallas y despliega vínculos más variados y de mayor calado con otros establecimientos y con la comunidad. El hospital del milenio que ha finalizado estaba replegado hacia sí mismo; el del que acaba de comenzar está cada vez más integrado en el tejido social y es más pródigo en relaciones.

El hospital privado como actor adicional en las redes de servicios de atención

Como hospitales privados se consideran aquellas instituciones de atención médica, tanto ambulatoria como de internación, de baja, mediana y alta complejidad, y de dependencia privada con o sin fines de lucro.¹⁶ Con diversos grados de participación, en todos los países de la Región existen establecimientos privados que acostumbran orientar su actividad hacia el lucro y la satisfacción de su demanda sin colaborar con la red estatal de prestación de servicios para alcanzar objetivos sanitarios comunes.

Tradicionalmente, una parte importante de la infraestructura hospitalaria de la Región ha

sido de propiedad privada. En 1997, los hospitales privados con ánimo de lucro representaban el 47% del total de hospitales y los privados filantrópicos, el 7,8%. Los hospitales públicos de América Latina y el Caribe (subsector público más instituciones de la seguridad social) representaban el 44,4%. En 10 países todos los hospitales son públicos y en el resto los porcentajes varían ampliamente, desde 69% de hospitales privados en México hasta 62% en Honduras (de los cuales 23% son filantrópicos) o 19% en Brasil. Sin embargo, solo 34,9% de las camas pertenecen a hospitales privados con ánimo de lucro y 11,4% a hospitales privados de tipo filantrópico. El 52,7% de camas restante se encuentra en hospitales públicos. Los hospitales privados tienden a ser de menor tamaño que los públicos,¹⁷ e incluyen la mayor parte de hospitales psiquiátricos y para enfermos crónicos, si bien la demanda creciente de plazas para formación de recursos humanos en salud ha convertido también al hospital privado en formador e investigador, función que habitualmente desempeñaban los hospitales estatales.

Los hospitales privados con ánimo de lucro y una parte de los filantrópicos se ubican fundamentalmente en las ciudades de tamaño grande y mediano, aunque existen muchos ejemplos de instituciones emplazadas en zonas alejadas cuyos servicios están dirigidos a amplias franjas de población. Este último caso se da mayormente en aquellos países donde la seguridad social ha tenido gran desarrollo y ha elegido a los prestadores privados para brindar los servicios de salud.

Los hospitales privados han acaparado las tecnologías más sofisticadas y los especialistas de mayor renombre. La incorporación constante de tecnologías con los consabidos costos crecientes que acarrearán, la desfinanciación de los sistemas de seguridad social (cuya base recaudadora está ligada al trabajo), y el empobrecimiento de vastos sectores de la población, han disminuido la rentabilidad de las instituciones con fines de lucro y puesto en duda la supervivencia de algunas de ellas.

Las entidades filantrópicas surgidas en consonancia con corrientes religiosas y humanistas, muchas veces traídas por la inmigración de fines del siglo XIX, también perciben las dificultades de su viabilidad financiera debido a la crisis de los ideales que sustentaron sus orígenes y a la falta de subsidios públicos y privados. En cuanto a su integración en el subsistema público, estas entidades deben rescatar algunos proyectos que en la práctica se complementan para satisfacer las necesidades de poblaciones de referencia. El grado de integración entre ambos subsistemas no solo varía de un país a otro, sino que sorprendentemente muestra distintos niveles de articulación. Dado que el cumplimiento de objetivos generales de salud (básicamente políticas preventivas y de atención primaria) depende en buena medida de los ministerios y éstos históricamente han desentendido su papel regulador en el sistema de salud (en especial las instituciones vinculadas con el ámbito privado y la seguridad social), el grado de participación de estas últimas en dichas políticas es ciertamente variable.

Privatización o reglas para la cooperación

La privatización de hospitales públicos se fraguó como uno de los mecanismos para reducir el peso del aparato fiscal en la prestación de servicios sanitarios dentro de las reformas económicas de los años ochenta. Las iniciativas de privatización en el sector salud entrañaron un esfuerzo de contención de los gastos, que quedan claramente expresadas en publicaciones del Banco Mundial y del Fondo Monetario Internacional. Más allá del debate que generaron estas iniciativas, en casi todos los países se han desarrollado estrategias para aumentar la recuperación de costos y ofrecer a terceros determinados servicios hospitalarios.

En la Región, sólo Puerto Rico implantó una reforma total en la prestación de servicios de salud, que se inició con un proyecto piloto en un sector geográfico de la población a fines de

la última década. Esta reforma supuso la privatización de todos los servicios de salud prestados a personas que habitualmente los recibían en centros públicos de salud. Como este modelo aún se encuentra en fase de implantación, no se dispone de suficientes datos para estimar su efectividad en función del costo.

Con todo, parece que hoy en día el debate se está trasladando desde la privatización de los hospitales estatales hacia estrategias tales como establecer reglas de juego comunes para establecimientos públicos y privados, mejorar la capacidad de colaboración entre éstos en el cumplimiento de objetivos sanitarios públicos comunes, mejorar la capacidad de regulación de los prestadores estatales y privados, especialmente en el ámbito de la calidad de los servicios, y lograr mayor efectividad del sistema de prestación de servicios, dejando en segundo plano las controversias sobre el régimen de propiedad de los establecimientos sanitarios.

Por otra parte, debe dejarse constancia de la indudable tendencia al encuentro, ya que tanto el hospital público como el privado están cambiando en la misma dirección. El hospital público tiende a flexibilizarse y a cambiar de posición dentro del sistema de salud, incorporando tecnologías de gestión propias del mundo privado. Por su parte, el hospital privado, debido a las presiones políticas y financieras del entorno, tiende a preocuparse más por su legitimidad social y a incorporar fórmulas de salud administrada propias del sector público. Para favorecer esta tendencia será fundamental mejorar la definición de objetivos y políticas sanitarias públicas (esto es la función de rectoría), que orienten el funcionamiento de ambos tipos de hospital y, a un tiempo, aumentar la capacidad de regulación del sector público en un marco de transparencia y confianza.¹⁸

Al margen de esta controversia, hay que reconocer que en la Región una parte importante de la infraestructura hospitalaria no es de propiedad pública; por ello es importante pensar en el lugar que han de ocupar dichos establecimientos para alcanzar los objetivos de salud pública que los países se propongan. No es de recibo que, en consonancia con esta visión, los ministerios de salud configuren una suerte *Ministerio de los hospitales estatales* desdibujando de este modo su papel rector y regulador, a menudo por falta de instrumentos y competencias y a veces por la permanencia de antiguos paradigmas.

En el contexto de la adecuada regulación para generar reglas comunes, la calidad de la prestación de servicios adquiere un papel de suma importancia. En otros capítulos de este libro se abordará *in extenso* este tema, si bien es preciso destacar aquí que no sólo basta con diseñar un conjunto de normas para formular autorizaciones, sino que el reto estriba en adoptar instrumentos de acreditación y control de los diversos procesos asistenciales públicos y privados en igualdad de condiciones.

El desempeño de sistemas de salud y hospitales en el marco de redes de atención

A raíz de los distintos niveles de salud y el importante gasto sanitario de los países ha surgido la necesidad de evaluar los resultados de los servicios y del sistema de salud en conjunto.^{19,20} Ello significa conocer qué impacto tienen dichos resultados en los niveles de salud de la población y a qué niveles de gasto, cuánta equidad se ha alcanzado en el financiamiento de las acciones, cuánta protección o seguridad social, si se ha dado preferencia a las personas con más necesidades y menor ingreso, cómo percibe la población la atención de salud que recibe, cuál es la capacidad del Estado para ejercer las funciones de rectoría y de regulación y la de los sistemas de salud para marcar objetivos de salud, determinar prioridades, seleccionar intervenciones costo-

efectivas y elaborar e implantar planes de salud, y, por último, articular mecanismos de pago que mejoren la eficiencia de los prestadores vinculando señales financieras con objetivos de salud.

Dado que las señales financieras pueden no ser suficientes para garantizar resultados en los complejos sistemas de salud de la Región, los restantes aspectos que han de evaluarse y que ejercen una poderosa influencia especialmente en la atención médica son las estructuras o formas organizativas, las configuraciones de la prestación de servicios y los vínculos entre los diversos actores que intervienen. Quienes en sus procesos de reforma hayan olvidado éstos últimos aspectos, probablemente deban gastar mucha energía en revertir los nuevos problemas que se generen. A modo de ejemplo valga citar, a sabiendas de que es controvertido, el debilitamiento de las redes de atención observado en algunos procesos de autonomía hospitalaria, como ilustra el caso colombiano.

Así como los sistemas y las redes de servicios deben evaluarse constantemente, los establecimientos hospitalarios cada vez estarán más sujetos a la evaluación de su desempeño.²¹ El hecho de que las transferencias de recursos estén ligadas contractualmente —por medio de compromisos de gestión o de otros mecanismos— a resultados objetivables en los ámbitos de producción, gestión financiera, calidad técnica y satisfacción del usuario, confiere carácter imperioso a la necesidad de crear instrumentos que permitan llevar a cabo dicha evaluación.

En capítulos posteriores de este libro se describirá la forma de elaborar indicadores, que, además de ser útiles para gestionar establecimientos bajo la óptica de la calidad, también son esenciales para establecer compromisos o contratos con los entes financieros. Además, los métodos de evaluación contribuyen a rendir cuentas de la gestión pública de un establecimiento, a procurar un control social efectivo, y a facilitar la comparación de distintos establecimientos y fomentar el aprendizaje y la colaboración entre ellos.

Además, la evaluación también ha de ofrecer información válida a los responsables de la toma de decisiones para orientar las inversiones en infraestructura, modificar las existentes, capacitar o movilizar personas, cambiar flujos o relaciones, modificar estructuras o funciones, y adaptar los recursos y las prestaciones a fin de satisfacer las necesidades de salud detectadas.

La misma visión estratégica y filosófica de la gestión de la calidad que en microgestión debe aplicarse en los hospitales —tema que se analizará en posteriores capítulos—, se puede aplicar a las redes de servicios de salud, que integran el nivel de la mesogestión. No es excusado recordar que los procesos estratégicos de una red de servicios han de estar en sintonía con los que se desarrollen en los diversos tipos de establecimientos que la integran.

Conclusiones

Frente a la complejidad de los sistemas de salud y de los contextos sociales y económicos en que éstos se encuentran inmersos, aunada a las necesidades de salud de la población, las reformas actuales de los servicios de salud tienden a ser sistémicas y a abarcar más aspectos que los exclusivamente financieros. Esto obliga a los países de la Región a afrontar temas sanitarios tales como las políticas centrales del Estado. Dentro de estas políticas, y en lo que atañe al futuro de la gestión hospitalaria en América Latina y el Caribe, se pueden apreciar los siguientes debates.

Primero, un debate sobre los modelos de atención que persigue el objetivo de conceder más importancia a la anticipación del daño a la salud, actuar de forma multisectorial, procurar que

el equipo de salud reconsidere sus competencias, e incorporar al ciudadano con todos sus derechos y deberes.

Segundo, un debate sobre la forma de organizar la prestación de servicios, a fin de contribuir equitativamente a obtener los mejores resultados en salud y satisfacción de las personas con determinados niveles de recursos. En este debate se abordan las maneras de superar la segmentación y fragmentación de los sistemas de salud de la Región, para lo cual es clave retomar el viejo concepto de *las redes de atención*.

Por último cabe citar el debate actual sobre el futuro del hospital, según el cual éste constituye un actor más en el seno de las redes de atención. Asimismo, el hospital, dotado de mayor autonomía de gestión, ha de ser capaz de contribuir —con flexibilidad y en colaboración con otros actores, ahora tan o más relevantes que él— a dar respuestas oportunas y de calidad a las necesidades de salud de la población.

Bibliografía

- 1 Concha M, Aguilera X. Lineamientos metodológicos para la realización de análisis funcionales de las redes de servicios de salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1999. (Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud No. 3.)
- 2 Medici A. Las reformas de salud en América Latina y el Caribe. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 2000:9-26.
- 3 Londoño JL, Frenk J. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para las reformas de los sistemas de salud en América Latina. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 1997. (Documento de trabajo No. 353.)
- 4 Departamento de Desarrollo de la Red Asistencial, Ministerio de Salud, Chile. Sistematización estudios de red asistencial de salud. Serie Resultados Regionales. Santiago de Chile: Departamento de Desarrollo de la Red Asistencial, Ministerio de Salud; Chile 1999. (Documento de trabajo No. 13.)
- 5 Espejo F. Redes de atención en salud mental. Rev Chilena Psiquiatr 1996;13:118-124.
- 6 Espejo F, Verdessi D, Artaza O. Redes de atención. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 1999.
- 7 Solimano G, Pepper S. Perspectivas de la red asistencial de salud en Chile. Santiago de Chile: Corporación de Salud y Políticas Sociales, Organización Panamericana de la Salud; 1999.
- 8 Ministerio de Salud, Chile. Organización de una red de servicios de salud mental y psiquiatría y orientaciones para su aplicación. Normas Técnicas Unidad de Salud Mental. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 1999.
- 9 Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud, Chile. Plan Nacional de Salud Mental y Psiquiatría. Santiago de Chile: Unidad de Salud Mental, Ministerio de Salud; 2000.
- 10 Departamento de Desarrollo de la Red Asistencial, Ministerio de Salud, Chile. Desarrollo de la red asistencial. Santiago de Chile: Departamento de Desarrollo de la Red Asistencial, Ministerio de Salud; 1999. (Documento de trabajo No. 1.)

- 11 Ministerio de Salud, Chile. Estudio de red asistencial. Guía metodológica. Santiago de Chile: Ministerio de Salud; 1977.
- 12 Organización Panamericana de la Salud, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Una selección de ponencias del Seminario Internacional Desarrollo de la Red Asistencial: Experiencias y desafíos. Santiago de Chile del 10 al 11 de noviembre de 1999. Santiago de Chile: Organización Panamericana de la Salud; 1999. (Serie 21 Organización y gestión de sistemas y servicios de salud.)
- 13 Organización Panamericana de la Salud. Reunión Centroamericana de Redes de Servicios de Salud. Informe Final. Presentado en San José, Costa Rica, del 20 al 22 de agosto de 1997. Washington, DC: OPS, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud; 1999. (Serie 15 Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud.)
- 14 Poblete N, Varela ME. Red de alcohol y drogas. Prevención y tratamiento de alcohol y drogas. Santiago de Chile: Universidad de Chile; 1997.
- 15 Ampuero L, Arteaga O, Astorga I, Pinto AM, San Martín H. Sistematización de estudios de red asistencial: Informe de país. Santiago de Chile: División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial, Ministerio de Salud; 1999.
- 16 Organización Panamericana de la Salud. El hospital público. Tendencias y perspectivas. Washington, DC: OPS; 1994. (Publicación HSS/SILOS 39.)
- 17 Pan American Health Organization. Health conditions in the Americas. Vol I. Washington, DC: PAHO; 1998:265-267. (Scientific publication No. 569.)
- 18 Sánchez H, Zuleta G. La hora de los usuarios. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo; 2000.
- 19 Organización Mundial de la Salud. Mejorar el desempeño de los sistemas de la salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Ginebra: OMS; 2000.
- 20 Carrillo E, Rosales C, Blanco J. Sistema de evaluación del desempeño para la gestión. San José, Costa Rica: Ministerio de Salud; 2000.
- 21 Olivares P. Indicadores de gestión sanitaria para la evaluación del desempeño. Santiago de Chile: Fundación para el desarrollo de la red hospitalaria pública; 1998.

Capítulo 4

Tendencias de cambio en los modelos de atención y en la gestión del hospital

Los temas desarrollados en los capítulos precedentes muestran que el sector salud, así como los hospitales, constituyen un sistema abierto que no es ajeno a los fenómenos que afectan al conjunto del tejido social. Los cambios sociales, políticos y económicos anteriormente descritos, obligan al hospital a cambiar. Junto con esta necesidad de abandonar ese *statu quo*, en el capítulo anterior se indica que el hospital no está solo, lo cual explica la necesidad de que dicho cambio debe apreciarse en el contexto de las relaciones que el hospital comienza a establecer con muchos otros actores.

En años recientes, dadas las múltiples razones analizadas en los capítulos precedentes, es posible observar la aparición de una demanda ciudadana de mejores servicios de salud, lo que obliga a los hospitales a transformarse en empresas sociales al servicio de las necesidades de salud de las personas. En esta dirección se han ido desarrollando tendencias de cambio en la organización, cultura y gestión hospitalarias.

El *statu quo* imposible

Esta expresión acuñada por el investigador canadiense Contandriopoulos en 1994, traduce la situación actual del sector de la salud y de los hospitales: la urgencia y envergadura de los cambios que se han de propiciar es tal que resulta imposible permanecer inmóvil.¹ Es necesario emprender reformas estructurales y profundas y no descansar tranquilamente en un *statu quo* imposible de mantener. Veamos algunas de las razones que impulsan a este cambio inevitable.

Las tendencias que presionan los cambios

En la evolución que han presentado los sistemas de salud y los hospitales es posible identificar una serie de factores que han actuado como incentivos o catalizadores de cambio. La magnitud de la influencia de cada uno de ellos es diferente, pues son de diversa naturaleza y actúan en ámbitos distintos. Estos factores se han descrito más extensamente en los capítulos anteriores y entre ellos se han destacado los siguientes: cambios en el papel del Estado, del mercado y de las personas en la atención de la salud; cambios socioculturales de las personas, que presionan por exigir sus derechos como ciudadanos y por el acceso equitativo a servicios de calidad; cambios epidemiológicos y demográficos, que ejercen presión por nuevos modelos de atención; cambios tecnológicos, y, sin duda, presiones de índole económica por contener el gasto sanitario y alcanzar mejores resultados a un mismo nivel de gasto. No cabe duda de que el hospital no puede ser insensible a todos esos factores.

Veamos algunos ejemplos. Un hospital de segundo nivel del Paraguay, cuyos servicios de urgencia están sobrecargados por enfermos con problemas leves y no urgentes, decide firmar un acuerdo de asociación con los centros de salud y la red municipal de policlínicas de su área de influencia. Un hospital cubano inicia una vasta operación de reingeniería para transferir una parte de sus actividades hacia centros ambulatorios en conformidad con la Dirección Provincial de Salud. Un hospital uruguayo, al comprobar la baja eficiencia de sus servicios, lanza una operación global de mejoramiento de la calidad. La Secretaría de Salud de una gran ciudad argentina decide fusionar dos establecimientos, para optimizar los recursos reduciendo los costos. Una Secretaría de Estado de Salud de Brasil, ante el aumento de los gastos hospitalarios y el bajo porcentaje de ocupación, toma la decisión de cerrar un hospital.

Estos ejemplos ponen de manifiesto la necesidad e importancia del cambio, de la reorganización y de la adaptación del hospital a la realidad sanitaria y socioeconómica. No son específicos de la situación de América Latina y del Caribe actual, ya que también se observan en

otras partes del mundo. Sin embargo, el hospital en pocas situaciones se inserta en esta lógica de reforma constante. A menudo se repliega sobre sí mismo, se inmoviliza en su certidumbre y duda en abrirse, en transformarse y en reorganizarse para mejorar la calidad de sus servicios y, sobre todo, para responder a las verdaderas necesidades de salud de la población.

El hospital no ha escapado de la fuerte crisis que golpea al conjunto de los sistemas sanitarios de todo el mundo. Esta crisis afecta profundamente a todos los componentes del sistema de salud y a los esquemas de valores de los diferentes agentes. Las transformaciones y, por consiguiente, el cambio que esta crisis exige son estructurales y de alta complejidad, habida cuenta de las dificultades para llevar a la práctica la reforma hospitalaria. Una de las condiciones necesarias para el cambio del hospital es el desarrollo de una cultura de organización y de gestión basado en un enfoque estratégico.

La capacidad de respuesta a las necesidades de salud de la población

En muchos hospitales latinoamericanos impera una dura realidad: hospitales con porcentajes de ocupación muy bajos, servicios de urgencia sobrecargados, intervenciones quirúrgicas inútiles, ausencia de un sistema de referencia, alto índice de infecciones nosocomiales, equipo médico fuera de servicio o con mantenimiento insuficiente.

Ante esta situación, el cambio debe iniciarse en las políticas públicas y de las autoridades sanitarias (municipales, estatales o federales) que se ocupan de los hospitales. La definición y la puesta en práctica de una política hospitalaria, coordinada con el resto del sistema de salud, es la condición primordial para mejorar el sistema. En efecto, la reforma debe comenzar por concretarse a este nivel de macrogestión, empezando por la identificación de las necesidades de salud de la población que se va a atender y organizando seguidamente la respuesta del sistema a dichas necesidades y, como parte de ella, definiendo el papel del hospital.

Los países de América Latina y el Caribe padecen un importante rezago en este sentido con relación a otros continentes. Las principales reestructuraciones hospitalarias de América del Norte y de Europa occidental se traducen en el cierre de establecimientos, fusiones de hospitales, reducciones drásticas de camas, y transformación de ciertos establecimientos en centros de tratamiento ambulatorio. Las razones de esta nueva política hospitalaria no son únicamente financieras: se trata igualmente de reducir los riesgos sanitarios en materia de infecciones intrahospitalarias y de responder de manera más eficiente a las necesidades de salud, mejorando la calidad de la atención.

Asimismo, la definición de una política hospitalaria debe articular al hospital en el marco de una estrategia de atención primaria de salud, como parte integrante de la red de servicios y engarzar con un plan de organización sanitaria en cada metrópoli o zona rural. Este plan definirá la naturaleza de las necesidades que han de satisfacerse teniendo en cuenta estudios e indicadores epidemiológicos, pero también socioeconómicos, la estructura de los servicios responsable y las modalidades de tratamiento. La función y la actividad del hospital deberían estar definidas y estrechamente coordinadas con las entidades sanitarias restantes como respuesta integral a las necesidades de una población. Por ejemplo, hoy en día la hospitalización convencional clásica no es más que una de las modalidades de tratamiento disponibles. Para responder a las expectativas de los pacientes, mejorar la calidad, reducir los riesgos y los costos, el sistema de salud está adaptando las modalidades de tratamiento en los hospitales, priorizando la cirugía ambulatoria y programando sus prestaciones teniendo en cuenta la estancia media de los pacientes ingresados.

Las autoridades que deciden la política hospitalaria deben igualmente cuestionar la indole del *cliente* del hospital. ¿Se trata del paciente mismo, de los médicos o de la red de servicios de salud? En una proyección social del sistema sanitario, deberá darse preferencia al concepto de comunidad, sin perjudicar la relación hospital-paciente que se sitúa en un segundo plano. El hospital debe concebirse como un instrumento al servicio de una política pública y de una población, lo cual es una condición necesaria para establecer una red y para integrar al hospital dentro de la misma.

La evaluación del desempeño del hospital, tanto como integrante de una red como en su gestión interna, constituye un eje importante para la motivación y la orientación del cambio respecto al mejoramiento de la organización y de la gestión.

Regulación de la oferta de atención sanitaria y crisis de valores

La regulación del sistema de salud trata de ordenar su funcionamiento para responder al doble objetivo indicado a continuación: primero, garantizar un acceso equitativo a una atención sanitaria de calidad, y, segundo, asegurar la eficiencia económica del sistema y de esa manera evitar la dilapidación de recursos.

Para lograr estos dos objetivos, existe una tensión permanente entre diferentes lógicas de regulación, sustentadas por grupos de agentes diferentes: la lógica del mercado (población), la lógica tecnocrática (los organismos que pagan), la lógica profesional (los médicos y el personal sanitario) y la lógica política (el Estado).² Cada lógica de regulación corresponde a una concepción parcial de la salud y la enfermedad y todas compiten entre sí: unas se inclinan hacia la eficiencia económica y las otras, al acceso equitativo a la atención de calidad.

Además de los aspectos relacionados con la regulación propiamente dicha, en este debate también está en juego el porvenir de la medicina; la salud pública y los determinantes de la salud vuelven a cuestionar hoy el dominio de la medicina científica. La renovación de la medicina debe efectuarse a partir de una reflexión sobre los conocimientos científicos y los valores sociales. El concepto de salud abarca realidades muy diversas que no siempre coinciden. Actualmente, se ha establecido claramente que los principales determinantes de la salud de una población se sitúan fuera del sistema sanitario:³ es más efectivo invertir a largo plazo en sectores tales como el saneamiento, el acceso universal al agua potable, el ambiente o la higiene, que en la construcción de hospitales o en la investigación de nuevas moléculas. Sin embargo, los individuos tienen problemas de salud, y ésta es la razón por la cual recurren al sistema de atención sanitaria. En consecuencia, el concepto de salud está también determinado por la forma como ésta es percibida por las personas que sufren y recurren al médico o al hospital. Desde esa perspectiva, para mejorar el estado de salud de una población, no basta con transferir una parte importante de los recursos dedicados al sistema sanitario hacia sectores no sanitarios más eficientes; es preciso imponer a los que toman decisiones políticas la obligación de escoger y definir prioridades en la organización del sistema de atención sanitaria. Esta selección se sustenta en valores éticos y morales que constituyen el marco en que se deben entender los argumentos ideológicos y técnicos, incluyendo los financieros y de regulación.

El hospital se encuentra en el centro de esta problemática, en el debate ideológico sobre el control de gastos y la regulación y en las controversias de índole ética asociadas con ella. Toda reforma hospitalaria debe partir de esta reflexión e integrar valores sociales como la solidaridad, la justicia y la equidad.

El hospital latinoamericano es, por lo general, un gran establecimiento de atención especializada, muchas veces de carácter universitario con servicios de avanzada en cirugía cardíaca, uni-

dades de trasplante y de investigación. Existen también clínicas privadas cómodas y bien equipadas, financiadas por planes de salud reservados a la población con niveles altos de ingreso, que en Latinoamérica representan una minoría. Para la población de recursos modestos, el único acceso a la atención quirúrgica u obstétrica es por medio de un sinnúmero de pequeños hospitales, la mayoría de los cuales disponen de menos de 50 camas. Cuando hay deficiencias en los centros de salud o en las policlínicas, este tipo de pequeño hospital se convierte en la única puerta de entrada a la atención sanitaria y en el único lugar de tratamiento ambulatorio.

Pese a esta gran diversidad, pueden definirse de manera general las razones que imponen el cambio y la reforma hospitalaria. En primer lugar, es la respuesta a las necesidades de salud de la población que está lejos de ser satisfactoria, tanto en el plano macroeconómico como a nivel del funcionamiento interno del hospital. Deben señalarse, además, la falta de adaptación y de evolución ante el desafío tecnológico y las limitaciones financieras y, por último, la ausencia o la insuficiencia de modelos modernos de organización y de gestión de los establecimientos.

Reto tecnológico y limitaciones financieras

La tecnología cobra importancia creciente en la medicina moderna. Hoy se habla de la *complejidad tecnológica* incluso en los hospitales de tamaño mediano donde se practica la cirugía no invasiva y la endoscopia. Las nuevas técnicas de imagen, medicina nuclear, angioplastia o de circulación extracorpórea dan lugar a una especialización cada vez mayor y a una concentración geográfica de las actividades y del equipo. El impacto de esta complejidad tecnológica en la medicina y en el hospital es importante: los médicos son más especializados y menos autónomos. El médico no es más ese hombre solo que ejerce una práctica *liberal* en el marco de un *coloquio singular* con su paciente; se vuelve cada vez más un operador de equipo, que debe actualizar sus conocimientos regularmente y, además, enfrentar problemas económicos y financieros.

Los dirigentes del hospital afrontan también esta complejidad: sus preocupaciones se centran en la calidad de la atención y en la eficiencia de la gestión. La limitación de recursos y la obligación de tomar decisiones económicas con consecuencias directas sobre los servicios clínicos, los sitúan en una posición incómoda en un mundo hospitalario que sigue estando muy alejado de esta cultura gerencial.

La complejidad tecnológica y las limitaciones financieras de los hospitales son otro argumento de peso para justificar el cambio y la reforma de sus modalidades de gestión. Partiendo de las necesidades de salud, de la complejidad tecnológica y de las limitaciones financieras que imponen esta transformación, el cambio afecta entonces a todos los sectores del establecimiento y parte de un enfoque de mejoramiento continuo de la calidad. En aras de la calidad de la atención y de la eficiencia de la gestión, el cambio incidirá en la gestión de los recursos humanos, las actividades industriales y logísticas, el mejoramiento de los servicios de alojamiento y alimentación, la disponibilidad de un verdadero sistema de información, y la práctica de un plan de mantenimiento de los edificios y del equipo.

La emergencia de nuevos conceptos en gestión

En la evolución que han presentado los sistemas de salud, lo que se ha estado produciendo en un cambio lento en la orientación de los servicios desde una situación en que se hacía hincapié en los productos hacia un mayor énfasis en la orientación al usuario. Este es, probablemente, el contexto que puede explicar la progresiva incorporación de la preocupación por la calidad y la responsabilidad (*accountability*).

Si bien hay quienes sostienen que la calidad ha sido una preocupación constante a lo largo de la historia de la medicina, el que la calidad se transformara en un tema de preocupación en los niveles que formulan políticas es un hecho relativamente reciente.⁴ Hacia fines de la década de los ochenta, Relman caracterizaba a la década de los noventa como la era de la evaluación y de la responsabilidad, cuya preocupación por la calidad sería un importante factor.⁵ Paralelamente a la preocupación por la calidad, aumenta la preocupación por la responsabilización de los distintos niveles de organización del Estado, lo que obviamente incluye a las instituciones de salud. Lo que se busca es garantizar que los recursos que se asignan a las instituciones públicas para su funcionamiento engarce con los resultados que se obtienen y exija que quienes asumen responsabilidades rindan cuentas por ellas.

Las transformaciones que se han observado en las instituciones de salud forman parte de un movimiento más amplio que ha incluido tanto a empresas de bienes como de servicios. Los elementos que caracterizan lo que podría denominarse la gestión moderna en comparación con la gestión tradicional, han sido conceptualizados por algunos autores como *gestión de cuarta generación*.⁶ Los componentes que se incluyen en este concepto son la gestión de calidad que pone el acento tanto en procesos como en productos, en el trabajo de equipo que busca comprometer las aportaciones de todos los integrantes de las organizaciones con sus objetivos, y en el uso de pruebas científicas (*evidence*) en la toma de decisiones de gestión para hacer las cosas de la mejor manera posible.

Tendencias generales de desarrollo en la cultura, estructura y gestión del hospital

El hospital se erige como la institución más paradigmática de la organización de servicios de salud. Es también la institución cuya misión ha variado menos a lo largo del tiempo, a pesar de las radicales transformaciones que han afectado a los sistemas de salud en la segunda mitad del siglo XX.

La influencia de los desarrollos conceptuales de la administración de organizaciones sanitarias, y específicamente en los hospitales fue condicionada por ciertas características socioculturales del sector de la salud. La percepción social predominante concebía al médico como el depositario de la verdad sobre el proceso salud-enfermedad. Esto otorgaba al médico un reconocimiento social que, naturalmente, lo ubicaba en la cúspide de la organización sanitaria. Esta organización mantenía una relación asimétrica con la población atendida, a la cual se consideraba receptora pasiva de los procedimientos e intervenciones que el equipo de salud estimaba como los más apropiados para los problemas de salud de la población.

El hospital: organización piramidal y ajustada a las necesidades de los prestadores

Bajo el influjo de las ideas y conceptos del desarrollo industrial, con las aportaciones de Fayol y Taylor, los sistemas de salud se organizaron en niveles jerárquicos con responsabilidades y competencias definidas. El nivel primario fue definido en la base de una organización piramidal de servicios, con baja complejidad y alta cobertura. En la cúspide de la pirámide asistencial del sistema de salud, se encontraba el hospital, definido como entidad de alta complejidad y baja cobertura. A su vez, el componente hospitalario de los sistemas de salud presentaba establecimientos con diferentes niveles de complejidad, desde los hospitales básicos o generales, muchos de ellos rurales, hasta los hospitales de referencia nacional o institutos de especialidad (neurología, traumatología, oncología, etc.) en el vértice de la pirámide de atención hospitalaria.

Resulta fácil entender que la organización interna del hospital reprodujera nuevamente el paradigma burocrático weberiano predominante. En la cúspide de la organización se ubicaba el director médico mientras que la base de la pirámide hospitalaria la ocupaban los operadores de los servicios clínicos que se brindaban a los pacientes.

El modelo burocrático de la organización hospitalaria estaba asociado con un papel del médico como líder del equipo. Las políticas de salud propiciaban el aumento de la cobertura asistencial. Esta combinación favoreció que las necesidades de los prestadores, principalmente los médicos, fueran las fuerzas dominantes en el desarrollo de la organización hospitalaria.

El paso de médicos generales, médicos de cabecera o de familia, a médicos de especialidades básicas, se acompañó también del desarrollo de algunos hospitales especializados en atención de niños (hospitales infantiles) o en atención materna (maternidades). En estos mismos establecimientos, así como en los hospitales generales, el desarrollo de las subespecialidades (cardiología, nefrología, hematología, etc.) alentó el desarrollo de servicios o departamentos clínicos de especialidad, que pasaron a constituirse en parte de la estructura organizativa del hospital, tanto en su componente de atención cerrada como en la atención ambulatoria en consultorios o policlínicos con especialidades contiguos a los hospitales.

Los servicios clínicos fueron desarrollándose, incorporando procedimientos diagnósticos y terapéuticos, lo que a su vez se fue expresando en estructuras departamentales que incorporaron a los organigramas de los hospitales. Las unidades de arritmia en los servicios de cardiología, las unidades de diálisis en los servicios de nefrología y las unidades de endoscopia en los servicios de gastroenterología, pueden mencionarse como ejemplos de esta tendencia de la organización hospitalaria a irse ajustando a las necesidades de los prestadores.

El desarrollo y la complejidad del hospital derivados de la expansión y diversificación de las especialidades médicas, favorecieron la constitución de diferentes categorías de profesionales. El prestigio médico se asocia con la práctica hospitalaria, y quienes ejercen su práctica profesional en niveles ambulatorios son considerados de una categoría inferior. Esta situación, aunque se encuentra presente en menor medida en otras profesiones de la salud y en estamentos no profesionales, entre los que predomina cierta visión social respecto a que el desempeño laboral intrahospitalario tiene mayor prestigio que el ejercicio ambulatorio.

Esta particular visión y valoración social de los actores determina que el núcleo de mayor influencia en el sector salud se concentre en los médicos como profesión y en los hospitales como ubicación. Se conforma así un modelo de poder en torno a los médicos especialistas hospitalarios, quienes en el ejercicio de su influencia obtienen desarrollos adicionales de sus respectivos ámbitos de influencia en el hospital. Esto, a su vez, aumenta la influencia de estos especialistas, quienes tendrán mayor poder para volver a lograr nuevos desarrollos en función de sus particulares intereses, que no necesariamente coincidirán con los del conjunto de la red asistencial, ni tampoco con los de los destinatarios de los servicios que ofrece la red.

Departamentos o servicios clínicos estancos

La mayor complejidad de la estructura hospitalaria derivada de la progresiva incorporación de nuevos departamentos o servicios clínicos se fue traduciendo en una ampliación de la base de la pirámide organizativa del hospital. La creación de unidades dentro de los departamentos añadió nuevos niveles que burocratizaron aún más las relaciones entre quienes se encontraban en la base y en la cúspide de dicha pirámide. Los departamentos se organizaron sobre la base de aparatos (por ej., departamentos de gastroenterología, nefrología o hematología)

o por tipo de instrumentos (por ej., departamentos de radiología, luego ampliado a diagnóstico por imagen, anatomía patológica).

En consonancia con el modelo burocrático, cada uno de estos departamentos, e incluso las unidades dentro de un mismo departamento, pasaron a constituirse en unidades especializadas en determinadas tareas. Este desarrollo, sin embargo, fue originando compartimentos estancos con poca capacidad para relacionarse con otras unidades estructurales de la organización. Se llegó al extremo de aceptar como normal, e incluso como algo deseable, que algunos departamentos tuvieran sus propios servicios de apoyo diagnóstico. De este modo, departamentos como nefrología, hematología o endocrinología, escudados en el argumento de la especificidad de sus requerimientos, desarrollaron sus propios laboratorios, que se incorporaron al laboratorio central del hospital.

Las características de la cultura médica, el requisito de permanente progreso de los profesionales, el reconocimiento que reciben los médicos de sus colegas por la pericia que han adquirido en el uso de nuevas tecnologías, dejaron a los profesionales médicos y a los establecimientos de salud en una situación de vulnerabilidad a la influencia de los desarrollos tecnológicos tanto en materia diagnóstica como terapéutica. Por otro lado, una creciente industria farmacéutica y de equipamiento médico, cada vez más poderosa, ha ido generando una presión capaz de inducir su propia demanda, que ha favorecido el desarrollo de la superespecialización con el consecuente impacto en la estructura hospitalaria.

El crecimiento de la estructura hospitalaria que profundizó el abordaje terapéutico de los pacientes desde las distintas especialidades médicas también significó, paradójicamente, que la satisfacción de las necesidades integrales de los pacientes, más allá de lo exclusivamente técnico y terapéutico, perdiera terreno como centro de preocupación y desarrollo del hospital.

La diversificación del modelo de atención hospitalaria

El concepto del modelo de atención, que se ha analizado ampliamente en el capítulo 3, nos orienta sobre el modo en que determinada sociedad organiza sus recursos formales de salud (humanos, materiales, tecnológicos) para poder responder a las necesidades de salud de la población. Si bien existen diferentes tipologías para describir el modelo de atención, a los efectos de nuestro análisis distinguiremos dos dimensiones que nos ayudan a entender la posición que ocupa el hospital en el modelo de atención, así como los cambios a los que se hace referencia en este capítulo: *tipo de atención* y *nivel de complejidad de la atención*. El tipo de atención permite deslindar las prestaciones entre aquellas de carácter ambulatorio (atención abierta, atención extramural) y las de carácter intramural (atención cerrada u hospitalaria propiamente dicha). El nivel de complejidad denota la capacidad resolutive del establecimiento asistencial, que, en términos generales, puede sistematizarse en alta, mediana y baja complejidad. De este modo, habrá establecimientos donde se ofrecen prestaciones de baja complejidad y de tipo ambulatorio (por ej., centro de salud rural) o de tipo intramural (por ej., pequeño hospital rural). Por otro lado, se encuentran establecimientos donde se brindan prestaciones de alta complejidad y de tipo ambulatorio (por ej., centros urbanos de especialidad médica, consultorios externos de los hospitales de referencia nacional) o de tipo intramural (por ej., atención en hospitales de referencia nacional).

En relación con el hospital como objeto de análisis, las presiones de costos e innovaciones tecnológicas han ido cambiando, entre otros factores, la forma de organizar la atención de salud. Se ha ido consolidando una tendencia a la atención ambulatoria de los pro-

blemas de salud, así como el desarrollo de alternativas de tratamiento hospitalario en escenarios distintos del hospital tradicional. En esta sección del capítulo se describen algunas de las modalidades observadas.

Cirugía ambulatoria—cirugía de día

Una de las innovaciones de tratamiento más significativas es la *cirugía ambulatoria*. Este concepto que, abarca los procedimientos quirúrgicos que pueden ser realizados por el médico que primero ve al paciente que demanda resolver un problema quirúrgico menor, ha ido cobrando importancia en la organización de sistemas y servicios de salud.⁷ La *cirugía de día* (procedimientos quirúrgicos realizados el mismo día que el paciente acude al hospital, al cual se envía a su casa antes del anochecer) es una de las variedades que presenta la cirugía ambulatoria.⁷ El concepto también se amplía a la permanencia del paciente en el hospital por un período menor de 24 horas.

Cada vez es mayor la cifra de tecnologías que permiten tratar de modo más simple problemas de salud que antes requerían gran infraestructura y apoyo logístico y que se traducían en prolongadas permanencias de los pacientes en los hospitales. Si bien esta tendencia a la ambulatorización puede considerarse bastante general, su avance o sus límites dependerán de circunstancias que exceden el ámbito de competencia de los hospitales y la capacidad técnica de los profesionales de la salud. Es evidente que las condiciones generales de vida de las comunidades y las fortalezas relativas de las redes de apoyo familiar y social acotarán la posibilidad de trasladar al ambulatorio la atención de determinados pacientes.

Al analizar específicamente la situación de la cirugía ambulatoria, se ha señalado, con razón, que su situación es diferente cuando se consideran países desarrollados que cuando el análisis se realiza para países en desarrollo. En América Latina, dadas las heterogéneas características de los países y de sus sistemas de salud, se observa un desarrollo desigual de los sistemas de atención ambulatoria. En los países latinoamericanos con mejores niveles de vida y, en cada uno de ellos, en las localidades urbanas con buenos sistemas de transporte, adecuada vivienda e infraestructura hospitalaria, será más factible avanzar en el desarrollo de alternativas quirúrgicas ambulatorias. Por el contrario, en países cuyo nivel de vida es menor y en localidades rurales donde el saneamiento básico y los sistemas de transporte son más precarios, no sólo es difícil que se desarrolle la cirugía ambulatoria, sino que ello puede ser un importante inconveniente. Las condiciones de vida precarias o el apoyo social débil pueden aumentar los riesgos de los pacientes con menor capacidad para valerse por sí mismos cuando son enviados a su domicilio tempranamente tras haber sido sometidos a una intervención quirúrgica.

La idea que subyace a la atención ambulatoria de los pacientes es que estos permanezcan el menor tiempo posible alejados de su ambiente familiar y social. No obstante, hay circunstancias en que, dadas las condiciones de vida de la persona, la permanencia en el hospital puede ser la mejor alternativa. Esto explica lo que a veces se denomina hospitalización por razones sociales. Aunque resulta muy claro en países pobres, la transferencia de parte de la atención los pacientes al ambulatorio también puede ser complicado en países más desarrollados, pues lo que siempre ocurre es que se están traspasando costos desde el sistema de salud a la familia y al núcleo cercano al paciente.

Es necesario entonces que los programas de cirugía ambulatoria, incluida la cirugía de día, incluyan en sus protocolos prequirúrgicos la evaluación social del paciente, de modo que el equipo médico evalúe en conjunto con el usuario o sus familiares la mejor alternativa terapéutica para sus circunstancias personales. Por otro lado, si el hospital está contribuyendo a resolver un problema que excede el ámbito de competencia del sector salud, la sociedad debe reconocer este esfuerzo y expresarlo en las asignaciones de recursos que correspondan.

Hospital diurno

Esta modalidad también se inscribe en las tendencias a la atención ambulatoria de los problemas de salud. Se entiende como hospital diurno un tipo de atención del usuario en el hospital, de modo que reciba en sus dependencias algunos tratamientos durante el día sin ocupar una cama. En esta modalidad de atención podrían incluirse las unidades de diálisis y las salas de medicina física y rehabilitación. El hospital diurno de psiquiatría ha permitido reinserción social y familiar de personas con discapacidad mental que antes sólo tenían como opción la hospitalización de larga estancia, muchas veces indefinida, en instituciones como los asilos.

La alternativa del hospital diurno puede ser una buena opción cuando las condiciones de la comunidad no son suficientemente buenas para que las familias y las redes de apoyo social se hagan cargo de los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos ambulatorios que requieran mayor infraestructura.

Hospitalización domiciliaria y hospitalización de larga estancia

En materia de hospitalización es posible establecer un gradiente entre dos extremos: en uno, la hospitalización de larga estancia, y en el otro, la hospitalización domiciliaria. La hospitalización de larga estancia siempre ha estado presente en la atención hospitalaria, pero se ha ido modificando a medida que se han desarrollado tratamientos más eficaces. Un ejemplo clásico en este sentido son los sanatorios para pacientes tuberculosos.

Cuando las innovaciones terapéuticas y el aumento de costos han presionado al hospital tradicional, su carácter de establecimiento para enfermos agudos ha obligado a desarrollar otras alternativas para la atención de pacientes por periodos más largos. Surgen así los hospitales de larga estancia, en los cuales la atención médica requerida no es de alta complejidad; más bien se circunscribe a cuidados de enfermería. Este fenómeno irá cobrando creciente importancia a medida que las poblaciones envejezcan y se vaya mejorando la capacidad de respuesta social a las necesidades de los adultos mayores.

En el otro extremo se encuentra la hospitalización domiciliaria (*home care*). En esta modalidad el paciente es atendido en su casa en condiciones de apoyo médico y tecnológico equivalentes a la atención que recibiría en el hospital. La miniaturización y las innovaciones tecnológicas que favorecen el traslado de equipos es uno de los elementos que más ha impulsado el desarrollo de esta modalidad. Tras este esfuerzo se busca engarzar el apoyo tecnológico disponible con el medio ambiente familiar del paciente.

La hospitalización domiciliaria ha tenido un importante desarrollo en países de alto ingreso y es parcialmente responsable del aumento de costos de sus sistemas de salud. En países latinoamericanos se ha observado algún desarrollo de alternativas privadas en sectores de población más pudientes. Las experiencias en el sector público son restringidas por su mayor costo, aunque se aprecian algunas asociadas con programas de cuidados paliativos y tratamiento del dolor de pacientes terminales.

Centros ambulatorios de especialidades médicas

La creciente complejidad de los hospitales y, particularmente, el desarrollo de las especialidades médicas condujo a la creación de centros ambulatorios de especialidades médicas. En la nomenclatura tradicional de la organización de la atención sanitaria estos centros pertenecen al denominado *nivel secundario*, que se sitúa como filtro entre el nivel primario y el nivel de aten-

ción hospitalaria. Estos establecimientos, contiguos a los hospitales, se conocen como consultorios adosados de especialidad o centros de especialidades médicas (*outpatient department*).

El desarrollo de reformas en los sistemas de salud de algunos países de la Región hizo emerger algunos modelos de atención distintos que se añadieron a la red asistencial existente. Entre estos modelos cabe mencionar los *centros de diagnóstico y tratamiento (CDT)* y los *centros de referencia de salud (CRS)*, que han tenido un interesante desarrollo en Chile.^{8,9}

Centros de diagnóstico y tratamiento: CDT

Los CDT son centros ambulatorios de alta complejidad que carecen de camas e incluyen prestaciones diagnósticas y terapéuticas de alta capacidad de resolución para las distintas especialidades, como las tomografías (*scanner*) y la cirugía de día. En el caso chileno, algunos de estos centros se han concebido como establecimientos autónomos respecto de los hospitales, aunque con bastante relación con ellos porque se encuentran en sus cercanías.

Por su naturaleza, el CDT no es un establecimiento intermedio entre el hospital y el centro de atención primaria, pues en varias prestaciones presenta un nivel de complejidad que es incluso mayor que el del hospital (por ej., procedimientos radiográficos, oftalmológicos, etc.).

Centros de referencia de salud: CRS

Estos establecimientos tienen un nivel de complejidad menor que los CDT, ya que han sido concebidos para albergar las especialidades médicas básicas (pediatría, medicina interna, cirugía y ginecoobstetricia). Su papel corresponde al de filtro entre el nivel primario y el nivel de mayor complejidad ambulatoria (CDT) o cerrada (hospital).

Los CRS cuentan también con el equipamiento que les permite prestar adecuada atención ambulatoria diagnóstica o terapéutica en las especialidades que incluyen. Estos establecimientos pueden estar alejados de los hospitales de la red asistencial de la cual forman parte.

Desde un punto de vista conceptual, la puesta en marcha de establecimientos como CDT o CRS ha impulsado una nueva concepción de la organización de la atención de salud. De acuerdo con esta conceptualización, la antigua pirámide cuya ancha base estaba representada por el nivel primario y el vértice por la atención terciaria del hospital, se modifica. Este modelo se entiende como un sistema con dos componentes: atención abierta o ambulatoria y atención cerrada u hospitalaria, distinguiéndose, además, dentro de cada componente, niveles de baja, mediana y alta complejidad. Esta sistematización permite expresar con más coherencia que un pequeño hospital rural, aunque brinde atención cerrada, ésta es de baja complejidad y de menor capacidad resolutoria que la atención ambulatoria que se puede prestar un centro de alta complejidad como el CDT.

Nuevos modelos en la atención de urgencia

Desde un enfoque sistémico y en consonancia con el concepto de modelo de atención definido previamente, el sistema de atención de urgencia es un núcleo estratégico de gran importancia en la respuesta de los sistemas de salud a las necesidades de la población.

Antes de referirnos a los cambios observados en la atención de urgencia, es conveniente revisar algunos conceptos. Existen, al menos, dos visiones desde las cuales se puede abordar la atención de urgencia. Desde la perspectiva de la demanda, hay ciertas necesidades de atención

que las personas valoran subjetivamente como impostergables y que las inducen a buscar atención con más premura que frente a otros problemas de salud. Desde la perspectiva de la oferta, también se dan ciertas condiciones que son evaluadas por los equipos médicos que demandan atención impostergable. Ambas visiones con complementarias aunque no necesariamente idénticas. La primera, conocida como *atención de urgencia* propiamente dicha, se construye desde la subjetividad del paciente o de quienes se encuentran cerca de él. En el segundo caso, nos encontramos con una valoración normativa del equipo profesional motivada por la aplicación de criterios clínicos. En este caso se habla de *atención de emergencia*.

La atención de urgencia se ha organizado generalmente como prestaciones ofrecidas por establecimientos de salud de diverso nivel de complejidad asistencial. Sin embargo, la evolución de los servicios ha permitido conceptualizar este tipo de atención en dos componentes: *intramuros* y *extramuros*. El primero está representado por la atención que se brinda en establecimientos de salud, cualquiera que sea su nivel de complejidad. El segundo se conoce como *atención prehospitalaria* y hace referencia a la atención que se presta antes que el paciente sea admitido en el establecimiento de salud.

Los cambios que se han estado observando en la atención de urgencia en los sistemas de salud de América Latina y el Caribe han tenido como concepción subyacente la atención progresiva del paciente, desde que éste tiene necesidad de ser atendido hasta que lo es en la unidad asistencial. De este modo, los servicios de urgencia tradicionales han visto reducir sus camas de hospitalización para irse transformando en estaciones transitorias de atención donde se administran tratamientos después de los cuales se remite al paciente a su domicilio o se interna en un servicio del hospital.

La organización de sistemas de atención de urgencia prehospitalaria, desde que se genera la alarma de atención, abarca diversos procedimientos, como la recepción de la llamada en un centro por personal especialmente capacitado, la evaluación de la necesidad de atención, el tratamiento más adecuado y el transporte del paciente a un centro asistencial.

En varios países de América Latina y el Caribe se han realizado esfuerzos orientados a organizar sistemas de atención de urgencia prehospitalaria cuyo objetivo es responder a la emergencia donde ésta se produce. Desde un punto de vista estructural, estos sistemas tienen un número de teléfono sencillo (por ej., 911 en Costa Rica, 131 en Chile), al que puede se puede llamar solicitando atención. La llamada es recibida por una operadora especialmente adiestrada, que efectúa un tamizaje, para lo cual cuenta con un conjunto de protocolos que le permiten resolver el problema o derivarlo al profesional que brindará la orientación médica que corresponda. El sistema de recepción y regulación de las llamadas se complementa con vehículos y personal de rescate.

Desde un punto de vista sanitario global, el objetivo de la atención prehospitalaria es brindar atención al paciente en el lugar donde se produce la emergencia, así como trasladarlo en las condiciones de estabilización que requiera hasta el centro asistencial más adecuado para su situación específica. El sistema prehospitalario concluye con la entrega del paciente en el establecimiento asistencial.

Los sistemas de atención de urgencia prehospitalaria, para funcionar adecuadamente, necesitan recursos humanos profesionales y no profesionales especialmente adiestrados en emergencias, así como sistemas de comunicación y transporte con características distintivas.

Entre los recursos humanos que cumplen funciones diferentes de las que se prestan en otras unidades de los servicios de salud cabe mencionar al receptor de llamadas telefónicas, que tras-

ciende el papel de telefonista, pues entrega un primer nivel de orientación sanitaria y toma decisiones respecto del despacho de vehículos de baja complejidad. En el extremo efector de la respuesta, se encuentra el equipo de rescate, cuya composición debe ser flexible en función de las condiciones específicas de cada situación. Entre el receptor de la llamada y el equipo de rescate se encuentra, como recurso estratégico, el profesional modulador o regulador de la respuesta, quien orienta al que llama solicitando atención, decide respecto del despacho de vehículos de diferente nivel de complejidad y, si es necesario, presta apoyo técnico a distancia a quienes concurren en el vehículo de rescate a brindar la intervención de emergencia.

La composición de los equipos de atención prehospitalaria varía en cuanto al número y al tipo de recursos humanos. La experiencia de los países de América Latina y el Caribe que han comenzado a implantar sistemas de atención prehospitalaria es variada. Un aspecto que a veces puede ser controvertido es la participación médica en el sistema. La imposibilidad práctica y la discutible justificación de contar con médicos en los vehículos de rescate, suele circunscribir la controversia a la composición del centro de regulación. En este debate influyen los modelos de países que tienen sistemas consolidados (por ej., 911 en Estados Unidos, SAMU en Francia). Más allá de los argumentos teóricos, la realidad de los países de la Región en muchos casos no permite que existan médicos dedicados exclusivamente a la regulación en el centro de llamadas; dicha labor debe ser ejercida por otros profesionales de la salud. En este caso, el sistema ha de considerar mecanismos de comunicación que permitan que dichos profesionales puedan acceder al apoyo técnico médico cada vez que lo requieran. Independientemente de la composición de los equipos de atención prehospitalaria, todos sus integrantes deben ser acreditados en el manejo de emergencias médicas.

El apoyo logístico se centra en los sistemas de comunicaciones y de transporte. Los sistemas de comunicación deben considerar los medios telefónicos y radiales que hagan posible la comunicación de las personas que demandan atención con el centro de recepción y la regulación de las llamadas, así como la comunicación, en todo momento, entre éste y los equipos de rescate. Debido a la heterogénea geografía de los países de la Región, los sistemas de comunicación que garanticen la mejor conexión pueden tener diseños y características técnicas diversas. En el mismo sentido, los vehículos, en cuanto a su equipamiento y del personal que transportan, ha de tener una composición flexible para poder acudir al lugar donde se precisa de atención con la capacidad resolutive más adecuada, maximizando de este modo la eficiencia en el uso de los recursos. Al decidir la ubicación de los vehículos y los equipos de rescate deben tenerse en cuenta la densidad de población y el tiempo que el vehículo tarda en llegar hasta el punto más distante de su radio de acción. La atención médica en situaciones de desastre o en grandes emergencias, si bien se relaciona con la atención de urgencias, tiene peculiaridades que se analizarán en el capítulo 12.

Tendencias observadas en la gestión de recursos

En su proceso de ajuste a los cambios del entorno, el hospital ha adecuado las formas de gestión de sus recursos humanos, financieros y físicos. En esta sección del capítulo se analizarán los aspectos de este proceso que han sido más relevantes para el desarrollo del hospital.

La transformación de la organización hospitalaria

La velocidad con que acontecen los cambios en el mundo actual obliga a las organizaciones a desarrollar capacidades estratégicas para anticipar los cambios y adecuarse a ellos. Las organizaciones que logran mantenerse viables y tener éxito son las que tienen flexibilidad y capa-

cidad de adaptación. Estas tendencias, en el contexto de la sociedad más global que estimula la competencia, presionan al hospital para que éste satisfaga las necesidades del usuario. Por consiguiente, el hospital debe desarrollar estructuras flexibles capaces de reaccionar de manera dinámica y oportuna a los cambios del entorno. Una forma de adecuar la organización del hospital es la inversión de la tradicional pirámide burocrática. Lo que verdaderamente importa en el hospital es la atención directa del paciente. La tarea de quienes interactúan con los pacientes es, por lo tanto, la más estratégica del conjunto de la organización y la estructura de gestión del hospital debe adaptarse a ella.

Sobre la base de esta premisa, las relaciones entre los niveles de responsabilidad de gestión y los niveles asistenciales puros deben ser extremadamente fluidas. Los primeros han de ser capaces de respaldar los compromisos de los que atienden a los pacientes, de manera que el profesional mantenga su credibilidad ante el paciente. Por otro lado, la adecuada comunicación permitirá que quienes prestan la asistencia sólo adquieran frente a los pacientes aquellos compromisos que la organización pueda respaldar.

Hospital por cuidados progresivos de pacientes (CPP): una alternativa de organización

La introducción de nuevos sistemas organizativos como los matriciales, la inclusión de nuevas técnicas como el planeamiento estratégico y el avance de nuevas ciencias como la psicología social, llevó a algunos establecimientos a intentar una experiencia innovadora en el campo de la salud pública: organizar el *hospital por cuidados progresivos de pacientes*. Este modelo, del cual se encuentran pocos antecedentes, se basa en principios fácilmente aplicables y parte de la clasificación de los pacientes en función de su gravedad elaborada por Florence Nightingale en la guerra de Crimea.

A la clásica disposición vertical de agrupamiento por especialidad se superpone una modalidad de organización horizontal que confiere homogeneidad a la atención de aquellos pacientes cuyos trastornos, gravedad y tratamientos son similares. Con ello se busca brindar al sistema la máxima sencillez.

La modalidad de CPP sustituye el ingreso por servicios por otra adaptada a las necesidades de atención del paciente, lo cual explica que se encuentren ingresados en una misma sala, por ejemplo, pacientes traumatológicos con otros ginecológicos. Algunas de las ventajas del cuidado progresivo de pacientes son las siguientes:

- a) Aumenta el acceso al sistema porque acaba con los feudos personales de los jefes de servicio y pone los recursos a disposición del paciente. Evita la paradoja de que un paciente con una enfermedad, por ejemplo traumatológica, no sea ingresado porque la sala de la especialidad esté completa mientras otra tiene camas libres.
- b) Flexibiliza la utilización de los recursos, adaptándolos de forma rápida y efectiva, a las cambiantes necesidades de la comunidad. Ésta es la primera destinataria del esfuerzo del profesional de la salud, es la que demanda pero también aporta los recursos. A manera de ejemplo valga citar el área de programa del Hospital Belgrano, un centro asistencial materno-infantil que debió cerrar sus puertas por un problema interno ante la llamada telefónica del Director de dicha Institución. En el transcurso de una hora se transformó una sala de cuidados intermedios en una sala de maternidad, dando efectiva respuesta a la demanda inesperada. En el sistema clásico de organización es difícil imaginar la transformación de una sala de traumatología en maternidad habiendo camas libres en la primera sala.

- c) En caso de catástrofes o desastres que alteren la capacidad natural de respuesta de un establecimiento es mucho más sencillo adaptar el hospital a la emergencia porque ya cuenta con sectores predeterminados, personal y equipamiento adecuados para atender las distintas demandas. Para ello sólo es necesario habilitar un sector para pacientes graves.
- d) Favorece el trabajo en equipo y el uso en la historia clínica, su actualización y supervisión diaria, lo que redundará en un aumento de la calidad de atención. Además, permite un aprovechamiento más racional e intensivo de los profesionales de enfermería, ya que con poco personal bien capacitado es posible prestar cuidados mínimos mientras el resto del personal se destina al cuidado de pacientes más graves.
- e) El paciente es visto en su integridad biológica, psicológica y social, pues reconoce a un equipo médico de cabecera, lo que hace que se sienta más seguro.
- f) Propicia el uso adecuado de tecnologías por medio de su redistribución interna más adecuada.
- g) El hospital aumenta su comunicación con la comunidad al extender sus servicios hacia los centros periféricos por medio de una política de puertas abiertas que promueve y facilita la participación comunitaria.

Flexibilización en la gestión de recursos humanos

Las empresas de servicios, a diferencia de las productoras, requieren muchos más recursos humanos para funcionar. El cambio en la cultura organizativa del hospital tiene en los recursos humanos el núcleo estratégico que puede determinar el éxito o fracaso del proceso, así como el ritmo y velocidad del cambio.

Los gestores reclaman ordenamientos jurídicos y administrativos que procuren mayor flexibilidad para ir adecuando la estructura de los factores productivos del hospital a las nuevas circunstancias. Esto significa flexibilidad para contratar y despedir y para cambiar los perfiles laborales. En los trabajadores predomina una visión de rechazo a la flexibilización, pues la asocia con inestabilidad y precariedad del empleo.

El impacto de todos estos cambios en los recursos humanos no es menor. Lo que subyace en la propuesta de cambio es una transformación que se orienta a definir perfiles de mayor calificación, estableciendo mayores requisitos para el ingreso en el trabajo, como nivel educativo y exigencias de capacitación continua. Sin embargo, lo más disruptivo respecto de la cultura hospitalaria tradicional que predomina en los trabajadores de salud es el desarrollo de sistemas de remuneraciones basados en el desempeño individual y la productividad. (Véase el capítulo 9.)

Los cambios en las modalidades de financiamiento del hospital

En la evolución de las modalidades de pago a hospitales subyace una modalidad de relación entre los financiadores y los proveedores que ha variado en virtud del traspaso de la administración del riesgo. En las modalidades de pago por servicio, incluyendo el pago por día-cama, el riesgo financiero recae prácticamente en el financiador, pues éste no controla las prestaciones del hospital y debe pagar por cada una de ellas. En el otro extremo, el pago capitado o los presupuestos globales sitúan al riesgo en el proveedor principalmente, ya que éste recibe cierto monto de recursos financieros por las personas que están bajo su responsabilidad y debe administrarlos para financiar las prestaciones que estime necesarias.

Los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) y los pagos asociados a diagnóstico (PAD) son alternativas situadas en una posición intermedia entre el pago por servicio y el pago por presupuesto global; su desarrollo facilita el entendimiento entre financiadores y proveedores porque ambas partes comparten el riesgo financiero de la atención.

Si bien los mecanismos de pago a proveedores de servicios médicos hospitalarios y ambulatorios han evolucionado, el uso preferente de uno no significa que otros se abandonen completamente. Las modalidades de pago no suelen ser puras y en un mismo establecimiento pueden coexistir modalidades distintas.

Salud administrada o *Managed care*

El establecimiento de mecanismos de riesgo compartido está asociado con otro concepto que ha adquirido bastante notoriedad en los últimos años: *salud administrada* o *Managed Care*.¹⁰ Aunque no existe una acepción única de este concepto, es posible entenderlo como la integración de la provisión de servicios y el aseguramiento. Sobre la base de esta definición, también cabe señalar que las prácticas de *managed care* se han empleado en los sistemas de salud predominantemente públicos integrados. No obstante, la adopción de esta modalidad de salud administrada por instituciones privadas constituye una importante novedad.

Desde un punto de vista teórico, en las modalidades de *managed care* coinciden intereses en dos importantes dimensiones: por un lado, se favorece la contención de costos al fortalecer el nivel primario de atención (por ej., el médico de cabecera) en su papel de *agente* que regula el consumo de prestaciones de mayor complejidad para las personas que tiene a su cargo. Por otro, al contribuir a racionalizar el uso de la red asistencial, se fomenta más la cultura de la calidad y de la prevención, lo que beneficia a los usuarios evitando la realización de intervenciones de salud innecesarias.

La *salud administrada*, aunque tuvo su desarrollo inicial más importante en el sistema de salud de los Estados Unidos de América, en los últimos años se ha extendido a países de América Latina.¹¹ Su desarrollo no ha sido fácil y, probablemente, no dejará de ser controvertido. La reducción de la libertad para que el usuario pueda elegir proveedores y el cambio del pago a éstos desde el pago por servicio (*fee-for-service*) a fórmulas de capitación o paquetes estructurados de prestaciones, pueden propiciar que usuarios y proveedores coincidan en actitudes de rechazo a esta modalidad.

La aplicación de nuevos enfoques disciplinarios en la gestión del hospital

En el contexto de las políticas de contención de costos y de evaluación de la atención que han conducido el desarrollo de los sistemas de salud en las últimas dos décadas, hay ciertos enfoques disciplinarios que han enriquecido el arsenal disponible para los gestores hospitalarios.

Por su mayor relevancia, se hace brevemente referencia a tres enfoques que, para el gestor hospitalario, son complementarios y en cierto modo están relacionados entre sí: evaluación económica, evaluación de tecnologías de salud y práctica o medicina basada en pruebas (*evidence based medicine*).

Evaluación económica

La evaluación económica, en el contexto de la atención de salud, intenta responder a una pregunta genérica: ¿se obtienen los mismos resultados cuando los recursos que se consumen en el uso de determinada tecnología para un fin concreto se destinan a otra finalidad?

Cuatro son los tipos de evaluaciones económicas que habitualmente se usan en evaluación de servicios de salud: análisis de minimización de costos, análisis de costo-efectividad, análisis de costo-utilidad y análisis de costo-beneficio.¹² Todos estos métodos comparan los costos de las diferentes alternativas de intervención y las consecuencias de cada una de ellas, aunque difieren en los métodos que se usan para medir estas últimas.

Las evaluaciones económicas también presentan algunas dificultades que conviene tener en cuenta. La determinación de los costos y de las consecuencias de las intervenciones no siempre es fácil. Los estudios de evaluación económica de una determinada intervención pueden ser específicos para el tiempo y lugar donde se realizaron, pero cambiar al variar el costo de oportunidad de los recursos requeridos. Cuando se quiere utilizar información de un estudio en otra circunstancia se debe prestar especial atención, entre otros elementos, al tamaño de las unidades consideradas en el estudio, así como al número de pacientes y al tipo de problemas de salud que presentan (por ej., la casuística o *case-mix*).

Un tema inherente a los estudios de evaluación económica es la elección de la tasa de descuento que se va a utilizar, pues encontrar la tasa que expresa las preferencias temporales de la sociedad, esto es la tasa que la sociedad está dispuesta a pagar por postergar el consumo de un bien o servicio, puede transformarse en una tarea muy compleja. A este respecto puede ser controvertido el tratamiento metodológico que se da a intervenciones preventivas que producirán beneficios a largo plazo.

Evaluación de tecnologías de salud

Si bien la evaluación del impacto de las intervenciones de salud ha estado presente desde hace mucho tiempo, es indudable que la concepción sistemática de la evaluación orientada a conocer la efectividad de las intervenciones de salud es un fenómeno reciente. Probablemente el ámbito donde tuvo un desarrollo más temprano fue en el área de los medicamentos en los años sesenta, cuando se estipuló el cumplimiento de ciertas obligaciones antes de poder comercializarlos.¹³

La primera respuesta institucional al problema de la evaluación de tecnologías médicas fue la creación de la Oficina de Evaluación de Tecnología de los Estados Unidos de América (*Office of Technology Assessment*). La efectividad de las intervenciones de salud cobró importancia después de la difusión de los trabajos académicos de Archivald Cochrane en los años setenta.¹⁴

El concepto original de tecnología en salud se refiere a medicamentos, dispositivos, procedimientos médicos y quirúrgicos, así como a los sistemas organizativos de los servicios y sistemas de salud. Esta definición posteriormente se amplió para incluir todas las tecnologías salud que se aplican en la atención a las personas (sanas o enfermas), y resaltar la importancia de la pericia personal y el conocimiento necesarios para su uso.¹³

Sobre esta base, la evaluación de tecnología de salud se entiende <<como un proceso de análisis dirigido a estimar el valor y la contribución relativa de cada tecnología sanitaria a la mejora de la salud individual y colectiva, teniendo en cuenta su impacto económico y social>>.¹³ En este sentido, la evaluación económica constituye una de las disciplinas más importantes de la evaluación de tecnologías médicas.

El desarrollo de este enfoque cobró importancia en el contexto de las políticas de contención de costos y racionalización del gasto que caracterizaron a los sistemas de salud en los años ochenta. En diversos países desarrollados se organizaron agencias para evaluar tecnolo-

gías de salud, pero en América Latina no fue hasta la segunda mitad de la década de los noventa que comenzaron a crearse algunas oficinas con esta finalidad en los ministerios de salud, cuyo desarrollo ha encontrado bastantes escollos derivados de la escasez de recursos.

Desde el punto de vista de la gestión hospitalaria, la evaluación de tecnologías de salud constituye una poderosa herramienta si se incorpora a los procesos de toma de decisión. Su contribución al mejoramiento de la atención puede ser significativa, dado que aportan información a los que toman decisiones para distinguir las intervenciones efectivas de las que no lo son.

De nuevo es necesario precaver al lector de que los aspectos considerados en los procesos de toma de decisión incluyen diferentes dimensiones, una de las cuales es la evaluación de las intervenciones desde la dimensión técnica. Las variables políticas y culturales también son aspectos determinantes en los procesos de toma de decisión.

Práctica o medicina basada en pruebas o en la evidencia (evidence based medicine)

Este enfoque está directamente relacionado con la evaluación de tecnologías médicas, pues el método más comúnmente usado en dichas evaluaciones es la búsqueda sistemática de las mejores pruebas de efectividad o eficacia disponibles.

La construcción de bases de datos de información médica y las posibilidades de acceder a ellas ha permitido difundir ampliamente el conocimiento científico de diferentes intervenciones médicas.

Por otro lado, también es posible hablar de política basada en pruebas (*evidence based health policy*) e incluso de atención de salud basada en pruebas (*evidence based health care*), como la aplicación de investigaciones sistemáticas a la formulación e implantación de política de salud que no sólo afectan a pacientes individuales, sino a grupos de pacientes y poblaciones. Una consecuencia natural de este enfoque en el hospital sería el desarrollo de la gestión basada en la evidencia.

A semejanza de los dos enfoques previamente analizados, es necesario ser cauteloso al considerar las aportaciones de la práctica *basada en la evidencia*. Entre las dificultades que surgen cabe destacar que la realización de revisiones rigurosas y sistemáticas de la bibliografía puede demorarse más tiempo del que a veces permite la toma de decisiones. A ello se suman como inconvenientes la calidad y la validez de la información disponible, pues no siempre se encontrarán evidencias que respalden la eficacia de una tecnología en los estudios que mayor información causal proporcionan, es decir en ensayos clínicos aleatorizados, controlados y a doble o triple ciego, estudios que, por otra parte, plantean el problema de tener baja validez externa (la posibilidad de extrapolar sus resultados a otros lugares, contextos y circunstancias es baja), dado que las muy especiales condiciones en que se realizan son muy diferentes de las condiciones reales y prácticas en que se utilizan las tecnologías en los sistemas y servicios de salud.

Si el gerente del hospital es consciente de las fortalezas y debilidades de los diferentes métodos, estará en mejores condiciones para obtener el mejor provecho de ellos. Esta aseveración es tan válida y útil para el gerente que use los métodos en el ámbito específico de su establecimiento como para mantener diálogos informados con niveles jerárquicos superiores (autoridades sanitarias o aseguradores) que puedan estar usando estos enfoques para orientar el quehacer del hospital.

Estandarización diagnóstica y terapéutica (protocolos, guías clínicas)

El concepto de estandarización diagnóstica y terapéutica se encuentra estrechamente relacionado con los enfoques previamente analizados. La sistematización de las mejores pruebas (*evidence*) disponibles puede permitir la construcción de algoritmos que faciliten las decisiones de los equipos de salud en sus distintos niveles. Estos algoritmos podrán formar parte de guías clínicas, protocolos clínicos o guías de práctica clínica (*clinical practice guidelines*).

En ocasiones, guías clínicas y protocolos se usan como sinónimos. Sin embargo, estos conceptos presentan algunas diferencias que explican las confusiones que a veces surgen al analizarlos. La guía clínica es una recomendación experta que ofrece ciertos márgenes para que el destinatario pueda moverse en el ejercicio de su práctica específica. El concepto denota una asimetría en virtud de la cual una parte que se supone con mayor dominio técnico sobre el tema abordado en la guía hace ciertas recomendaciones para las partes con menor nivel de conocimientos. Por otro lado, el concepto de protocolo refiere un acuerdo entre las partes que lo asumen como instrumento de relación. El protocolo es un instrumento que surge de la voluntad de acuerdo que expresan las contrapartes. Por esta razón, en la construcción del protocolo tanto o más importantes que sus contenidos son los elementos involucrados en su elaboración. La importancia del protocolo es que las partes involucradas se sientan efectivamente comprometidas con los acuerdos alcanzados (por ej., atención del paciente diabético en el centro de atención primaria y problemas que justifican su derivación a atención especializada en el centro ambulatorio del hospital, y las conductas que siguen a la evaluación del paciente por parte del especialista). Lamentablemente, no son pocos los casos en que existen protocolos para ciertos tipos de problemas de salud y no se cumplen en la práctica. Es posible que en varios de estos casos las partes no se sientan comprometidas con el protocolo simplemente porque no participaron en su elaboración.

Gestión clínica

Algunos de los desarrollos observados en la gestión de recursos analizados se relacionan con otro concepto que ha ido adquiriendo creciente importancia, la que se ha venido en llamar *gestión clínica*. En torno a este concepto existen diversos términos para definir experiencias que pueden calificarse como innovaciones en la gestión hospitalaria y que, en general, se refieren a aspectos que comparten ciertas características. En algunas referencias bibliográficas se pueden encontrar términos como *clinical management*, *case-mix management* o *resource management* para expresar dicho concepto.¹⁵⁻¹⁷

Lo característico de estas modalidades es que comparten algún sistema de estandarización de los problemas de salud de los pacientes que ingresan en un hospital que se asocia con los recursos que se deben emplear en su atención. En torno a estas experiencias es posible identificar algunos ejes que contribuyen al desarrollo de la gestión hospitalaria:

- Dichos ejes propician la revisión de los procesos de atención, lo que permite establecer ciertos productos en cuya producción participan varias unidades del hospital.
- La definición de producto se hace en torno a criterios clínicos como ejes ordenadores, lo que contribuye a estandarizar y reducir la variabilidad clínica.
- Facilitan la integración de las dimensiones o perspectivas médico-asistencial y administrativo-financiera y favorecen que los médicos clínicos se conciencien más de los costos.
- Potencian una cultura de la responsabilidad en todos los niveles de la organización del hospital, lo cual favorece un sentido compartido de misión.

Una de las condiciones básicas que requiere la gestión clínica es contar con información que apoye los procesos de toma de decisiones. Esto origina demandas específicas de información en el ámbito de las definiciones técnicas y médicas y en el financiero. Entre las primeras, es fundamental disponer de algún sistema de clasificación de pacientes, pues sobre la base de la estandarización de las causas de ingreso también se puede estandarizar el tipo de atención requerido en cada caso. Desde la perspectiva del ámbito administrativo-financiero, al establecer las pautas terapéuticas es posible identificar los recursos necesarios para prestar dicha atención y, por ende, conocer los costos en que se incurre.

Al conocer los procesos y establecer los productos con criterios técnicos médicos, también es posible diseñar criterios de calidad que puedan medirse tanto en el proceso como en el resultado (letalidad, mejoría, porcentaje de infecciones intrahospitalarias, satisfacción con la atención entre otros).

Aunque los sistemas de información serán analizados en profundidad en el capítulo 11, cabe señalar aquí que toda información implica un costo que debe valorarse a la luz del beneficio que dicha información proporciona. Si el costo de obtener determinada información es mayor que el beneficio que produce en el proceso de decisión, deben buscarse alternativas o, simplemente, tomar las decisiones con la mejor información que se disponga.

Consecuentemente, los sistemas de clasificación de pacientes y los sistemas de información administrativa asociados con ellos deben estar basados en algunos criterios generales que los hagan viables y útiles para los gestores de los establecimientos hospitalarios de los países de la Región. En este sentido, estos sistemas deberían cumplir al menos tres condiciones: ser prácticos, específicos e independientes. El que sean prácticos implica que permitan acceder a la información importante y relevante con facilidad y de un modo costo-efectivo. La especificidad significa que la información permita medir, y por ende evaluar, cantidad, calidad y oportunidad (tiempo). La característica de independencia se entiende en el sentido de que la información de una categoría o nivel corresponda a ese y no a otro nivel.

Como puede observarse, varios de los aspectos analizados en esta y otras secciones del capítulo son insumos que, utilizados para organizar la gestión hospitalaria de cierta manera, pueden alcanzar su mayor potencial para contribuir al desarrollo de la gestión clínica.

En términos más generales puede decirse que la gestión clínica ofrece un espacio de construcción conjunta donde pueden coincidir la visión de la ética médica, orientada a maximizar el bienestar individual de cada paciente, y la ética social de los administradores, dirigida a maximizar el bienestar del conjunto de la sociedad. En este proceso de encuentro ambas visiones pueden contribuir, desde sus propias perspectivas, a resolver los problemas reales que se derivan de las decisiones que cotidianamente los clínicos y los gestores deben tomar en los hospitales.

El futuro desafío de la contribución del hospital en la red de servicios

En las secciones precedentes de este capítulo se han analizado el desarrollo de la cultura, estructura y organización del hospital, los factores que han estado y continúan propiciando cambios, así como la diversificación en la respuesta hospitalaria a los nuevos escenarios. En esta parte final se abordarán, con perspectiva de futuro, el desafío de la contribución que debe hacer el hospital al conjunto de la red asistencial con el fin de satisfacer las necesidades específicas de atención de los usuarios.

El mayor desafío: desarrollar un modelo centrado en el usuario

Las empresas de servicios, como las instituciones de salud, han ido colocando a los destinatarios de los servicios que ofrecen en el centro de sus preocupaciones institucionales. En las organizaciones de salud, como el hospital, esto supone un cambio de paradigma bastante trascendental, pues conlleva una transformación de los papeles que desempeñan los prestadores de la atención de salud y de los que reciben los servicios.

El cambio desde el paciente al cliente

El concepto de usuario, que aún se encuentra muy arraigado en el ámbito de la salud, es el de un paciente que desempeña un papel pasivo acepta lo que los profesionales deciden en su lugar y lo que las instituciones les ofrecen en relación con la oportunidad y la calidad de la atención. De acuerdo con esta concepción, el papel del profesional de la salud, y en particular el del médico, corresponde al de un agente en el cual el paciente delega su poder de decisión para que éste determine la mezcla de prestaciones (exámenes, exploraciones, tratamientos) más adecuada para el motivo que generó su consulta.

La revolución de las comunicaciones está produciendo un cambio muy importante en las relaciones entre las personas y las instituciones de salud. El acceso a internet, por ejemplo, es una fuerza que tiende a disminuir las asimetrías entre proveedores y usuarios, que van aumentando su poder y adquiriendo un papel más activo, más propio de clientes o consumidores que de *pacientes* tradicionales.

En suma, la concepción del usuario para las instituciones de salud, y particularmente para el hospital, debería encauzar y acentuar su evolución desde el paciente pasivo hacia el cliente con derechos y deberes claramente explicitados.

La participación del usuario en la gestión hospitalaria

El cambio en los modelos de gestión desde enfoques clásicos hacia modelos más participativos ha favorecido que los usuarios puedan participar en la gestión de los hospitales y de otras instituciones de salud. En muchos casos, esta mayor participación de los usuarios ha ido adquiriendo expresiones en organizaciones más o menos formales.

En la experiencia europea, países como el Reino Unido, han incorporado representantes de usuarios en la dirección y gerencia (*boards*) de los hospitales, a los cuales se han dado atribuciones para nombrar a los equipos ejecutivos que se hacen cargo de la gestión de los establecimientos. En otros países como Holanda, Suecia o Estados Unidos de América (Oregón), se ha incluido a ciudadanos en procesos de consulta para poder establecer prioridades.

En el contexto latinoamericano se han desarrollado algunas experiencias de inclusión de usuarios en la gestión de hospitales. Estas instancias son, en general, de tipo consultivo, no resolutorio, y la función que se les asigna es la de colaborar en la gestión, cuya responsabilidad sigue recayendo en los equipos técnicos. Los consejos de desarrollo hospitalario se insertan en esta perspectiva.

El desafío en este ámbito será la apertura de espacios para la participación de los usuarios en la gestión. Esta apertura debería considerar tanto su dimensión colectiva como su dimensión individual. La primera está asociada con las decisiones de manejo global de los recursos hospitalarios, entre las cuales cabe mencionar la participación de representantes de los usuarios en los directorios que designen a los equipos gerenciales de los hospitales públicos, la aprobación de planes de desarrollo que incluyan inversiones y la aprobación de los presupuestos operacionales anuales. La dimensión individual corresponde a un aumento de la autono-

mía del individuo para que participe en las decisiones diagnósticas y terapéuticas que le afectan, lo que, entre otros aspectos, incluye consagrar el derecho a la segunda opinión.

Usuarios externos y ¿usuarios internos?

El fortalecimiento de la orientación al usuario ha dado pábulo a que algunos caractericen a los usuarios como clientes o usuarios externos e internos. Aunque esta sistematización puede ser útil para que los gestores desarrollen estrategias diferentes y adecuadas para cada tipo de usuario, también es incluye términos que inducen a confusión, ya que pone en un mismo nivel de jerarquía al usuario (al paciente) propiamente dicho —quien encarna esencialmente la razón que justifica la existencia del hospital— y los diferentes proveedores, cuya misión no es otra que satisfacer las necesidades de atención del primero.

Es cierto que en el hospital las relaciones entre los diferentes servicios clínicos y unidades son dinámicas, pues en algún momento una unidad puede ser proveedora de un servicio (por ej., el servicio de radiología efectúa un examen radiológico a un paciente de medicina interna) y en otro puede ser usuario del servicio que otros ofrecen (por ej., el servicio de radiología recibe placas radiográficas del departamento de abastecimientos). Lo importante, sin embargo, es que el conjunto de la organización no pierda de vista que todas las relaciones entre sus diferentes componentes han de estar supeditadas a las necesidades del cliente principal, es decir la persona que acude al hospital en demanda de la recuperación de su estado de salud.

Aspectos técnicos y aspectos no técnicos en la atención

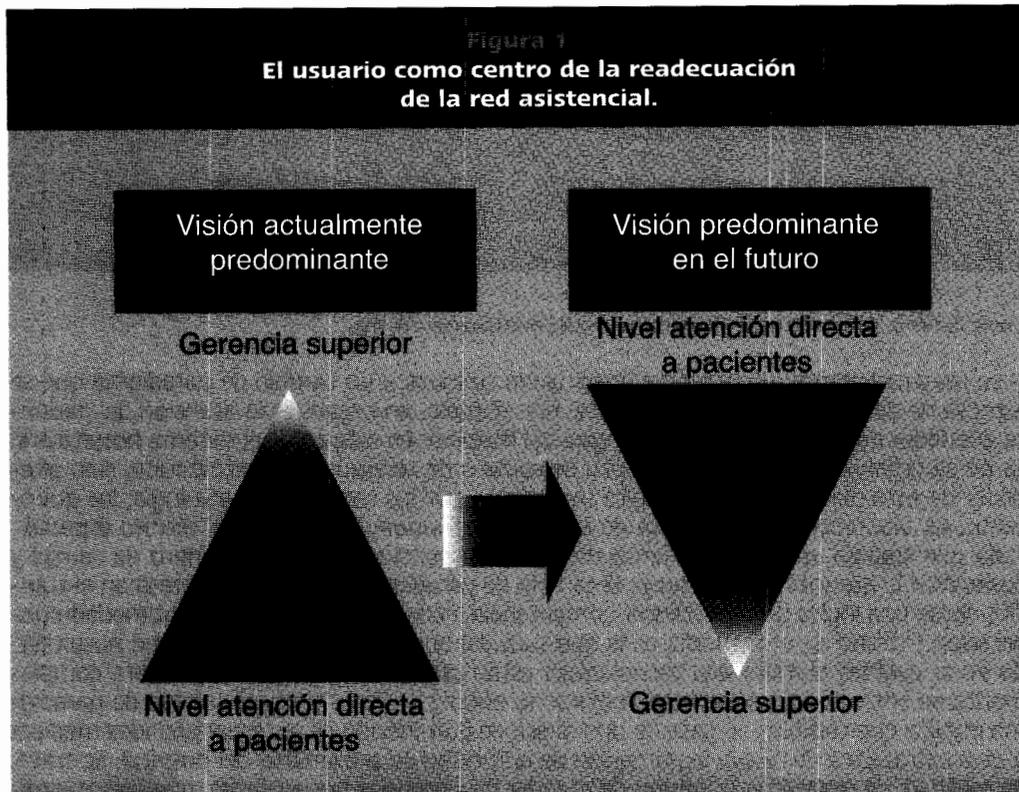
Al ir cambiando el eje de desarrollo de los servicios hospitalarios desde un polo marcado por el predominio de la orientación al producto y a las necesidades de los propios prestadores hacia un poco en el cual se destaca más la orientación al usuario-cliente, necesariamente se produce un cambio en la mezcla de aspectos técnicos y no técnicos de la atención.

En un ambiente en que las organizaciones de salud, incluido en el hospital, asumen que son sólo los profesionales quienes determinan las prestaciones más adecuadas para cada paciente, obviamente el acento recae en las características técnicas de dichas prestaciones (tipo de intervención, oportunidad de hacerla, lugar y modalidad para ejecutarla, días de permanencia en el hospital). Los aspectos no técnicos de la prestación son desatendidos porque no se les da importancia respecto a lo que verdaderamente importa y determinan los profesionales. Cuando el eje de la organización cambia y se coloca al usuario-cliente como centro dinamizador del quehacer hospitalario, los aspectos no técnicos adquieren relevancia. Por el fenómeno de asimetría de información antes mencionado, en realidad lo que más preocupa al paciente no son los aspectos técnicos, ya que para él dichos aspectos seguramente corresponden a lo que debe hacerse. Además, el paciente asume que el hospital donde él ingresará cumple ciertas normas que alguna autoridad debe haber definido, en virtud de las cuales se le autoriza para que funcione. Lo que al paciente le preocupa son todas aquellas cosas adventicias de la atención: ¿estará solo o acompañado, las comidas serán de buena calidad, tendrá suficiente abrigo, se permitirá el libre acceso de los familiares?

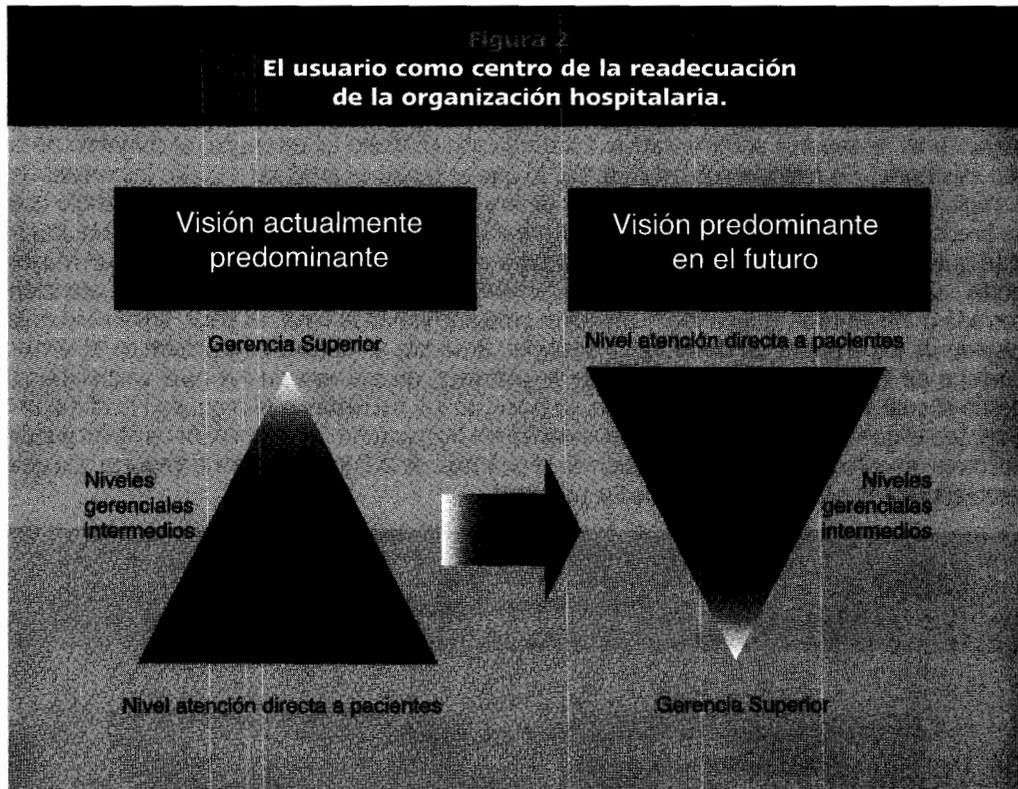
En esta perspectiva se entiende perfectamente que algunos autores hayan contribuido a que la evaluación de los servicios de salud se realice sobre la base de las expectativas y los deseos de los pacientes respecto a su salud y calidad de vida, más que con arreglo a aspectos relacionados con la dimensión clínica o técnica.¹⁸

**Los cambios en los modelos de gestión
derivados de la diversificación de la respuesta hospitalaria**

Las diferentes modalidades que ha ido adquiriendo la respuesta hospitalaria necesitan estructuras de soporte administrativo. Este requisito también es extensible al conjunto de la red asistencial. En relación con esta última, lo que se busca es articular a todos los niveles de complejidad en función de las necesidades de los pacientes. La figura 1 ilustra el cambio que es preciso realizar para avanzar en la modernización de los servicios asistenciales. En la situación que predomina actualmente, representada en el sector izquierdo de la figura, el mayor poder, simbolizado por la cúspide de la pirámide organizativa, se concentra en la atención cerrada o intramuros, quedando la atención ambulatoria en la base, es decir, en el nivel más alejado de los espacios de decisión. La situación deseable en el futuro, ilustrado en el sector derecho de la imagen, es la inversión de la pirámide, de manera que el nivel ambulatorio, desde el cual surgen las necesidades de atención de los pacientes que requieren hospitalización, sea el que efectivamente module la demanda hospitalaria. En el hospital también puede aplicarse un enfoque similar: la inversión de la pirámide de la figura 2 ilustra la importancia que debe adquirir el nivel de atención de las personas.



Fuente: División de Políticas y Gestión. Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.



Fuente: División de Políticas y Gestión. Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile.

La reestructuración de la oferta hospitalaria conduce a un cambio de paradigma que se expresa de diferentes maneras. Consiste, por ejemplo, en organizar la atención del paciente alrededor de la plataforma tecnológica del hospital. En este caso, el sistema hospitalario ya no se organiza en torno al concepto de cama o de servicio de hospitalización, sino alrededor de esta plataforma tecnológica compuesta por los servicios de radiología, los quirófanos, los laboratorios, los servicios de exploración funcional, y el personal técnico especializado que trabaja en ella. Semejante organización permite reducir el número de camas y desarrollar la atención ambulatoria. El cambio de paradigma también se expresa en el tránsito desde una lógica de coexistencia-competencia a una lógica de complementariedad-cooperación.¹⁹ Dicho de otro modo, es la apertura del hospital a una verdadera red hospitalaria en la cual las plataformas tecnológicas están organizadas y distribuidas para complementarse entre sí, lo que permite mejorar su eficiencia. Por último, el cambio de paradigma implica que también se pase de una lógica de dominación de las especialidades médicas a otra estratégica de nueva legitimación de la función de proximidad del hospital. Se trata, en realidad, de rehabilitar la misión de atender las urgencias hospitalarias, que fueron omitidas durante demasiado tiempo.

De este modo, la organización hospitalaria puede adquirir una estructura matricial, cuyo núcleo sea la organización por procesos de producción. En este modelo, el elemento vertebrador de los diferentes procesos productivos es la necesidad del paciente individual. Esto significa definir un proceso (por ej., cuidados quirúrgicos) e identificar a su responsable (por ej.,

jefe de cuidados quirúrgicos). En torno al proceso cuidados quirúrgicos, el paciente va teniendo distintas necesidades (exámenes prequirúrgicos, visita preanestésica, cirugía propiamente dicha, recuperación postanestésica, postoperatorio intrahospitalario, seguimiento después del alta), que se deben satisfacer mediante la intervención de profesionales que participan en otros procesos productivos (por ej., recuperación anestésica de los pacientes intervenidos) y que, a su vez, tienen un responsable distinto. Así, se podrán encontrar profesionales de una especialidad apoyando a una unidad por tipo de cuidado (por ej., un neurocirujano en unidad de urgencias), una estructura por núcleos de producción (a veces los mismos antiguos departamentos que ofrecen profesionales en grupos de gestores de procesos) cuidados quirúrgicos, atención ambulatoria, etc.

En este contexto, las unidades administrativas clásicas dependientes de las direcciones administrativas de los hospitales (servicios generales, abastecimiento, recursos humanos, recursos financieros, entre otros) se convierten en elementos de apoyo del conjunto de procesos productivos.

Si se definen procesos y se nombran sus responsables es posible avanzar en la definición de objetivos, lo que permite a los niveles gerenciales del hospital evaluar el cumplimiento de dichos objetivos. Esta es, a su vez, la base para poder incorporar el control de calidad en la práctica cotidiana del hospital. Al ir definiendo procesos y objetivos algunos los procesos productivos se podrán externalizar. Lo habitual es pensar en exteriorizar sólo algunos procesos de apoyo administrativo (por ej., aseo o vigilancia). Sin embargo, también es posible exteriorizar los de tipo clínico (por ej., exámenes clínicos o radiológicos). Cabe destacar que exteriorizar no es sinónimo de privatizar; un servicio que se exterioriza puede ser proporcionado por un proveedor privado, pero también puede prestar un proveedor público (por ej., un tomógrafo en un establecimiento público con el cual se presta un servicio a pacientes de otros establecimientos públicos). No existen soluciones únicas, y el gestor deberá estar permanentemente evaluando la conveniencia de acceder al producto específico mediante la compra a agentes externos o bien optar por el desarrollo propio.

El desafío que yace tras este cambio supone una gran transformación de cultura y en absoluto es fácil de implantar. Un requisito básico para dar viabilidad a este cambio es la profesionalización de la gestión, de manera que efectivamente se vaya construyendo una inteligencia gestora permanente que permita al hospital irse beneficiando de los esfuerzos de optimización de la gestión.

En lo que respecta a alternativas diferentes a la hospitalización tradicional, los requerimientos de apoyo administrativo también serán distintos. Las modalidades que dimanen de la tendencia a trasladar la atención a ambulatorios, a diferencia de los que pudiera pensarse en una primera impresión, demandarán sistemas de gestión de muy alta complejidad. Los sistemas de información de cada paciente exigirán definir un conjunto estandarizado de datos básicos que permita una gestión expedita y oportuna. Los sistemas de apoyo diagnóstico prehospitalarios habrán de estar protocolizados y se deberán monitorizar permanentemente, pues su cumplimiento está en directa relación con el éxito de las alternativas de atención ambulatoria de los pacientes. Los sistemas administrativos de apoyo a distancia a los pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos ambulatorios o en modalidades de hospitalización domiciliaria deberán ser seguros y confiables, lo que demanda cierto nivel de complejidad tecnológica del cual los gestores deben ser conscientes.

La gestión del recurso humano, de la infraestructura y del equipamiento en las modalidades de atención abierta plantea grandes desafíos. El mero objetivo de hacer funcionar estos establecimientos con un ritmo similar durante todo el día ya entraña un desafío de envergadura. En

efecto, la cultura médica prevaleciente, que busca concentrar en las mañanas la actividad profesional desarrollada en establecimientos públicos para poder ejercer la práctica privada durante las tardes, demandará sofisticados diseños de incentivos económicos y no económicos. La necesidad de contar oportunamente con médicos de especialidades de mucha demanda y cuya oferta es escasa, precisa de sistemas flexibles de contratación cuya implantación no es sencilla y exige introducir modificaciones legales en los regímenes estatutarios laborales vigentes.

Por otra parte, las modalidades de hospital de larga estancia y de hospital diurno, cuya atención médica se caracteriza por una complejidad menor que la del hospital de agudos tradicional, requerirán sistemas de apoyo a la gestión más sencillos. En este caso, lo que puede ocurrir es que la simple aplicación de modelos gestión del hospital tradicional sobrestimen las necesidades reales de apoyo administrativos requeridas por estas experiencias.

Las soluciones administrativas que deben acompañar al desarrollo hospitalario son diversas y complejas. Si bien existen soluciones tecnológicas a la mayor parte de estos problemas, la realidad de los establecimientos públicos muestra que la disponibilidad de dichas tecnologías es bastante relativa. A corto plazo no parece que las condiciones de restricción al acceso de dichas tecnologías vayan a variar notablemente respecto de la actual situación.

Por otro lado, debe tenerse en cuenta la posibilidad de desarrollar fórmulas de apoyo administrativo a establecimientos cercanos, lo cual se abordó en el capítulo 3. La información sobre este tema (como la relación entre los CDT y el hospital general definido como hospital base para un determinado territorio sanitario en el sistema chileno) en algunos casos no es muy alentadora, puesto que la dinámica del hospital tiende a imponerse a la lógica de gestión requerida desde una perspectiva ambulatoria. No obstante sus dificultades de implantación, ésta no es una alternativa que pueda descartarse *a priori*, ya que su desarrollo adecuado puede contribuir a mejorar la eficiencia en el uso de los recursos.

En suma, el cambio organizativo del hospital es un imperativo que se impone también a partir de la necesidad de integración en la red de atención médica. Este concepto de red plantea al hospital y a los demás servicios de salud la cuestión de la continuidad y la fluidez de la atención en el espacio y el tiempo.¹⁹

El desarrollo futuro de los servicios clínicos

El perfil demográfico y epidemiológico de las poblaciones está cambiando, lo que se traduce en que las causas de enfermedad y muerte se modifiquen, con el consiguiente impacto en la demanda por servicios hospitalarios. A medida que las poblaciones envejecen y aumenta el peso relativo de las enfermedades degenerativas, la demanda de servicios hospitalarios cambia. El efecto de las innovaciones tecnológicas se está produciendo en el mismo sentido.

El desafío para el hospital será organizarse en una red interna, que se articule con la red asistencial externa. Esta nueva organización provocará importantes modificaciones en el campo hospitalario. En el nuevo paradigma, se privilegia la acogida de los pacientes en el hospital, es decir el servicio de urgencia, el sistema de admisión y las consultas ambulatorias. También se privilegia la plataforma tecnológica, que constituye el centro y el eje central de la institución. Las nuevas modalidades de atención son la consecuencia directa de esta doble prioridad.

Todo ello va a introducir importantes modificaciones en el funcionamiento interno del hospital: "el hospital de mañana es el hospital de hoy, pero más abierto sobre el mundo exterior

y sin sus disfunciones habituales".¹⁹ El modelo de organización basado en una superespecialización de los conocimientos y de las prácticas profesionales ya no es adecuado ni respecto a la calidad de la atención ni a sus costos. Todas las reflexiones e investigaciones realizadas en varios países sobre el porvenir del sistema hospitalario conducen a las mismas propuestas: garantizar a los enfermos el acercamiento global y multidisciplinario de los tratamientos, porque ello no sólo permite "curar mejor", sino también "gastar mejor".

La oncología es una disciplina que ilustra particularmente bien esta nueva organización hospitalaria. Su desarrollo se fundamenta sobre nociones de multidisciplinariedad, de red de atención médica y sobre protocolos terapéuticos evaluados. La atención en oncología ha de ser necesariamente global, pues a menudo un mismo paciente necesita distintos tratamientos complementarios (atención médica, quirúrgica, radioterapia y quimioterapia). Los éxitos terapéuticos en oncología se basan en estrategias terapéuticas multidisciplinarias, que incluyen, por ejemplo, el concurso de distintos especialistas, el seguimiento de la evolución del paciente después del tratamiento, la atención paliativa y el tratamiento del dolor. Las exigencias de calidad y de respeto a los procedimientos experimentados, así como la evaluación de sus resultados, son los garantes de la efectividad del tratamiento.

El ejemplo de la oncología también pone de manifiesto la importancia de las condiciones de la atención al paciente y su calidad junto con el carácter psicológico de esta asistencia y las opciones éticas que tienen los equipos médicos. En este sentido, hay casos en que es preferible renunciar a un tratamiento curativo y ofrecer solamente cuidados paliativos para mejorar la calidad de vida del paciente.

Desde una perspectiva de futuro, cabe esperar que en especialidades como la pediatría se mantengan algunas tendencias que ya se han observado en la demanda de camas hospitalarias. Un ejemplo de ello es la creciente importancia de las enfermedades respiratorias y la simultánea reducción de las infecciones del aparato digestivo como motivo de hospitalización. Asimismo, cabe apuntar el aumento del tratamiento quirúrgico de enfermedades que antes no eran tratables, como las malformaciones congénitas y especialmente las cardiovasculares. Para hacer frente a este último tipo de prestaciones, el hospital deberá fortalecer todas las unidades de apoyo diagnóstico y terapéutico, como las de cuidados intensivos y los laboratorios.

Un fenómeno interesante en pediatría lo ejemplifican las unidades de neonatología. Estas unidades aumentarán su nivel de complejidad como consecuencia de la disponibilidad de tecnologías más complejas y efectivas para tratar a niños cada vez más pequeños. Además, cabe esperar que la demanda de camas de neonatología disminuya en la medida en que se reduzca la fecundidad de los países. Por ejemplo, en un hospital nuevo de la Región Metropolitana de Santiago en Chile, los casi siete años transcurridos entre que se diseñó el modelo médico y arquitectónico y se entregó el nuevo edificio explican que la demanda de camas de este servicio superara en un 30% su proyección original.

En cuanto a la atención de adultos es posible prever una acentuación de los cambios que se están observando en la demanda de servicios hospitalarios, derivados tanto del de los cambios demográficos y epidemiológicos como del efecto de la incorporación de nuevas tecnologías en la oferta asistencial. Hay servicios que crecerán, como las unidades intensivas y los servicios médicoquirúrgicos de traumatología, enfermedades cardiovasculares, oncología y trasplantes.

La tendencia a potenciar la atención ambulatoria se acompaña de un aumento de la complejidad de esta prestación en el ámbito hospitalario. Por otra parte, y a consecuencia de los cambios en las tecnologías terapéuticas, especialidades como oftalmología y dermatología están reduciendo el número de camas y aumentando la atención ambulatoria.

En este escenario, la visión tradicional de los servicios clínicos propietarios de parte de la dotación de camas hospitalarias no sólo va perdiendo sentido sino que constituye un escollo que se ha de superar. Como ya se mencionó, la gestión flexible de la ocupación de camas en función de las necesidades del usuario se convierte en imperativo en un ambiente de gestión que busca satisfacer las necesidades de salud. El reto no es simple: a lo anterior hay que añadir que la atención hospitalaria exige áreas de alta especialización y, por ello, sólo será posible reconvertir los recursos humanos mediante la implantación de políticas de mediano y largo plazo.

Algunas reflexiones finales

En la realidad de muchos países de la Región, las interacciones del hospital con los demás establecimientos de la red se producen en un contexto de relaciones no sistemáticas, espontáneas y poco reguladas. Un ordenamiento tendiente a sistematizar y formalizar estas interacciones podría redundar en mejoras notables de la capacidad de respuesta del conjunto de la red a las necesidades de atención de los usuarios.

En el contexto de la red asistencial, el hospital interactúa con otros establecimientos que corresponden a otros tipos de organizaciones. La contribución del hospital al conjunto de la red parte de una determinada especificidad: la *atención cerrada*. Este tipo de atención complementa la atención ambulatoria de diferente nivel de complejidad que brindan distintos tipos de establecimientos. El hospital no sólo ofrece atención cerrada, sino también prestaciones médicas de especialidad de forma ambulatoria, tendencia que se ha visto acrecentada en los últimos años. Sin embargo, la esencia de la prestación hospitalaria es la atención que gira alrededor del paciente ingresado. Es tal la fuerza de esta imagen que incluso algunas modalidades innovadoras, como las analizadas en este capítulo, mantienen el nombre de hospitalización para denotar una atención sanitaria en torno al recurso de la cama hospitalaria (por ej., la hospitalización domiciliaria o la abreviada).

Desde la práctica de la atención cerrada el hospital pone sus recursos y prestaciones a disposición del conjunto de la red, apoyando en ella las acciones de los restantes niveles asistenciales y, a su vez, apoyándose en ellos, cuando lo que requiere el paciente es la atención ambulatoria de su problema de salud.

Los desafíos que supondrán para los gerentes los futuros cambios del hospital son enormes. Cuanto antes se busquen las mejores alternativas, tanto más tempranamente se encontrarán las soluciones que con urgencia reclaman los usuarios de los hospitales de la Región, especialmente los más pobres y necesitados.

Bibliografía

- 1 Contandriopoulos AP. Réformer le système de santé: une utopie pour sortir d' un status quo impossible. Ruptures (Montreal) 1994;1:8-26.
- 2 Contandriopoulos AP, Pouvoirville G. Entre constructivisme et libéralisme: la recherche d' une troisième voie. Montréal: Group de Recherche Interdisciplinaire en Santé, Université de Montréal; 1991. (Cahier No. 91-03.)
- 3 Institut Canadien de Recherches Avancées. Les déterminants de la santé. Toronto: Institut Canadien de Recherches Avancées; 1991. (Rapport No. 5.)
- 4 De Azevedo AC, Korycan TL. Transformar las organizaciones de salud por la calidad. Santiago de Chile: PARNASSAH; 1999.
- 5 Relman AS. Assessment and accountability: The third revolution in medical care. N Engl J Med 1988;319:1220-1222.
- 6 Joiner B. Fourth generation management: The new business consciousness. New York: McGraw-Hill; 1994.
- 7 World Health Organization. Day surgery: Implications for developing countries. Geneva: WHO; 1999.
- 8 Ministerio de Salud. División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial, Chile. Estudio de red asistencial: guía metodológica. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, DINRED; 1997.
- 9 Ministerio de Salud, División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial, Chile. Sistematización de estudios de red asistencial de salud: visión nacional. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, DINRED; 1999.
- 10 Getzen TE. Health economics. Fundamentals and flow of fund. New York: John Wiley and Sons; 1997.
- 11 Centro Latinoamericano de Investigación en Sistemas y Servicios de Salud. Managed Care. Santiago de Chile: CLAISS; 1994. (Documento Diálogos en salud No. 4.)
- 12 Coyle D, Davies L. How to assess cost-effectiveness: Elements of a sound economic evaluation. En: Drummond M, Maynard A, eds. Purchasing and providing cost-effective health care. London: Churchill Livingstone; 1993.
- 13 Organización Panamericana de la Salud. El desarrollo de la evaluación de las tecnologías en salud en América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud; 1998.
- 14 Cochrane A. Effectiveness and efficiency. London: Nuffield Provincial Hospital Trust; 1972.
- 15 Casas M, Varela J. Gestión clínica: instrumentos y potencialidades. Todo Hospital 1994;105:61-68.
- 16 Packwood T, Keen J, Buxton M. Hospital in transition. The resource management experiment. Buckingham: Open University Press; 1991.
- 17 Alvarado R, Díaz E, Aravena P, et al. Innovando en la gestión del Hospital Barros Luco-Trudeau. Rev Chil Salud Pública 2000;4:54-64.
- 18 Frater A, Sheldon TA. The outcome movement in the USA and the UK. En: Drummond MF, Maynard A, eds. Purchasing and providing cost-effective health care. London: Churchill Livingstone; 1993.
- 19 Omnes L. Los cambios en la organización en el hospital. Ruptures (Montreal) 1998;5:27-33.

Capítulo 5

Criterios de definición del hospital en su contexto

El hospital como empresa social de servicios de atención de salud

La característica distintiva del hospital en el contexto de las empresas de servicios es la naturaleza de su quehacer. El trabajo dirigido a aliviar el sufrimiento y preservar la salud y la vida es difícil de contextualizar como área de *negocio* o *industria* para los ciudadanos, los políticos y los profesionales del sector salud. Sin embargo, la necesidad de profesionalizar la gestión de los hospitales ha dado origen a modelos y disciplinas que hacen tambalear la concepción de la organización hospitalaria que tenían o tienen sus protagonistas tradicionales. La armonía entre el pensamiento gerencial y la concepción médica de la institución hospitalaria es el escenario global donde se plantea la definición del hospital.

Las dicotomías tradicionales —clínicos y gestores, técnicos y políticos— explican que los hospitales no hayan creado una cultura de empresa ni una visión corporativa compartida interna y externamente. Los clínicos suelen estar convencidos de que son ellos *quienes lo saben y pueden todo* respecto al quehacer y la organización del hospital y piensan que la actividad hospitalaria se fundamenta en dos únicos criterios: conservar el respeto y la confianza de los pacientes, y mantener la habilidad de curar y disminuir el sufrimiento. Lo primero no es asunto de los gestores (relación médico-paciente) y lo segundo supone solamente capacidad (libertad) profesional sin interferencia política. En este esquema de comportamiento cualquier propuesta de los gestores y los políticos se considera ignorante o una intromisión en la libertad clínica y en la intimidad de la relación médico-paciente.¹ El anterior juicio diagnóstico plantea la siguiente pregunta: ¿a qué terreno pertenece la definición del quehacer del hospital?

Los hospitales han desempeñado sin duda un papel importante en los sistemas de salud de todos los países de la Región; sin embargo, el grado de insatisfacción de los usuarios es considerable en la mayor parte de los países. Al descontento de la clientela se suman dos condicionantes, uno interno del sistema y otro externo y común a los programas con financiamiento estatal, que justifican cambios en la gestión hospitalaria. Por un lado, el reconocimiento de que los modelos centralizados de gestión de los sistemas de salud que integran las funciones de aseguramiento, financiación, compra y producción de servicios son ineficientes, y, por otro, la preocupación por la transparencia y el control del gasto público.

En efecto, la tendencia a romper el monopolio en la compra y producción de servicios (separación de funciones) obliga a los hospitales a entrar en una dinámica de competencia dentro de un *mercado*, para lo cual suelen adolecer de limitaciones gerenciales y financieras.

El cambio en el comportamiento de los consumidores —de *pacientes* que solicitan misericordia a *clientes* con plenos derechos ciudadanos a la salud (aunque no medien relaciones comerciales)— y la crisis de credibilidad de los servicios públicos hospitalarios han obligado al hospital a reconocer y responder con eficiencia y efectividad a las necesidades y demandas que se generan en su entorno para recuperar la confianza social.²

La existencia del hospital se justifica en la medida en que produce los servicios que la sociedad necesita y demanda y, para ello, la sociedad entrega recursos y de ellos espera recibir utilidad.³ Si el paciente es ciudadano-cliente y la sociedad es el *mercado* en que se sitúa el hospital, la productividad es el factor crítico de legitimidad social de los hospitales. El vínculo entre hospital y sociedad es una relación de agencia (que se conforma cuando una persona o entidad, denominada principal, delega en otra, llamada agente, un

determinado poder de decisión y administración de recursos). En ella, el principal (dueño, accionista) es la sociedad y el agente (gerencia, empleado), el hospital. Dicha relación incluye a su vez un vínculo contractual entre ambas partes, delegación de poder del principal y discrecionalidad para la autogestión del agente.⁴ La relación de agencia de salud tiene características peculiares. Se acepta que las funciones de utilidad del agente (legitimidad del hospital) y del principal (beneficio de la sociedad) son interdependientes: el hospital aumenta su legitimidad atendiendo efectivamente a las necesidades y expectativas de la sociedad.

De ahí deriva el concepto del hospital como empresa social, al margen de que medien o no relaciones comerciales.⁵ No se está haciendo referencia a la teoría de empresa neoclásica: enfoque tecnológico basado en la función de producción y de costos asociada (hipótesis de maximización del beneficio a partir de la elección de la cantidad de producto en la curva de la demanda de forma que el costo marginal sea igual al precio). Por el contrario, se alude a las condiciones de contrato y productividad social que caracterizan el quehacer, la organización y la gestión del hospital público (maximización de la utilidad a partir de la satisfacción de las expectativas de retribución en servicios por la aportación de recursos para la salud que la sociedad invierte).

Lo anterior conduce al concepto de riesgo institucional: el desempeño del hospital como resultado de la diferencia de funciones de clínicos y gestores por la interdependencia de sus consecuencias. El clínico firma un cheque cuando hace una prescripción diagnóstica o terapéutica; el gestor interviene en la calidad de la atención cuando facilita o niega recursos para realizarla. Se trata del concepto de convergencia de la eficacia clínica con la eficiencia administrativa y del papel que desempeña la gerencia institucional como integradora de las racionalidades política (equidad), clínica (eficacia y efectividad) y administrativa (eficiencia) que rigen la institucionalización y supervivencia del hospital en una sociedad.

Las exigencias de los procesos de modernización y reforma introducen en la gerencia hospitalaria la dimensión de la eficiencia de la gestión como complemento de la eficacia y efectividad clínicas y como requisito de la política de equidad. Esto obliga a los gestores a comprender y actuar en el contexto de especificidad de la atención de salud, y a los profesionales clínicos a adquirir nuevas actitudes y capacidades que los habiliten para tomar decisiones clínicas en un nuevo marco de gerencia institucional: la productividad social, que marca el actual paradigma de virtud en la gerencia sanitaria, consiste en maximizar la efectividad de la atención y la satisfacción de los usuarios con los menores costos sociales y financieros posibles.

El hospital es una empresa social por cuanto sus acciones se orientan al cumplimiento de objetivos fijados en las políticas públicas de salud de un país y en la medida en que produce servicios que respondan con efectividad a las necesidades y demandas sociales, independientemente de la naturaleza jurídica del establecimiento. El hospital es una empresa de producción de servicios de atención en salud en una sociedad en la cual trabajan personas que prestan servicios a individuos y comunidades. A partir de este hecho se crean profundos compromisos sociales entre la organización y la población a la cual sirve.

En su versión más restringida, la función social del hospital, como empresa de servicios de salud, incluye además funciones asociadas de responsabilidad por la salud de la comunidad. Los destinatarios de los servicios hospitalarios no sólo son las personas que demandan cuidados de salud, sino el sistema de salud en su conjunto o las personas y ambientes sociales (municipios, ciudades, escuelas, etc.) sanos.

Lo que define al hospital como empresa social es su grado de compromiso organizativo en la prestación de servicios (medido como productividad, esto es como eficiencia y efectividad) con la sociedad en cumplimiento de una función pública en el ámbito de atención de salud. Ni la naturaleza jurídica ni la propiedad de los hospitales son determinantes de su concepción como empresa social.

En las últimas décadas han ido cobrando creciente importancia en el seno de las instituciones de salud conceptos tales como derechos, libertad de elección o el *empoderamiento* (*empowerment*). En esto han influido notablemente ciertas corrientes de pensamiento que abogan por los derechos de los individuos y de los ciudadanos.

La idea que precede a estos planteamientos es que los ciudadanos ejerzan su derecho a una mayor participación en diversas materias relacionadas con su vinculación con el sistema de salud. Desde una perspectiva del ciudadano como individuo o consumidor, se considera una amplia gama de derechos y expectativas, que abarcan desde la elección del proveedor (médico, establecimiento) hasta su participación en aspectos clínicos relacionados con la decisión médica. Desde una perspectiva social, lo que se busca fomentar es la participación de los ciudadanos en la formulación de las políticas locales de salud.

Hoy día nuestras sociedades exigen de las organizaciones hospitalarias compromiso y responsabilidad con objetivos sociales de efectividad de los resultados y eficiencia del gasto, así como competencia demostrada en el ámbito de la calidad técnica y la candidez humana de la atención. La legitimidad social de las organizaciones hospitalarias debe hoy responder desde tres vertientes: por parte de la autoridad sanitaria, por parte de quién financia el gasto, y por parte de quién necesita y recibe los servicios.

La magnitud y diversidad regional del universo hospitalario obliga a valorarlo y tratarlo como el conjunto de empresas sociales de mayor trascendencia en las preocupaciones de los gobiernos y los ciudadanos.⁶ En el cuadro 1 se sintetiza la disponibilidad de hospitales por país, expresada en número de camas por sector sobre la base del inventario de hospitales de América Latina y el Caribe correspondiente a 1996 elaborado por la OPS en 1996. De acuerdo con este inventario, y teniendo en cuenta el posible subregistro que puede existir en algunos países y sectores, la Región contaba con 16.567 hospitales y 1.100.000 camas.

Cuadro 1
Número de hospitales y camas de los países de América Latina y el Caribe según el sector de afiliación.

País	Nº Hospit.	Nº Camas	Hospitales/Camas hospitalarias según el sector de afiliación				
			Sector público	Seguridad social	Privado	Filantrópico	Militar
Anguilla	2	10	2/10				
Antigua y Barbuda	3	255	2/240		1/15		
Antillas Holandesas	11	1242	5/272		6/970		
Argentina	2780	115803	1573/66289	63/4135	1132/43626	3/608	9/1145
Bahamas	5	1119	3/1033		2/86		
Barbados	8	1998	7/1974		1/24		
Belice	10	473	9/458		1/15		
Bermuda	2	396	2/396				
Bolivia	385	12650	221/6645	56/3386	102/2398		6/221
Brasil	6124	501876	1958/136171	66/5554	2874/240923	1197/116711	29/2517
Chile	385	38446	171/27299	3/43	189/7882	22/3222	
Colombia	1053	54502	623/29088	30/4652	389/19267	2/476	9/1019
Costa Rica	33	6645		29/6412	4/233		
Cuba	243	56505	243/56505				
Dominica	1	195	1/195				
Ecuador	299	18141	141/10897	15/1737	132/3363	4/1340	7/804
El Salvador	78	9571	32/6658	17/1942	27/911	1/60	1/259
Granada	5	522	5/522				
Guadalupe	10	1355	4/937		6/418		
Guatemala	145	10703	38/6928	25/1383	77/1638	4/682	1/72
Guyana	35	3242	28/2792		6/425	1/25	
Haití	103	5241	45/3091	1/47	33/1237	24/866	
Honduras	89	6497	30/4678	2/391	56/1396		1/32
Islas Turcas y Caicos	1	134	1/134				
Islas Vírgenes (EUA)	23	1839	15/1198	1/145	7/496		
Islas Vírgenes (RU)	2	58	1/50		1/8		
Jamaica	31	5400	24/5100		7/300		
Martinica	6	390	5/338		1/52		
México	3033	107288	462/34829	413/36974	2096/32607	16/508	46/2370
Montserrat	1	44	1/44				
Nicaragua	78	6666	71/6197		5/199		2/270
Panamá	55	5901	39//4168	5/1046	11/687		
Paraguay	236	6658	115/3915	16/931	103/1769		2/43
Perú	443	35690	161/18450	69/7151	197/6939	4/140	12/3010
Puerto Rico	90	12546	62/8740	2/253	26/3553		
Rep. Dominicana	213	11921	97/7289	11/1169	105/3463		
Santa Lucía	6	534	6/534				
S.Vicente y Granadinas	1	207	1/207				
San Kitts y Nevis	3	260	3/260				
Suriname	13	1618	7/905		5/653	1/60	
Trinidad y Tobago	64	6623	25/5911		38/711	1/1	
Uruguay	111	14064	67/9603	2/97	42/4364		
Venezuela	348	32738	192/23760	50/5908	101/2725	4/225	1/120
Total	16567	1098224	6498/494710	876/83356	7783/383353	1284/124924	126/11882

Fuentes: Organización Panamericana de la Salud. Directorio de hospitales de América Latina y El Caribe. Washington, DC: OPS, 1997; Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas. Washington, DC: OPS, 1998; Organización Panamericana de la Salud, Centro de Información y Análisis sobre Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Perfiles de sistemas de servicios de salud en los países. Washington, DC: OPS, 2000. (Proyecto Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe (LAC/RSS).)

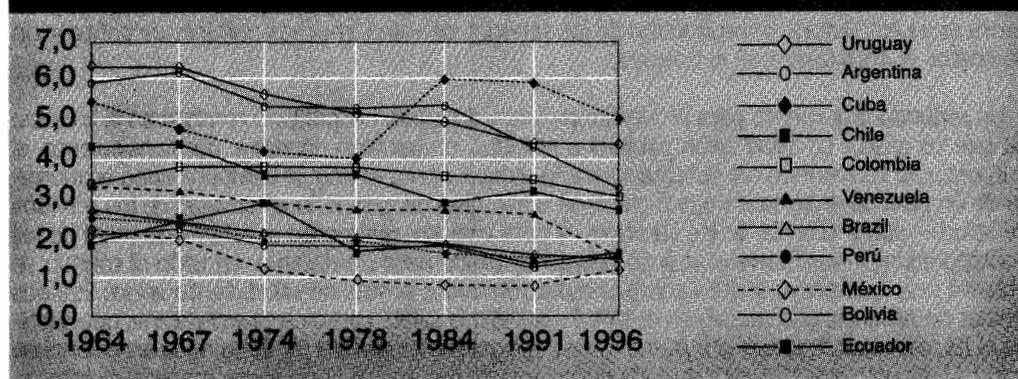
Como puede apreciarse en el cuadro 2, mientras que en 10 países de la Región la totalidad de hospitales pertenecen al sector público (sin incluir la seguridad social), en el resto se observa distinto grado de cobertura del sector privado. En términos globales, se aprecia una proporción discretamente mayor de hospitales pertenecientes al sector privado (47%) que al público (44,5%). Este último incluye 39,2% de los establecimientos del sector público y 5,3% de la seguridad social; a ellos se suman los hospitales del sector filantrópico (7,8%) y los de las instituciones militares con (0,8%). La disponibilidad de camas según los sectores de afiliación por país tiene una distribución similar a la observada con respecto a los hospitales. Sin embargo, la proporción de camas del sector público es mayor (52,7%), correspondiendo 45,1% al sector público y 7,6% a la seguridad social, y solo un tercio (34,9%) al sector privado. Ello se debe a que los hospitales públicos, incluidos los establecimientos docentes y los que disponen de camas para pacientes crónicos y psiquiátricos tienden a tener mayor número de camas. El sector filantrópico dispone de 11,4% de las camas restantes y el sector militar, de 1,1%.

Cuadro 2
Número y proporción de hospitales y camas según el sector de filiación en América Latina y el Caribe, 1996.

Sector de afiliación	Hospitales		Camas	
	(N°)	(%)	(N°)	(%)
Público (no Seguridad Social)	6498	39,2	494710	45,1
Seguridad Social	876	5,3	83356	7,6
Privado	7783	47,0	383353	34,9
Filantrópico	1284	7,8	124923	11,4
Militar	126	0,8	11882	1,1
Total	16567	10,0	1098224	100,0

Existe una tendencia general a la disminución del número de camas por 1000 habitantes, y los datos del inventario de hospitales de 1996 son compatibles con esa tendencia. La figura 1 ilustra la tendencia en los 11 países seleccionados de la Región que cuentan con 90% de las camas hospitalarias. En general, se observa un descenso sistemático de esta cifra. Cuba, que mostró una tendencia distinta entre 1978 y 1984, también tendió al descenso. En los países con menor disponibilidad de camas, como Bolivia y México, se observa un discreto ascenso entre 1991 y 1996.

Figura 1
Camas por 1000 habitantes en países de América Latina y el Caribe, 1964-1996.



Fuentes Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas. Washington, DC: OPS; 1994. (Publicación científica 549); Organización Panamericana de la Salud. Directorio de hospitales de América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS; 1997.

Demandas y necesidades emergentes del contexto social

Las necesidades de salud de las poblaciones cambian rápidamente a consecuencia de los cambios demográficos, epidemiológicos, económicos, sociales y culturales de los países de la Región. A éstos se añaden cambios de las expectativas y demandas de los usuarios de los sistemas de salud, que obligan a diseñar nuevos perfiles de producción de los hospitales.

El cuestionamiento sanitario

Los sistemas sanitarios de la Región suelen ordenar sus factores de producción hacia la atención hospitalaria curativa en las áreas de la morbilidad materno-infantil y las asociadas con las enfermedades infecciosas y carenciales. En la medida en que cambia el perfil de enfermedad y se potencian las estrategias de atención ambulatoria, surgen tensiones que dimanar de la generalizada rigidez del sistema hospitalario. Esta rigidez estructural viene dada por limitaciones de orden legal o reglamentario de la administración estatal de muchos de los establecimientos, pero también, y a veces de forma más relevante, por la rigidez de la cultura de la gestión, así como del enfoque clínico tradicional.

El cuestionamiento del gasto hospitalario

Hacia fines de los años setenta, los sistemas de salud empezaron a comprobar la existencia de problemas con los costos de un aparato sanitario que se había caracterizado por el predominio de políticas de crecimiento y expansión. En los países de la OCDE, el porcentaje medio del producto interno destinado a salud aumentó de menos de 4% a más de 8% en el período comprendido entre 1960 y 1992.⁷

Los factores con que se ha intentado explicar el aumento de costos son de diversa naturaleza. En el estudio sobre nuevas orientaciones en salud de la OCDE se incluyen, entre los asociados con la demanda de servicios de salud, el envejecimiento poblacional, el aumento del ingreso y de la cobertura de los seguros de salud. Si se considera el efecto de estos factores en el ascenso del gasto en salud, queda un importante porcentaje residual —que oscila entre 40 y 50%— que no puede explicarse satisfactoriamente. Para explicar este residual se sugieren factores asociados con la oferta, entre los cuales se mencionan los cambios tecnológicos del sector salud, el aumento de las instalaciones y del personal de salud, y el aumento de los precios de los factores productivos de salud respecto del deflactor del producto interno.

El escenario de aumento de costos empezó a galvanizar el desarrollo de políticas de salud para contenerlo. Obviamente, siendo el gasto en atención hospitalaria el rubro más importante en la estructura de producción de los servicios de salud, muchas políticas de contención de costos se focalizaron en el hospital.

Un segundo argumento para el cuestionamiento del gasto hospitalario consiste en la creencia de que los gastos de salud, sean públicos o privados, no generan riqueza y, por consiguiente, el aumento de los recursos del sistema sanitario reduce, año tras año, la competitividad económica de un país. Se argumenta que a partir de cierto nivel de gastos, la efectividad de los servicios de salud —sobre todo la de los curativos— para mejorar realmente el estado de salud de las poblaciones es insignificante e incluso negativa.⁸ Desde hace un decenio, en todo el mundo se observa una insistencia idéntica sobre la reducción de los gastos de salud, tanto en los Estados Unidos de América, que consagran el 14% de su PIB a la salud, como en Gran Bretaña, que destina el 7%, o en ciertos países latinoamericanos que gastan menos del 5% de su riqueza nacional en salud. El discurso que sustenta esta idea dominante se resume de la siguiente manera: el sistema de salud es demasiado caro para las economías de los países, y es menester emprender reformas para encontrar los medios de gastar menos y de controlar el crecimiento de estos gastos.

Esta postura plantea algunos interrogantes: ¿es demasiado cara la salud? ¿A partir de qué proporción de la riqueza nacional cuesta demasiado? ¿Es el 14% del PIB, el 7% o el 5% el nivel óptimo de inversión en salud? Lo sorprendente es que en los tres ejemplos citados (14, 7 y 5%) se encuentra la misma argumentación de control y limitación de los gastos sanitarios.

Este progresivo movimiento hacia la reducción del gasto en salud y la contención de los costos de la atención médica delimita un escenario que pone en entredicho el gasto hospitalario.

El cuestionamiento de la opinión ciudadana

La satisfacción de las expectativas ciudadanas no es sólo un problema de disponibilidad de servicios médicos. La población de hoy —como resultado de su historia sanitaria y del propio proceso democrático en los países, así como del conocimiento de lo que acontece en el resto del mundo— valora la salud como un bien meritorio esencial; y, en consecuencia, la atención de salud como un derecho humano básico y universal. Las personas están demandando atención accesible, pronta, pertinente y de calidad, tanto técnica como humana, y consecuente con los criterios de justicia y equidad con que conforman sus derechos y expectativas de salud.

Es preciso considerar los cambios profundos y cada vez más rápidos de las sociedades de los países de la Región resultantes de su democratización, la valoración progresiva de los derechos humanos y del papel que desempeña el mercado en amplios ámbitos de la vida social. La población está siendo cada vez más consciente y exigente, tanto desde la perspectiva de los derechos humanos generales como desde la puramente sanitaria. La ciudadanía hace hincapié en la garantía y el acceso a la protección cuando precisa de atención en salud y en la calidad de la atención que recibe. Por otro lado, la ciudadanía se preocupa cada vez más por la forma de asignar los recursos e incentivos y la organización de la oferta como factores fundamentales de la manera en que se aseguran y se accede a los servicios.

Como está ocurriendo en otras sociedades más desarrolladas, la gente en América Latina y el Caribe ha ido progresivamente considerando que el acceso libre y oportuno a servicios de salud suficientes y de calidad apropiada es, más allá de un medio para mejorar su estado de salud, un bien esencial en sí mismo al que todos tienen el mismo derecho. Las personas quieren tener derechos en salud claramente definidos y la seguridad de que se cumplan, seguridad de que podrán tener acceso oportuno a la atención de salud, que ésta será de buena calidad, y de que reciban un trato respetuoso, seguridad de ser atendidos de urgencia, aunque no dispongan de recursos para pagar los servicios, y de que cuando envejecen tendrán derecho a la atención y los cuidados necesarios. Las personas quieren poder acompañar a sus enfermos, recibir información veraz, adecuada y oportuna, y mantener una relación directa, respetuosa y cálida con el equipo de salud.

El dar o no dar una efectiva respuesta social a estas expectativas tiene importantes consecuencias en el sentimiento de seguridad de la población y afecta a la confianza que ésta deposita en sus gobiernos y, por ende, en la legitimización de los servicios hospitalarios públicos. En última instancia, todo ello repercute en la propia gobernabilidad democrática.

La práctica de la gestión sanitaria debe prestar ahora máxima atención a la protección y la satisfacción del usuario a partir de una creciente fundamentación de sus decisiones en las pruebas científicas y de la interiorización del costo de oportunidad de sus actos. En la búsqueda de la legitimidad social del hospital por parte de la población usuaria es fundamental asegurar la participación activa, protagonista y responsable de las personas y sus comunidades.

En este contexto, el hospital del tercer milenio en América Latina y el Caribe debe ser definido como respuesta tanto a los que toman decisiones políticas, clínicas y administrativas,

como a la ciudadanía. Lo que está en entredicho es cómo asegurar la mayor productividad sanitaria, la eficiencia, la calidad y la satisfacción del usuario a partir de los recursos que la sociedad entrega a los establecimientos hospitalarios, cuyos presupuestos generalmente concentran el 70% del gasto público en salud.

La respuesta hospitalaria a ese múltiple cuestionamiento

Ante el cuestionamiento que la sociedad hace al hospital público —desde los que toman las decisiones políticas y económicas acerca de la efectividad en función del costo de sus acciones y desde sus propios usuarios sobre la accesibilidad, pertinencia, oportunidad y calidad de los servicios—, la respuesta del hospital conlleva hoy día una fuerte autocrítica de la misión hospitalaria especialmente en los aspectos que se detallan a continuación.

Primero, la productividad institucional, es decir la definición de lo que se produce, en qué condiciones de eficiencia y efectividad y cuál es su impacto social (rentabilidad social) en la salud y bienestar. A este respecto es fundamental que el hospital capte e interprete claramente las señales procedentes de las políticas públicas y los objetivos sociales sanitarios, para determinar la estructura de servicios desde las necesidades de salud y el bienestar de las personas y no desde las presiones de los agentes de la oferta (intereses de grupos profesionales médicos).

Segundo, la efectividad en función del costo de los medios de producción, es decir la decisión sobre cómo se produce lo que hay que producir. La adecuada gestión clínica requiere protocolizar actividades y procesos clínicos sobre la base de las pruebas científicas disponibles a fin de decidir qué tecnologías se adoptan, qué procedimientos se utilizan y cuáles son los perfiles idóneos de los recursos humanos, controlando las presiones de la industria.

El hospital, como empresa social, debe ser capaz de dar respuestas flexibles y claras a las necesidades de salud por medio de políticas nacionales y territoriales asociadas con incentivos que propicien acciones congruentes con esas necesidades. El hospital perteneciente a la red de servicios ha de administrar y compartir adecuadamente el riesgo sanitario y financiero, optimizar la utilización de los recursos y maximizar su capacidad de resolver los problemas. Por tanto, el verdadero reto para este hospital estriba en definir adecuadamente cómo satisfacer efectiva y eficientemente las necesidades de salud de la población empleando criterios clínicos y gerenciales, así como aumentar la calidad percibida por las personas. Para ello, es fundamental que el hospital:

- Reciba señales políticas y financieras precisas y transparentes desde la autoridad sanitaria nacional o territorial y desde la sociedad sobre *qué hacer*.
- Tenga autonomía para definir *cómo hacerlo*.
- Pueda regular y controlar los resultados del *qué* y de la calidad de los procesos implicados en *cómo*.
- Tenga sistemas para rendir cuentas a la autoridad sanitaria y a la sociedad (*accountability*) y responda públicamente por sus resultados de gestión (control social).

Los principios de la gerencia social hospitalaria del mañana: la ética de la gestión, la productividad social y la autogestión para la lograr la eficiencia con calidad

Los cambios profundos que viven los países de la Región en materia sanitaria, política, cultural y económica, junto con el progresivo aumento del costo de la atención en salud —especialmente de la hospitalaria—, plantean serios desafíos a la gerencia del hospital sobre la forma de mantener los valores tradicionales de la medicina, el compromiso con la vida y el ser humano, la sostenibilidad y la calidad de la actividad médica, y de la responsabilidad social por los recursos comunitarios.

Nunca se había sometido a tanta tensión la gestión de salud en temas tan delicados, tanto por sus implicancias éticas, como ante la exigencia internacional por la contención de costos de los servicios de salud sin que ello menoscabe la calidad y la equidad. Esto es especialmente cierto en el área de la atención terciaria, donde se gastan gran parte de los recursos sanitarios, dados el perfil epidemiológico y demográfico, el modelo de atención y los avances tecnológicos prevalecientes.

Hoy, los usuarios de los sistemas hospitalarios y los entes financiadores, tales como seguros públicos o privados y entidades de atención gerenciada (*managed care*), presionan cada vez con más fuerza por obtener mejores servicios a menores precios. El mercado de los servicios hospitalarios, con todas sus imperfecciones y limitaciones, regula en alguna medida el financiamiento y la provisión de los servicios. En todo esto, los gerentes sanitarios han actuado más con perplejidad y reactividad que con una actitud propositiva. Si una organización hospitalaria desea sobrevivir en una economía globalizada es esencial que sea eficiente desde el punto de vista económico. Si, además, desea tener suficiente legitimidad para persistir, deberá ser rentable socialmente. El tema de la rentabilidad económica y social no puede ser ajeno al debate moderno de la ética sanitaria y es en torno a estos conceptos donde se deben hacer serias reflexiones sobre el futuro de la gestión hospitalaria.

La ética de la gestión hospitalaria

La concepción médica tradicional de la ética está relacionada con la búsqueda del mayor beneficio posible para el enfermo: hacer el mayor bien y evitar causar daño. Esta visión tiende a percibirse como incompatible con la visión del mundo económico, que parece no tener ética ni moral. El problema se plantea cuando el recurso sanitario es cada vez más escaso (por su progresivo encarecimiento) pese al aumento de la demanda (por las necesidades de la población envejecida y los grupos postergados).

Desde la clínica, la ética médica se orienta a maximizar el bienestar individual de cada paciente, lo cual determina al médico, único profesional que puede establecer la mezcla adecuada de procedimientos diagnósticos y terapéuticos que ese paciente concreto necesita. La ética médica de naturaleza individual se contrapone con la ética social que predomina en la vertiente administrativa y financiera. Bajo esta perspectiva, los recursos que se destinan a un paciente individual tienen un uso alternativo y sólo deben usarse en ese paciente si el beneficio para el conjunto es mayor que cuando dichos recursos se usan de otro modo.

Al permanente dilema ético de la gerencia sanitaria de buscar la excelencia clínica y la gestión eficiente de los recursos se suman los principios de la ética médica de no hacer daño y producir beneficio, y el de respetar la opinión, la autonomía y los derechos del paciente como protagonista de la atención y responsable de su propia salud. Además, es necesario considerar un requisito de ética social: que los recursos disponibles en la sociedad sean asignados y usados para contribuir eficazmente a la justicia y la equidad.

Los gerentes de los servicios de salud son cada vez más conscientes de los diferentes aspectos éticos de la gestión hospitalaria y, por ello, la utilización racional de los recursos se ha convertido en un problema ético importante. Si el gerente no gestiona bien los recursos sanitarios que la sociedad ha puesto en sus manos, si ahorra cuando no debe hacerlo o despilfarra sin justificación, entonces está faltando gravemente a la confianza que el paciente y la sociedad depositaron en su institución.

Hoy, por consiguiente, la gerencia hospitalaria está obligada a volver a pensar qué implica trabajar adecuadamente, la gestión bien hecha: producir el mayor bien para la mayor canti-

dad de gente con el mejor uso de los recursos disponibles. Cuando no se gestiona bien, ¿a cuántos se habrá dejado fuera del sistema?, ¿a cuántos se limita su potencial de desarrollo humano? Estas son algunas de las preguntas apremiantes que se deben formular los gestores y los clínicos de los hospitales de todo el mundo. No cabe duda de que esquivarlas es una actitud más fácil y cómoda, pero constituye un problema ético en sí misma. Al tener cada acto médico consecuencias no sólo en un paciente particular sino en los recursos que la sociedad dispone para muchos otros, urge integrar la ética clásica de la relación médico-paciente en la que podría denominarse *ética social de la gestión sanitaria*. Esta ética ha de obligar a evaluar los efectos sociales que conllevan las decisiones médicas cotidianas.

La ética social de la gestión sanitaria insiste hoy más que nunca en la necesidad de fortalecer el concepto de excelencia profesional, más allá del dominio de la disciplina científica. Ello requiere gestores y profesionales de la salud que cultiven y ejerzan la excelencia en su desarrollo como personas integrales. También precisa de equipos que superen la mirada tradicional del paternalismo implícito en la *beneficencia* clásica, al reconocer en el paciente derechos que emergen de su condición humana y deberes propios de personas provistas de libertad, responsabilidad y autonomía. Pero, además, la búsqueda de la excelencia exige la gestión eficiente de los recursos, esto es una gestión productiva, justa y equitativa.

El médico, el equipo de salud, el hospital con función pública, deberán ser vistos, además de cómo agente sanador, como agente gestor. Lograr el justo equilibrio de lo anteriormente señalado es el mayor desafío actual. No es fácil, pero habrá que lograrlo; requiere un esfuerzo sistematizado que además de unir la clínica a la gestión, responda a las múltiples demandas tendientes a reorientar el papel de la atención terciaria en un modelo más centrado en la salud de las personas que en la enfermedad.

El desafío que supone compaginar la autonomía de los profesionales clínicos con una capacidad de autorregulación para alcanzar objetivos en los ámbitos de efectividad sanitaria, eficiencia económica, calidad técnica y percibida y satisfacción del usuario, son los aspectos clave de la ética de gestión hospitalaria en el nuevo milenio.

La productividad social de la gestión hospitalaria basada en la excelencia

La búsqueda de la excelencia institucional exige que los profesionales de la salud participen decididamente en la gestión eficiente de los recursos hospitalarios y se preocupen a un tiempo por la calidad de la gestión clínica. La exigencia imperiosa de la corresponsabilidad (riesgo) institucional por parte de los clínicos y gestores precisa a su vez de mayor capacitación y participación en las decisiones de gestión. No obstante, la práctica actual de la mayor parte de clínicos se caracteriza por su renuencia a aceptar que necesitan saber de gestión. Muchas de estas personas consideran que la gestión, en el mejor de los casos, es un signo de suciedad bajo las uñas y, en el peor, equivale a colaborar con el enemigo.⁹

Las experiencias con sensación de fracaso ante múltiples intentos para lograr la participación de los clínicos en la gestión plantean la hipótesis de que tal vez el propósito y la forma de realizarlos hayan sido errados. Es necesario volver a insistir en ello mediante la creación de puntos de encuentro (áreas de interés común) entre clínicos y gestores, que hagan converger efectividad clínica y calidad técnica (interés del clínico) con la eficiencia administrativa y la racionalización de costos (interés del gestor). Asimismo será necesario identificar áreas de interés compartido entre clínicos, gestores y políticos y convertir en objetivos positivos aquellos aspectos institucionales que interesa a todos desarrollar, como la satisfacción de los usuarios (calidad percibida), la relación costo/beneficio de nuevas tecnologías o intervenciones (eficiencia económica), y la confianza y el apoyo social (sostenibilidad política y financiera). Esta dia-

léctica entre clínicos, gestores y políticos, superando el muro de silencio que se ha ido erigiendo entre ellos, está consolidando hoy día las primeras tentativas exitosas de lo que será la gerencia hospitalaria mañana.

El objetivo de productividad, que el hospital como empresa social debe alcanzar, supone desarrollar las actividades que tiendan a mejorar los resultados clínicos, aumentar el impacto social de éstos y hacer el mejor uso de los recursos disponibles. Se buscará conjugar los resultados con las necesidades de los usuarios y los recursos existentes. Estas tres racionalidades (clínica, política y administrativa) son inseparables en la gerencia orientada a la productividad social del denominado hospital-empresa.¹⁰

Cada servicio clínico se debe constituir en un centro de responsabilidad o producción que deberá buscar, mediante el trabajo en equipo de gestores y clínicos, obtener calidad técnica óptima, resultados a tiempo y sin dilación, a costos razonables y con satisfacción de usuario. Cada centro de responsabilidad o producción deberá, en consonancia con los compromisos de la organización, diseñar sus propios planes de mejora continua o excelencia y hacer un compromiso anual de gestión con la dirección del hospital. Cada centro de producción se deberá ir haciendo progresivamente responsable de la parte correspondiente del compromiso global que el hospital asume con las políticas públicas de salud y la sociedad que atiende, y habrá de ser solidario y colaborar con el resto de los centros de producción en el sistema sanitario. Cada centro de responsabilidad o producción debe orientar su quehacer hacia el usuario (el paciente y su familia) como núcleo de toda decisión y, además de satisfacer al usuario externo, ha de responder a los usuarios internos del hospital y del sistema sanitario (otros centros que requieren de apoyo y colaboración). En ello reside lo sustantivo de la descentralización.

Cada unidad, relativamente autónoma, pertenece a su vez a un órgano de mayor complejidad que le da coherencia y explica que el proceso de descentralización no equivalga a la tan temida e improductiva atomización. Siendo la descentralización una lógica de arquitectura organizativa diferente y al estar los recursos fuera del control central (poder compartido, inteligencia distribuida), la organización en red del hospital en sí mismo, y de éste dentro de un sistema sanitario, va más allá de ser una política formal para constituirse en un requisito y una condición necesaria para cumplir la misión común (valores y política) y los objetivos comunes (resultados e impacto) de las unidades productivas integrantes del hospital en su entorno social.

La construcción de redes basadas en vínculos entre unidades productivas (autogestionadas, como se verá más adelante) se fundamenta en la cooperación y la responsabilidad frente a la propiedad, la confianza y la legitimidad institucional en la sociedad.

Con todo, la tarea continua de mejorar la calidad tanto clínica como administrativa y, por ende, de buscar la excelencia institucional sólo se puede sustentar plenamente cuando las personas se comprometen con los valores consustanciales del sistema sanitario. Dicha responsabilización sólo es posible cuando se da a las personas y las unidades la oportunidad de desarrollar creativamente sus capacidades productivas en una estructura organizativa horizontal que potencie la participación y el trabajo en equipo. La autogestión para la excelencia tiene como clave la participación y la responsabilidad.

La participación se entiende como *ser o formar parte y participar* y tiene un claro sentido comunitario; es el compromiso de compartir: *estar o ser y hacer con y junto con la parte correspondiente*, que se debe traducir en la participación de las personas en el ámbito que les corresponde, en las decisiones atinentes a su trabajo (lo que se ha venido en llamar *gestión participativa*) y en los procesos de cambio como protagonistas activos.

La responsabilidad se entiende como la asunción libre y consciente de las consecuencias de nuestras acciones frente a los usuarios y a quienes nos entregan sus siempre escasos pero valiosos recursos para atender demandas en aumento. La responsabilidad, por tanto, implica asumir los desafíos de orientar y optimizar el uso de los recursos sin delegar las decisiones que competen.

Lo anterior explica que el hospital esté trabajando coherentemente en la búsqueda de la satisfacción de los usuarios mediante procesos de mejora continua. Ello, a su vez, supone que cada unidad de producción reciba información adecuada sobre los requerimientos y el grado de satisfacción de sus usuarios, y apoyo metodológico para mejorar la calidad de sus procesos. En este sentido, experiencias desarrolladas en distintos hospitales en países de la Región demuestran la utilidad de unidades o departamentos especializados tales como los servicios de atención al usuario o al *cliente* en sintonía a como hoy lo hacen las empresas más competitivas del sector de servicios.

Finalmente, según la experiencia de los autores de este capítulo, el desarrollo exitoso de un esfuerzo corporativo de excelencia institucional requiere una gran inversión de energía en comunicar, estimular el flujo de información y establecer el nivel de conversaciones y negociaciones adecuadas para propiciar los cambios. Acaso éste sea el principal desafío para mejorar la gerencia hospitalaria orientada a la productividad social: saber y concertar con claridad hacia dónde se va y compartir también con claridad cuáles son las posibilidades y las limitaciones de la excelencia institucional.

La autonomía hospitalaria

Cuando se habla de autonomía hospitalaria a menudo se entienden cosas distintas, ya sea por que se aborda el tema desde diversas posiciones e intereses o porque se persiguen objetivos diferentes. Se ha pretendido estimular la autonomía para lograr mayor competitividad en un mercado de prestadores. La autonomía también se ha buscado para disminuir rigidez y lograr mayor capacidad de respuesta del propio sistema a las necesidades de los usuarios sin desintegrar un sistema de atención. Todo esto, unido a experiencias muy disímiles y aún poco evaluadas en los países de la Región, ha contribuido a mantener la confusión en torno a este tema.¹¹

La autonomía incluye diversos aspectos que se deben considerar. Los propiamente jurídicos, relativos a la propiedad y la responsabilidad legal, si el establecimiento pasa a poseer su propia personalidad jurídica y plena tuición sobre sus bienes. Los relacionados con las competencias que el establecimiento adquiere en la definición de sus procesos productivos, su organización interna, y la gestión de sus recursos financieros, tecnológicos y humanos. No existe por tanto un sólo tipo de autonomía, ya que en los aspectos mencionados pueden existir diversos grados y niveles de autonomía dependiendo de los objetivos que se pretende lograr y de los procesos para alcanzarla.

Lo esencial es precisar el objetivo central: si éste es lograr competencias hospitalarias para competir en un escenario de subsidios a la demanda por prestaciones o si éste consiste en lograr mayores competencias para ajustar la oferta de servicios a determinadas políticas sanitarias públicas en el marco de servicios integrados y cooperativos de atención, tal como se describieron en el capítulo 3. En rigor, no es lo mismo hablar de autonomía en uno o en otro escenario. En el último de ellos, es clave que los procesos de autonomía transcurran paralelos a procesos estratégicos de rediseño y fortalecimiento de sistemas de salud configurados en redes, que potencien economías de escala y la capacidad de colaborar en la consecución de objetivos de salud pública. Para ello es esencial contar con políticas explícitas; competencias de conducción y regulación ejercidas por la instancia rectora; capacidad de diseñar e implantar sistemas de asignación de recursos que produzcan incentivos adecuados a la efectividad sanita-

ria; capacidad de evaluar y controlar el desempeño tanto de los sistemas como de los establecimientos, y desarrollar mecanismos que garanticen la transparencia de la gestión hospitalaria con relación a su red, sus usuarios y su comunidad.¹²

Lo esencial de la autonomía hospitalaria es que incluya las competencias y la responsabilidad para que la gerencia del hospital pueda gestionar sus recursos, modificar su organización y sus procesos con arreglo a los requisitos del sistema de salud. Estas competencias deben adquirirse tras un proceso planificado y con los debidos apoyos legales, políticos y financieros. Asimismo, han de evaluarse regularmente y consolidarse legal o reglamentariamente, más allá de los vaivenes políticos a corto plazo.

En los términos señalados, cuando se habla de autonomía no se pretende significar que *cada cual hace lo que se le ocurre*, sino que, por el contrario, se explicita que el hospital recibirá señales sanitarias e incentivos financieros precisos con relación a *qué* debe hacer, al tiempo que tiene competencia para fijar diversos márgenes de libertad para decir *cómo* hacerlo. Por añadidura, significa que el hospital mantendrá compromisos formales o contratos sobre su actividad y que deberá responder ante el sistema y sus usuarios. A esta última visión corresponden expresiones tales como *autonomía responsable* o *autonomía hospitalaria en el contexto de redes*. Todas ellas expresan la búsqueda de procesos de autonomía en la gestión hospitalaria obviando los problemas de eficiencia y efectividad propios de la desintegración de los sistemas de salud.¹³

La autonomía de gestión hospitalaria

Por *autogestión* se entiende el proceso de descentralizar otorgando poder de decisión sobre el *cómo* hacer las cosas junto con toda la información y recursos necesarios para que ese cómo rinda mejores resultados expresados como impacto social.¹⁴ Además de ser el resultado de la descentralización, la autogestión es producto de un proceso, eminentemente cultural, de construcción de las señas de identidad de una unidad (servicio clínico o centro de producción) respecto a la misión de un órgano de mayor complejidad que, a su vez, la contiene sistemáticamente en estructura de red (el hospital como un todo). Hablar de autogestión supone un antecedente básico: descentralización, y aspirar a una consecuencia deseable: participación.¹⁵

La autogestión supone un nivel de relativa autonomía de los gestores y clínicos en la toma de decisiones sobre el cómo hacer las cosas, sin menoscabar la integridad y la coherencia del conjunto. Éstas se han de asegurar estableciendo vínculos y emprendiendo acciones de cooperación entre las partes, y creando redes efectivas y potentes de políticas y programas. Además, son totalmente compatibles con un modelo de gestión ampliamente descentralizado y participativo.

Una razón muy poderosa para adoptar formas de autogestión en las unidades de producción hospitalarias es que con ellas se aumenta la motivación de las personas y se abren espacios de mayor creatividad y libertad. Estos espacios son de gran importancia en organizaciones de servicios que disponen de mucha información sobre tareas muy complejas, como las del quehacer hospitalario. La premisa de partida de la autogestión es la creencia de que las posibilidades creativas de las personas dependen de su compromiso con los valores, y de que la motivación y el compromiso surgen de la fuerza de las ideas. La gente apoya lo que cree y se compromete sólo en aquello en que participa.

Las unidades de producción son más eficientes para resolver situaciones problemáticas si se dispone de suficiente autonomía y libertad. Estas unidades serán más autónomas en la medida en que se preserven su capacidad adaptativa, la cantidad de información que manejan y su

capacidad de autorreferirse, autorregularse y autoorganizarse permanentemente. Por eso, la autogestión supone la capacidad de cuestionarse (autorreferencia), de identificar y corregir errores (autoregulación) y de adaptarse permanentemente (autoorganización). Esta es la base de los nuevos principios que deben guiar la descentralización en la futura gestión hospitalaria.

La autogestión hospitalaria, en su expresión más operativa, significa que son las propias unidades prestadoras de servicios —los servicios clínicos— las que han de programar el volumen de prestaciones y administrar los recursos necesarios para alcanzar los objetivos y las metas de producción y calidad que la respectiva unidad se compromete a asumir en un período prefijado, dentro de un plan de empresa del hospital, que a su vez debe ser coherente con los requisitos que marcan las políticas públicas y con el financiamiento del hospital. La experiencia muestra que, para que la autogestión hospitalaria vaya siendo realidad, se debe ir avanzando paso a paso en los siguientes aspectos básicos:

- El desarrollo en el hospital de una capacidad gerencial para generar los cambios de cultura y estilo de gestión institucional.
- Que exista un equipo directivo dispuesto a comprometerse en estimular y asumir la gestión descentralizada. En este sentido, parece muy interesante fortalecer y potenciar la idea de dirección colegiada, ya que en muchos centros en que se manejan gran cantidad de recursos será indispensable crear un verdadero equipo de gestión entre la dirección, los jefes de servicio, los médicos y el personal de enfermería.
- Que se implante una práctica de negociación y concertación de objetivos, productos y recursos, con el consiguiente mecanismo de control por resultados, por medio de acuerdos o contratos de gestión entre los entes rectores, financiadores o aseguradores y las unidades proveedoras. La generación y asignación de recursos, sobre cuyo uso se tendría autonomía de gestión, se fundamenta entonces en la relación adecuada entre los productos y los costos acordados y logrados.
- Un elemento sin duda clave es la capacidad local de la unidad de gestionar adecuadamente sus recursos humanos. Dado que la gestión del recurso humano depende de cada unidad, la organización debe prestar un fuerte apoyo por medio de métodos e instrumentos para que en cada equipo se realice la gestión más integral posible del recurso humano. Asimismo, el grado de trabajo efectivo en equipo, el estilo de liderazgo y los niveles de comunicación y participación son claves para generar el clima laboral mantenga un modelo de autogestión hospitalaria.

La autogestión desde los servicios hospitalarios solo es posible si: el hospital tiene un plan de empresa previamente elaborado (es decir, ha explicitado su misión, su visión, su grado de compromiso con los usuarios y la comunidad, su política de desarrollo institucional, su estructura organizativo, sus sistemas de información y comunicación, y sus mecanismos de control y evaluación); en cada unidad autogestionada existe un equipo de gestión con los conocimientos, actitudes y habilidades necesarios para dirigir el trabajo colectivo, generar los espacios de participación adecuados, evaluar crítica y permanentemente los procesos de atención y gestión (con objeto de crear un clima organizativo que fomente el compromiso, la creatividad y la participación de todos sus integrantes); se han concertado los resultados y los costos esperados de la gestión en el marco de políticas y planes generales; se ha generado una cultura de medición de resultados y de rendición de cuentas; se dispone de información oportuna, fidedigna y útil para la toma descentralizada de decisiones sin perder el control, y, por último, si en la organización se han ido favoreciendo las condiciones organizativas básicas de confianza y de transparencia en las relaciones interpersonales y se dispone de los mecanismos adecuados para resolver situaciones conflictivas.

Se considera que para el funcionamiento operativo de la autogestión hospitalaria son necesarios cuatro instrumentos:¹⁶ 1) el acuerdo o compromiso de gestión, que es un documento formal de carácter contractual, que resulta de una negociación y ha sido suscrito entre el equipo de gestión del sistema y la gerencia del hospital. Este debe ser un instrumento flexible, acotado en el tiempo, evaluable periódicamente, con objeto de convertirlo en el plan de trabajo de la unidad en un período dado respecto a metas de producción, indicadores de eficiencia, calidad de la atención y de las prestaciones, y de expresar los compromisos de la gerencia del sistema con la unidad hospitalaria autogestionada en el ámbito de la información, los recursos e incentivos y el apoyo de gestión; 2) el programa-presupuesto, en relación con lo anterior, que asigne y defina los recursos con que se realizarán las actividades comprometidas, cómo se controlará el gasto y cómo se retribuirá la producción con la definición de sistemas de incentivos; 3) el sistema de información gerencial destinado a controlar la producción, los estándares de calidad, los indicadores de eficiencia y análisis de los costos, y 4) los mecanismos para analizar los resultados de la evaluación de la gestión con los entes financiadores, reguladores y los usuarios.

La práctica de la autogestión es aplicable tanto para el hospital en conjunto como para cada unidad o centro de producción intrahospitalario. La evolución esperada en un proceso de construcción de condiciones de autogestión será que de pequeños compromisos de gestión entre la gerencia del hospital y los centros de producción, debidamente acordados y evaluados, se puedan alcanzar paulatinamente compromisos mayores que incluyan a todas las partes que le competen a cada unidad del compromiso global de gestión del hospital con la autoridad sanitaria, el ente financiador y la sociedad.

Finalmente, la autonomía de la gestión hospitalaria no puede comprenderse fuera del contexto de instrumentos concebidos para evaluar su desempeño. Estas herramientas deben centrarse en evaluar la eficiencia de los mecanismos de asignación de recursos, los resultados de la gestión financiera y de la gestión clínica, y la calidad de los cuidados. Los mecanismos de evaluación que se emplean en la Región se encuentran en distintos grado de desarrollo y algunos de ellos se describieron en el capítulo 4.

La función de producción y los servicios prestados por el hospital

La función clásica del hospital es ingresar pacientes para tratar sus problemas de salud. El hospital dispone de recursos humanos y tecnológicos que giran en torno a una unidad productiva —la cama hospitalaria— y desarrolla una serie de procesos tendientes a tratar o rehabilitar pacientes. Tanto los cambios tecnológicos, como los epidemiológicos y culturales, han modificado paulatinamente esta función clásica y las formas de ejercerla. Desde los primeros hospitales construidos en la Región —generalmente hospicios o casas de beneficencia creados para separar a los enfermos de las personas sanas y proveer asistencia caritativa a moribundos— hasta las complejas empresas de servicios de atención de salud, que son ahora los modernos hospitales, han acontecido cambios profundos. El hospital nació como una especie de *ghetto* para aislar a los pacientes de sus comunidades. Hoy, el hospital pierde identidad como edificio y gana paulatinamente la imagen de unidad flexible productora de servicios curativos en un contexto comunitario determinado.

Mientras que la función tradicional del hospital era atender a personas enfermas (ejercía una función esencialmente curativa para la cual se requería una hospitalización más o menos prolongada), su evolución reciente se caracteriza por poner en entredicho sus funciones tradicionales y desarrollar alternativas a la hospitalización. En aras de la calidad de la atención y de la

lucha contra las infecciones nosocomiales, y bajo presiones presupuestarias y financieras, los hospitales orientan su actividad hacia la atención en consultorios externos, recurriendo menos a la hospitalización y, en consecuencia, reduciendo el número de camas.

Los cambios observados en la práctica clínica en Europa occidental y especialmente en América del Norte no se deben únicamente a las medidas de control de los gastos en salud. En general, se notan los efectos de la evolución de la tecnología y la logística de la biomedicina, que reducen netamente la hospitalización clásica: en los Estados Unidos de América el número de camas bajó más de 19% entre 1984 y 1994, las consultas externas aumentaron 81%, y las intervenciones quirúrgicas sin hospitalización, 168%,¹⁷ lo cual pone de relieve una tendencia similar a la comentada respecto a la reducción de camas en América Latina y el Caribe.

Esta tendencia de desarrollo de las consultas externas y de opciones frente a la hospitalización, reforzada por la creación de redes de servicios, pone en tela de juicio la misión y las funciones tradicionales del hospital. En vista del grado de diversificación de las modalidades de intervención, ya no se puede definir el hospital según el criterio de camas, o sea de la atención del enfermo hospitalizado. Los únicos criterios que siguen siendo válidos para definir el hospital son la infraestructura tecnológica para las funciones curativas y un personal médico y paramédico sumamente competente (quirófanos, laboratorios, tecnologías de diagnóstico por imagen, terapia intensiva). Las camas, las instalaciones, la logística y la infraestructura física han dejado de ser criterios pertinentes.

Además del ingreso, que cada vez se reduce más a los problemas agudos y de mayor complejidad, y dada la creciente tendencia a ofrecer servicios y prestaciones ambulatorias, el hospital ha venido prestando servicios especializados de consulta y atención de emergencias con o sin el ingreso de los pacientes. Por añadidura, las funciones de investigación y docencia siguen estando muy estrechamente ligadas a la labor clínica habitual.

Igualmente deben mencionarse, entre otros, los cambios en los modelos de atención y los requerimientos de eficiencia y calidad, que surgen en el sistema global de salud e influyen poderosamente en aspectos tan operativos como el tamaño de los hospitales, su arquitectura, su organización y su estilo de gestión. Así, los hospitales tienden a ser más pequeños y flexibles en su estructura, su número de camas se reduce, aumentan su complejidad tecnológica, al igual que las áreas destinadas a la atención ambulatoria. Los servicios completos, otrora integrantes del hospital, hoy se desprenden para acercarse al hábitat de las personas; las prolongaciones o vínculos entre el hospital y el lugar donde viven las personas o con servicios de apoyo comunitario de carácter complementario se intensifican. Ya no es posible definir el quehacer del hospital sin observarlo en el contexto de las comunidades y de las redes de atención a la salud.

El hospital y la comunidad

El hospital es un sistema vivo que interactúa dinámicamente con el medio donde opera, oferta servicios e influye de la sociedad. En esta relación es posible identificar, al menos, las siguientes interacciones:

- El hospital y el sistema sanitario. El hospital como prestador de servicios curativos de salud mantiene relaciones con los actores que definen y ejecutan las políticas sanitarias tanto nacionales como territoriales, que se expresan en determinadas actividades y servicios de salud. Éstos últimos, a su vez, tienen su correlato en las relaciones que se establecen entre el equipo de salud y pacientes determinados, y entre el equipo de salud con personas y grupos comunitarios en el contexto de actividades de promoción o preventivas.

- El hospital y la economía. El hospital como generador de gasto demanda de insumos y servicios de apoyo, empleo y oferta de atención de salud, y mantiene relaciones financieras, económicas y comerciales con los organismos de financiación, los proveedores de insumos y servicios, y la industria de la salud en general.
- El hospital y la comunidad. El hospital como espacio público de encuentro y convivencia social promueve la participación social y constituye un elemento democratizador por medio de mecanismos de escucha y retroalimentación que contribuyen a la potenciación de las instancias locales de acción multisectorial en salud; además, galvaniza cambios culturales y puede generar, a través de políticas de promoción y educación comunitaria, estilos de vida saludables. Como generador de conocimiento, a través de la investigación, la educación en salud y la formación de profesionales del sector, contribuye a desarrollar el capital humano.

Para ilustrar estas interacciones con ejemplos extraídos de la práctica, seguidamente se describe una experiencia de respuesta del hospital a su ambiente en Argentina y, a continuación, dos experiencias chilenas de las relaciones que un hospital mantiene con su comunidad.

La primera experiencia se refiere al Hospital General Manuel Belgrano, está emplazado en el partido de General San Martín, en la Provincia de Buenos Aires (Argentina). Tiene un área de cobertura de 140.000 habitantes, de los cuales el 60% tiene necesidades básicas insatisfechas. Es un hospital materno-infantil, cuyo servicio de urgencias también está capacitado para la atención de pacientes adultos.

En 1985, este hospital comenzó a trabajar dos ideas: una tiene que ver con el aspecto social y comunitario del hospital, la implantación de una política de apertura extramuros que se llamó *desarrollo del hospital externo*; en la cual se creó el Servicio de Medicina Preventiva, que incluye programas que responden a las necesidades de los usuarios: tuberculosis, hipertensión arterial, enfermedades de transmisión sexual y sida, control de lactantes y embarazadas, control del niño en edad escolar, talleres de educación para la salud en instituciones de la zona, y creación de la red interinstitucional que abarca instituciones del área social en los municipios de San Martín y Vicente López. Así, se hizo hincapié en la atención primaria como estrategia para mejorar las condiciones de salud de la población, y se logró ajustar los mecanismos de referencia y contrarreferencia —de manera que el acceso de los pacientes atendidos en los centros de salud encuentre la menor cantidad de obstáculos posibles—, un mejor conocimiento de la realidad socioeconómica y cultural y del perfil epidemiológico del área de influencia, y brindar la posibilidad de ajustar las acciones tendientes a satisfacer las necesidades de dicha población.

La otra idea se refiere al hospital interno. Por una parte, se trata de afrontar desafíos tales como aumentar el alcance, la flexibilidad, la accesibilidad y la calidad de los servicios ofrecidos, y por otra, optimizar la utilización de los recursos físicos y humanos a fin de reducir costos y disponer racionalmente del escaso personal con capacitación profesional en el área de enfermería.

La primera experiencia chilena hace referencia al hospital Luis Calvo Mackenna de Santiago de Chile, un centro pediátrico de referencia nacional, que creó orga-

nismos de derecho privado sin fines de lucro de fuerte participación comunitaria, para conseguir recursos y crear una administración público-privada. Estas entidades recaudaron, entre 1994 y 1998, cerca de 8 millones de dólares con los cuales se construyó y habilitó infraestructura para nuevas áreas de servicios (cirugía cardiovascular, cáncer, trasplantes). Esto permitió explorar nuevas formas de gestión, participación y control social, y dar una buena imagen del hospital ante la opinión pública. Estimulado por estas experiencias, el hospital creó en 1997 una entidad de derecho privado (la Fundación Anibal Ariztia), cuyo equipo directivo es elegido paritaria y democráticamente por cada estamento del hospital. Esta entidad administra los recursos propios del hospital para reinversión en tecnologías, capacitación o mejorar las condiciones laborales del personal, y en sus dos años de funcionamiento ha generado novedosas dinámicas de compromiso del personal con el proceso de cambio institucional.

La segunda experiencia chilena trata del hospital San Martín de Quillota, un hospital general de nivel secundario situado en una ciudad de aproximadamente 70.000 habitantes, que ha sido pionero en desarrollar estrategias de atención al usuario, de liderar actividades para una ciudad saludable, y de incorporar a la comunidad en la gestión general del hospital bajo el lema de un *hospital amigo*. En él se ha logrado introducir cambios culturales verificables tanto en su personal como en la comunidad. Este proceso, iniciado en 1993, le ha valido público reconocimiento. En 1998 se generó en Chile un premio nacional a la calidad en los servicios públicos, y de los 70 postulantes de entidades de diversa índole, el hospital San Martín fue uno de los tres premiados. El premio fue entregado por el mismo Presidente de la República en una ceremonia de alto significado público.

El hospital y el sistema sanitario

En el proceso de definición del hospital es importante demarcar las características de los clientes principales de los hospitales y, especialmente, las redes:

- Hospitales cuya clientela está determinada por la demanda espontánea de la población: hospitales de baja y mediana complejidad que integran los niveles primario y secundario y que, por tanto, ofrecen atención abierta y cerrada sin derivaciones intermedias, convirtiéndose así en la puerta de entrada a una red asistencial.
- Hospitales integrados en redes locales cuya clientela real es la red en la cual se insertan mediante vínculos organizados de referencia con establecimientos de atención primaria que derivan a pacientes para consulta de especialidad o para hospitalización.
- Hospitales de referencia cuyos clientes son distintas redes que derivan pacientes para tratamientos de alta complejidad.

De esta definición se puede establecer una categorización del hospital en cuanto a su posición relativa en una estructura de redes. Los hospitales, también pueden diferenciarse según su nivel de complejidad o por su infraestructura (especialización, capacitación de sus recursos

humanos, tecnologías incorporadas, etc.), por su número de camas, su dotación de recursos humanos o por el subsector que atiende. Todas estas variables condicionan también su que-hacer específico. En el cuadro 3 se puede apreciar la diversidad de los hospitales de América Latina y El Caribe en lo que se refiere a su actividad y tamaño.

Cuadro 3
Distribución del número y el porcentaje de hospitales y de camas en América Latina y el Caribe según su dotación de camas hospitalarias, 1996.

N° de camas	Hospitales*		Camas	
	(N°)	(%)	(N°)	(%)
1-50	10027	60,5	219383	20,0
51-100	2615	15,8	189559	17,3
101-200	1703	10,3	242770	22,1
201-300	545	3,3	133484	12,1
301-400	242	1,5	84811	7,7
401-500	133	0,8	58951	5,4
501-1000	186	1,1	126169	11,5
>1000	29	0,2	43097	3,9
Sin datos	1087	6,6	-	-
Total	16567	100,0	1098224	100,0

*Número ignorado de camas en 1087 hospitales debido a subregistro.

Fuentes: Organización Panamericana de la Salud. Directorio de hospitales de América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS; 1997; Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas. Washington, DC: OPS; 1998.

Como puede apreciarse, del total de hospitales, 60,5% cuentan con 50 camas o menos y 15,8% tienen entre 51 y 100 camas, lo que representa 76,3% de hospitales con 100 camas o menos. En contraste con estos hospitales que sólo tienen 37,3% del total de camas, los hospitales con más de 500 camas, aunque sólo representan 1,3% del total, disponen de 15,4% del total de camas en la Región. Lo anterior configura un perfil del universo hospitalario de la Región regional integrado predominantemente por hospitales pequeños.

El perfil de los hospitales de la Región respecto a sus funciones clínicas, docentes y de investigación aparece en el cuadro 4. En cuanto a los variables que se presentan en este cuadro debe puntualizarse que su registro en el directorio de hospitales de los países de América Latina y el Caribe es incompleto.

Cuadro 4
Proporción de hospitales que refieren disponer de especialidades básicas, tienen servicio de pediatría, hacen investigación u ofrecen docencia de postgrado.

País	Hospit. (N°)	Especialidades básicas (%)	Con servicio de pediatría	Áreas de investigación				Docencia de postgrado	
				Básica	Clínica	Sociomédica	Tecnología	Médicos	Enfermeras
Anguilla	2								
Antigua y Barbuda	3	66,7			33,3				
Antillas Holandesas	11	54,5		18,2	18,2			36,4	72,7
Argentina	2780	47,3	2,7	10,5	15,1	5,1	1,8	29,8	24,1
Bahamas	5	60,0			60,0	20,0			40,0
Barbados	8	12,5		25,0	25,0	25,0	20,0	25,0	25,0
Belice	10	10,0			10,0			10,0	20,0
Bermuda	2	50,0							
Bolivia	385	74,3	2,6	15,3	20,3	5,7	1,6	25,7	13,2
Brasil	6124	78,0	4,5	10,6	16,5	3,2	1,0	43,3	18,2
Chile	385	13,2	1,8	17,9	27,8	8,8	3,6	64,2	0,3
Colombia	1053	38,7	2,7	3,7	14,6	3,0	0,8	8,2	5,8
Costa Rica	33	45,5	6,1	36,4	57,6	48,5	6,1	39,4	18,2
Cuba	243	2,1	5,8	4,5	36,2	11,1	9,5	40,7	34,6
Dominica	1	100,0		100,0	100,0				100,0
Ecuador	299	58,5	2,7	20,7	35,5	7,0	3,0	61,9	10,7
El Salvador	78	67,5	3,9	13,0	35,1	10,4	2,6	37,7	16,9
Granada	5	60,0							20,0
Guadalupe	10	60,0		10,0	10,0			20,0	
Guatemala	145	55,9	4,1	25,5	42,1	9,7	4,1	46,9	27,6
Guyana	35	82,9	5,7		5,7	2,9		5,7	8,6
Haití	103	80,6	1,0	2,9	88,3	4,9		10,7	11,7
Honduras	89	65,2	1,1		12,4	2,2		5,6	0,0
Islas Turcas y Caicos	1	100,0							
Islas Vírgenes (EUA)	23			8,7	17,4	13,0	4,3		
Islas Vírgenes (RU)	2								
Jamaica	31	48,4	3,2	9,7	9,7	9,7	6,5	9,7	19,4
Martinica	6	16,7	0,0		16,7	16,7		16,7	16,7
México	3033	50,0	2,5	8,4	21,7	5,6	0,9	31,4	16,6
Montserrat	1	100,0				100,0			100,0
Nicaragua	78	87,2	3,8	43,6	41,0	11,5	5,1	19,2	15,4
Panamá	55	40,0	3,6	34,5	41,8	18,2	9,1	40,0	36,4
Paraguay	236	66,1	5,5	2,5	8,9	0,8	1,3	13,1	12,3
Perú	443	55,1	3,8	22,6	39,7	13,9	7,0	54,0	28,9
Puerto Rico	90	31,1	1,1	10,0	17,8	2,2	2,2	28,9	24,4
Rep. Dominicana	213	90,6	4,2	2,3	12,7	1,9	2,3	8,5	6,6
Santa Lucía	6	66,7						16,7	16,7
S. Vicente y Granad.	1	100,0			100,0				100,0
San Kitts y Nevis	3	66,7							
Suriname	13	30,8			7,7			23,1	15,4
Trinidad y Tobago	64	29,7			4,7	1,6		3,1	3,1
Uruguay	111	64,9	0,9	8,1	30,6	11,7	7,2	24,3	6,3
Venezuela	348	59,8	4,9	6,3	14,4	3,2	1,1	25,3	12,6
Total	16567	59,9	3,5	10,3	19,5	4,9	1,7	34,8	17,5

Fuentes: Organización Panamericana de la Salud. Directorio de hospitales de América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS; 1997; Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas. Washington, DC: OPS; 1998; Organización Panamericana de la Salud. Centro de Información y Análisis sobre Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Perfiles de sistemas de servicios de salud en los países. Washington, DC: OPS; 2000. (Proyecto Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe (LAC/RSS).)

El hospital como conjunto de recursos

El hospital es una organización compleja donde interactúan simultáneamente una serie de factores y donde quienes la conducen deben tener amplios conocimientos de todos los recursos necesarios para generar un producto generalmente heterogéneo: la recuperación de la salud. El hospital encauza potencialidades científicas, humanas, tecnológicas e institucionales hacia el tratamiento de los enfermos.

El hospital como sistema tecnológico

En torno a la cama hospitalaria, como unidad básica de producción, se van constituyendo anillos concéntricos de servicios, desde los sistemas de control directo del paciente, hasta las unidades diagnósticas, terapéuticas, administrativas e industriales de apoyo. Esta empresa recibe como entradas a los usuarios de los servicios de atención de salud y los insumos para la producción asistencial e industrial de apoyo. Como salidas, el hospital tiene egresos hospitalarios y personas a las cuales se les ha realizado consultas, exámenes o procedimientos ejecutados de forma ambulatoria, además de desechos biológicos e industriales. En el seno de este sistema se observan diversos tipos de procesos que interactúan modificando las condiciones del usuario de los servicios.

El primer tipo de procesos tiene que ver con la generación y administración del conocimiento. El hospital es el resultado de la interacción de diversos saberes y competencias relacionados con el uso del conocimiento científico y la selección de opciones tecnológicas basadas en pruebas científicas. Constantemente, el hospital debe invertir en desarrollar este conocimiento. Lo que diferencia a un hospital de otro no estriba en su equipamiento, sino en la suma de competencias de sus recursos humanos para aplicar correctamente el conocimiento disponible y maximizar sus resultados. La capacitación de personal de salud ha sido una función tradicional del hospital, y su estructura como aula ha encarnado el ámbito de formación de los profesionales y técnicos del sector.

El segundo tipo de procesos tiene que ver con la aplicación de tecnologías y con los costos en que se incurre al utilizarlas. El hospital es un complejo de tecnología agregada de alto valor. Al prescribir un fármaco, realizar una intervención quirúrgica o efectuar una resonancia nuclear magnética, se ponen en juego costosos procedimientos que consumen altos niveles de recursos en insumos, mantenimiento o amortización de inversión.

El tercer tipo de procesos de consumo hace referencia a la gestión. La función de gestión tiene como finalidad generar condiciones de creciente orden o complementariedad en las relaciones que se producen entre las diversas competencias, tecnologías y los recursos disponibles, para contrarrestar la tendencia natural al caos entrópico que tiene el hospital como todo tipo de organización. La gestión, entonces, da sentido, dirección y ritmo, a las múltiples interacciones personales y funcionales que se fraguan entre los distintos elementos que integran los procesos de administración del conocimiento y de aplicación de la tecnología. El gasto en gestión, que es una energía opuesta a la entrópica, sustenta a los restantes gastos en que se incurre para alcanzar un objetivo organizativo determinado.

Finalmente se encuentran los procesos de información. El hospital como complejo conjunto de competencias, tecnologías, recursos y gestión, genera fuertes requisitos de intercambio de información mediante vínculos, interacciones, controles y sistemas de retroalimentación entre los diversos elementos participantes. Toda acción interna del hospital está motivada por un compromiso de alguien por ejecutarla; este compromiso surge de un intercambio de infor-

mación mediante el cual se generan demandas y canalizan respuestas. La información reduce la incertidumbre y es la base del cambio de actitudes. Para ilustrar estas ideas, a continuación se describe la experiencia del Hospital Belgrano de Argentina.

El hospital Belgrano fue hasta 1985 un establecimiento orientado hacia la atención de pacientes agudos. Su estructura y disposición eran tradicionales y disponían de servicios, salas y unidades de internación poco conectadas entre sí, víctimas de su propio aislamiento, y de administradores de recursos propios que rara o escasa vez podían compartir. A partir de ese año, el hospital adoptó el modelo de *cuidados progresivos de pacientes*, mediante el cual se dividió en tres sectores en función de la intensidad de la atención: cuidados Intensivos, intermedios y mínimos.

Junto con el modelo de cuidados progresivos de pacientes, y con objeto de mejorar la eficiencia operacional, en 1995 se implantó el cuidado domiciliario, destinado a pacientes que precisan de controles no periódicos de enfermería o de asistencia médica continua, una modalidad de atención que permite la recuperación más temprana de los pacientes en su hábitat natural.

Los principios de la organización del Hospital Belgrano son: la unidad de mando (liderazgo), la delegación efectiva de la autoridad (desconcentración), la delimitación de responsabilidades (disminución del ámbito de control) y la homogeneidad operativa de las tareas. control, alcance y flexibilidad.

Es importante rescatar de estos principios la delegación efectiva de autoridad en el desempeño de una función, por medio de la cual la responsabilidad recae en el máximo nivel de conducción. Asimismo, cabe destacar la importancia de la tarea diaria de fijar pautas sobre el alcance y la flexibilidad del control. En dicho hospital se produjo un cambio en la identidad del administrador, ya que debe operar entre la fragmentación y la coherencia de la multiplicidad, adquirir nuevas destrezas comunicativas y alcanzar la máxima efectividad en el diálogo, la negociación, el conflicto, la toma de decisiones y la coparticipación.

El máximo objetivo que se persigue en esta experiencia es que los integrantes del hospital (una organización) adquieran una identidad organizativa, es decir que los objetivos personales se dirijan en la misma dirección que los institucionales y que los trabajadores sientan que en la organización tienen la posibilidad de forjar su futuro.

Tras estos cuatro procesos (generación y reproducción del conocimiento, aplicación de tecnologías, procesos de gestión e información) hay dos grandes tipos recursos: los humanos y los financieros.

La especificación de las funciones tecnológicas que han de cumplirse en los planes estratégicos y de empresa de los hospitales, con la asignación de las correspondientes responsabilidades y partidas presupuestarias, puede ser la forma de resolver la tradicional controversia entre hospitales que ofrecen docencia y hacen investigación y los que carecen de ellas.

La capacitación de personal de salud ha sido una función tradicional del hospital y el aula como parte de la estructura del hospital ha representado el ámbito de formación de los profesionales y técnicos del sector. La relación entre la función de docencia y la función de atención clínica y la disponibilidad de los recursos financieros tiene dos aristas interesantes de cara al futuro: la docencia *hospitalocéntrica* y la financiación de la función docente.

La formación de profesionales del sector salud en los hospitales ha corrido a cargo del elenco de profesores que ejercían su profesión en un hospital dedicado cada vez más a la

atención especializada. La parcelación del conocimiento médico especializado condiciona necesariamente la forma como se abordan los problemas de salud. Esta cuestión explica que no se formen nuevos profesionales en la visión más amplia del proceso salud-enfermedad, la cual requiere su participación en sistemas que intentan adoptar la estrategia de la atención primaria de la salud.

La función docente convive y se imbrica profundamente con la práctica asistencial. Pese a la dificultad de separar ambas funciones a efectos de medir sus costos, se sabe que los costos de la atención son más altos en los hospitales docentes. Esto implica que los profesionales en formación requieran más recursos para prestar atención médica (más exámenes complementarios, más tiempo de quirófano, etc.).

También el hospital, como conjunto tecnológico, desempeña una función de investigación. La investigación clínica, esencial para la comprensión de la eficacia y la efectividad de los procesos diagnósticos y terapéuticos, se desarrolla normalmente en el hospital. La creciente demanda de pruebas científicas de efectividad de las tecnologías médicas resalta la importancia de establecer programas formales de investigación allí donde las decisiones clínicas y sus efectos se desarrollan. El hospital, inserto en la estrategia de la atención primaria de salud, está llamado a ocupar el centro de la escena en la concentración y el análisis de las pruebas científicas útiles para establecer normas de buena práctica.

A menudo, se dispone de recursos financieros específicos para estas tareas procedentes de la industria médica y farmacéutica interesada. Pero también con frecuencia estos recursos no se integran en los presupuestos globales, sino que ingresan lateralmente a través de fundaciones o directamente a departamentos o servicios, lo cual provoca distorsiones en la conducción estratégica de la institución. Estas cuestiones suelen incluirse inespecíficamente en la misión del hospital. Por ello no se hacen provisiones financieras para sustentar concretamente estas actividades, sino que de algún modo se integran en los costos de los procesos de atención.

El hospital: una empresa con un intenso factor laboral

Los hospitales son empresas que desarrollan una intensa actividad humana. Esto implica que, en la estructura de costos, el gasto en personal sea el más elevado (más de 70%). Entendido el hospital como un conjunto de tecnologías incorporadas, el recurso humano es el intermediario necesario para aplicar el conocimiento en la producción de sus servicios. Este papel trascendental del recurso humano tiene un substrato ético.

Lo que hoy diferencia a una organización de otra es la capacidad de las personas que la integran para aprender y aplicar dicho aprendizaje al desempeño institucional. Esta afirmación general es aún más cierta en la atención hospitalaria, dado que ésta consiste eminentemente en la aplicación de la tecnología que tiene incorporada el recurso humano del hospital como conocimiento. Si el desarrollo del conocimiento es un factor crítico del éxito de las organizaciones, lo es mucho más en el hospital, cuya función de producción es fundamentalmente la aplicación de conocimiento. Para que una persona pueda aprender deben darse un conjunto de condiciones laborales, una estructura organizativa, prioridades estratégicas, estilos de liderazgo y de gestión y, sin duda, una cultura institucional determinados que propicien dicho aprendizaje.

En las reformas del sector hospitalario se ha producido una especie de desfase entre sus dimensiones administrativas, y financieras y la de los recursos humanos. Ha faltado reconocer y explotar plenamente el papel central del recurso humano como factor crítico de las refor-

mas del sector hospitalario. No se puede concebir ninguna transformación, en ninguna dimensión de los servicios de atención de salud, sin considerar ese papel fundamental que desempeñan las personas que trabajan en él.

Al pensar estratégicamente en las condiciones para generar ambientes que promuevan el aprendizaje institucional —como se hace en capítulos posteriores—, es preciso considerar cómo mejorar los marcos legales que rigen el trabajo en el ámbito sanitario y cómo aumentar la eficiencia, la calidad, la productividad y la sostenibilidad de los hospitales. En ello adquieren relevancia aspectos tales como la política de desarrollo del recurso humano, la calidad del empleo y el tipo de régimen laboral, la formación y la actualización de los profesionales, los sistemas de evaluación del desempeño y de la productividad, los sistemas de remuneración e incentivos, y la conflictividad laboral en el sector.

El aprendizaje tiene que ver con tres ámbitos muy relacionados: la forma de ser más efectivos, la oportunidad de obtener satisfacción (tanto los trabajadores como los usuarios), y el esfuerzo por mejorar la calidad de la gestión y de la atención. Dichos aspectos forman parte de la búsqueda de la excelencia, en lo personal y en lo institucional. Hoy, el aprendizaje para la excelencia tiene más relación con la competencia de las personas y las organizaciones para analizar críticamente la información que con el mero acceso a los datos; la habilidad crítica reside en la capacidad para acceder, seleccionar y analizar la información disponible, de tal forma que las modificaciones del conocimiento resultantes del aprendizaje se traduzcan en mejoras de la competencia, la calidad y la eficiencia.

Por último cabe recordar que la motivación ética de las personas que trabajan en los hospitales es el alivio inmediato del dolor y la enfermedad de seres humanos. Por ello, los esfuerzos estratégicos dirigidos a fomentar el aprendizaje continuo deben tener necesariamente un impacto visible en los enfermos, ya que éstos pueden gozar de más y mejores servicios.

El factor financiero del hospital

Los hospitales tienen un peso financiero elevado en los sistemas de financiamiento de los servicios de salud. Por citar un ejemplo, en el caso de Chile, del total de los gastos operacionales del sistema público de salud, el 90,4% se gastó en los hospitales.

Desde el punto de vista de los organismos financieros, lo que se pretende es aumentar el acceso universal a una atención de salud de calidad para la población y que el gasto sanitario tenga la mayor efectividad social y eficiencia posibles. Este objetivo se enmarca en las transformaciones del Estado y en las restricciones presupuestarias de las políticas sociales. Para conseguirlo, es necesario que los hospitales se vean a sí mismos como *empresas sociales*, por cuanto la efectividad en función de costo de sus acciones será el criterio de valoración con que la sociedad los evalúe a la hora de asignarles recursos.

Para alcanzar razones de costo-efectividad hospitalaria adecuadas, es esencial engastar las políticas sociales y sanitarias claras con mecanismos de asignación y gasto transparentes, de tal modo que se puedan dirigir objetivos e incentivos hacia la mayor equidad social y calidad de los servicios.

La financiación de los hospitales está condicionada por y determina a la vez el modelo que la sociedad adopta en relación con la solidaridad en la distribución equitativa de sus recursos para la atención de la salud a la población.

Los hospitales de varios de los países que se encuentran en procesos de reformas del sistema afrontan la nueva demanda de servir a la población sin restricciones y de financiarse con los recursos que provienen de la población atendida, que es muy dispar en cuanto a sus posibilidades económicas. Cuando esta población es mayoritariamente pobre, se plantea el reto gerencial de obtener el financiamiento necesario desde la gestión local. Así conviven entre su clientela usuarios con seguros de salud establecidos en el marco de una relación privada, otros incluidos en programas de cobertura establecidos a partir de su relación laboral, generalmente con participación estatal (seguridad social), y, finalmente, aquellos que sin capacidad de pago individual son atendidos en instituciones financiadas con recursos provistos directamente por el Estado.

Las formas de financiación de los hospitales y de asignación y pago a los proveedores se están constituyendo como llaves de la accesibilidad. Las distintas fuentes financieras establecen diversas formas de asignación y pago que incluyen en su diseño incentivos para las instituciones hospitalarias y para sus integrantes. Estas formas de pago pueden resumirse en tres tipos básicos:

- Pago por prestaciones, que incentiva la producción y encierra la amenaza de la sobreprestación.
- Pago per cápita, que tiende a fijar el gasto y cuyo principal riesgo es la subprestación.
- Pago por presupuestos directos, tradicionalmente elaborados con base histórica y ajustados a la disponibilidad de recursos. Esta modalidad está evolucionando hacia la asignación global con base en la producción y es la empleada generalmente en las instituciones estatales. Pese a que no vincula los pagos con los servicios prestados, puede utilizarse de forma que no se desincentive la productividad.

Esta gama de modalidades de asignación y pago obliga al hospital a arrostrar dilemas difíciles y desafíos para su capacidad de gestión.

Los profesionales, determinantes claros del grueso de las decisiones sobre el uso de recursos, tienden a maximizar sus ingresos y a actuar frecuentemente bajo distintas perspectivas dentro del sistema. En América Latina es frecuente que los profesionales trabajen en hospitales estatales con un régimen salarial (no ligado a criterios de productividad) y simultáneamente en instituciones privadas donde reciben pagos por los servicios prestados de las entidades aseguradoras o directamente de sus clientes.

Conclusiones

Lo expuesto en este capítulo permite concluir que las instituciones hospitalarias afrontan el desafío de adaptar su cultura institucional y sus modelos de organización y gestión para incorporar un enfoque de empresa social y adquirir una nueva capacidad gerencial. Se está intentando que los hospitales se adapten con éxito a las nuevas condiciones de legitimidad y competitividad sobre la base de la productividad (efectividad, calidad, eficiencia y satisfacción del usuario) y de la respuesta social que den a las demandas de la sociedad, los sistemas de salud y las reformas en marcha. Para ello se propone que la gerencia hospitalaria adopte el enfoque estratégico que se presenta en el siguiente capítulo.

Bibliografía

- 1 Escuela Andaluza de Salud Pública. Profesionales-Gestores. Trabajar juntos... pero ¿cómo? X Jornadas EASP de Salud Pública y de Administración Sanitaria, del 19 al 21 de octubre de 1995. Granada: EASP; 1995.
- 2 Escuela Andaluza de Salud Pública. ¿De paciente a cliente? El ciudadano y la calidad de los servicios sanitarios. IX Jornadas EASP de Salud Pública y de Administración Sanitaria, del 27 al 29 de octubre de 1994. Granada: EASP; 1995.
- 3 Bengoa R. La sanidad: un sector en cambio. un nuevo compromiso entre la administración, usuarios y proveedores. Barcelona: SG editores; 1996.
- 4 Martín Martir JJ, López del Amo MP. Incentivos e instituciones sanitarias públicas. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1994.
- 5 De Manuel Keenoy E, Pérez Lázaro JJ, eds. Oportunidades de gestión empresarial en los servicios sanitarios públicos. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1996.
- 6 Novaes H, Paganini, JM. El hospital público. Tendencias y perspectivas. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1994. (Documento HSS/SILOS-39.)
- 7 Organization for Economic Cooperation and Development. New directions in health care policy. Health Policy Studies 1995; No.7.
- 8 Sagan LA. The health of nations. New York: Basic Book; 1987.
- 9 Escuela Andaluza de Salud Pública. Profesionales-Gestores. Trabajar juntos...pero ¿cómo? X Jornadas EASP de Salud Pública y de Administración Sanitaria, del 19 al 21 de octubre de 1995. Granada: EASP; 1995.
- 10 Marin JM. Marco de referencia actualizado para el desarrollo de la capacidad gerencial. Guatemala: Organización Panamericana de la Salud; 1995.
- 11 Prud'homme R. The dangers of decentralization. The World Bank Research Observe 1995;10:201-220.
- 12 Bossert T. Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. Soc Sci Med 1998;47:1513-1527.
13. González MA, et al. Health service decentralization in Mexico: formulation, implementation, and results. Health Policy Plann 1989;4:301-315.
- 14 Artaza O, OlguinH, Vásquez C. Buscando la excelencia: autogestión clínica en la práctica hospitalaria. Cuad Med Soc (Chile) 1997;38:54-59.
- 15 Collins C. Decentralization. Health policy and systems development: an agenda for research. Geneva: World Health Organization; 1996:161-178.
- 16 Olivares P. Compromisos internos de gestión clínica. Santiago de Chile: Fundación de Desarrollo de la Red Hospitalaria Pública; 1999. [Documento de trabajo.]
- 17 Gold M. The changing USA Health Care System: changes for responsible public policy. The Milbank Q 1999;177:3-37.

Capítulo 6

El enfoque estratégico en el hospital

Si el hospital descubrió la estrategia recientemente, la *estrategia de empresas*, por su lado, tan antigua como la propia empresa. Es únicamente después de la segunda guerra mundial cuando se buscó formalizar verdaderamente la reflexión entorno a la estrategia a través de conceptos teóricos.¹⁻³

En los años cincuenta aparecieron los primeros *modelos estratégicos* de Harvard, que buscaban resaltar, por un lado, las fuerzas y las debilidades de la empresa y, por otro, las amenazas y las oportunidades que existen en el contexto externo. La matriz clásica de los FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades, Amenazas) sigue siendo utilizada en la actualidad y mantiene su pertinencia. En el enfoque estratégico aplicado al hospital, a menudo encontramos esta matriz, que se abordará en detalle más adelante al hablar del plan estratégico hospitalario.

La década de los sesenta se caracterizó por la concepción de *matrices de cartera de actividades*, que permiten a la empresa elegir los productos y servicios que es conveniente mantener, abandonar o desarrollar, en el marco de *estrategias de diversificación*. En la de los setenta, las crisis económicas condujeron al desarrollo de un enfoque estratégico más pragmático y empírico: entonces se hablaba de la gestión estratégica en tiempo real, que busca determinar cuáles son las empresas que logran buenos resultados y las razones del éxito.

¿Será que estas teorías y técnicas de gestión de la empresa son aplicables a los sistemas de salud y a los hospitales? En parte, es cierto. En este capítulo veremos que los servicios de salud en general y los hospitales en particular están en completa mutación, lo que implica una radical transformación de su perspectiva. El hospital se desenvuelve en un contexto de incertidumbre y conflictividad que justifica la aplicación del enfoque estratégico y lo obliga a emprender cambios profundos en su organización y funcionamiento. No obstante, este enfoque estratégico no se justifica solamente porque el hospital deba realizar cambios. La reflexión, el enfoque y la gestión estratégica son procesos que han de ser recurrentes, teniendo en cuenta el contexto de incertidumbre y de conflictividad. La evolución demográfica y el éxodo rural, los cambios económicos y la revolución tecnológica son otros tantos elementos determinantes que imponen al hospital adoptar un enfoque estratégico permanente para poder adaptarse y responder a las necesidades de salud de la población.

El contexto de incertidumbre y conflictividad de la gestión hospitalaria

El hospital, como empresa social tal como fue analizado en el capítulo anterior, opera naturalmente en un ambiente de incertidumbre y conflicto que le obliga a desarrollar una capacidad institucional para situarse estratégicamente y adaptarse de forma permanente.

Dificultades para la adaptación

Hasta ahora hemos justificado la imperiosa necesidad de cambiar la gestión del hospital. Sin embargo, en realidad y ante todo, se comprueba cierta inmovilidad y falta de voluntad para iniciar estas transformaciones, junto con fuertes limitaciones derivadas de condiciones tanto externas como internas para llevarlas a cabo. Estas condiciones pueden definirse como <<los elementos de una situación dada que favorecen o desalientan, activan o desaceleran la influencia de uno o más factores de cambio>>.⁴

Las dificultades que confronta un hospital al emprender las transformaciones necesarias se refieren ante todo a las personas encargadas de conducirlo y de ejecutarlo: <<Todo cambio es

en principio la transformación de un sistema de acción, es decir que los hombres deben poner en práctica nuevas relaciones humanas, nuevas formas de control social>>.⁵ Seguidamente se analizarán las dificultades externas y las dificultades internas que se oponen al cambio en el enfoque y la práctica de la gestión del hospital.

Dificultades externas

Las condiciones exógenas del cambio aluden a las políticas públicas en relación con la reforma hospitalaria y la voluntad y el dinamismo de las autoridades sanitarias municipales, estatales o federales. El impulso del cambio debe provenir de las autoridades locales que ejercen un poder de control sobre el hospital. Las dificultades exógenas que se han observado se refieren a este impulso, que a menudo es insuficiente. Se trata del problema del liderazgo de las autoridades locales (véase el capítulo 7) y de la ausencia o la debilidad de las políticas públicas que se ocupan de impulsar este cambio.

A este respecto, una de las principales dificultades externas es la ausencia de un gran proyecto de reforma de la política hospitalaria. La consideración, en el parlamento por ejemplo, de una reforma hospitalaria es siempre motivo de una consulta con profesionales y de debates en la prensa sobre las cualidades y el mal funcionamiento del hospital. Estas reformas, cuando fueron emprendidas en ciertos países latinoamericanos, han permitido a los hospitales beneficiarse de una intensa dinámica que tiene su origen en las autoridades públicas. Para ilustrarlo, pueden citarse los ejemplos de descentralización y de autonomía de gestión de Argentina y Colombia.

Las condiciones económicas generales y las reducciones en la asignación de los recursos financieros destinados al hospital no constituyen una dificultad que impida iniciar el cambio. Por el contrario, en ciertos casos, la reducción presupuestaria puede ser un elemento favorable, ya que obliga a fijar como objetivos la mejora de la eficiencia o la contención de costos. En estos casos se habla de *reestructuración presupuestaria*, es decir, una asignación de recursos focalizada que obliga a reestructurarse. El hospital puede, por ejemplo, disponer de un presupuesto constante de un año a otro, pero tiene la obligación de crear una nueva actividad o ampliar las que ya existen.

Dificultades internas

El hospital, como empresa social, es una institución compleja cuya cultura e historia se han forjado en el transcurso de numerosas décadas. Cada hospital se comporta como un microcosmo humano específico. Constituye una sociedad particular, con su propia historia, su identidad, su estructura particular y sus reglas de juego, así como con sus normas y valores, luchas, victorias, reputación, competencias, fuerzas y sus debilidades. En este sentido, cada hospital es singular y, por ende, específico. Todo proceso de cambio deberá entonces tener en cuenta la propia cultura y la propia historia del hospital. El hospital, como cualquier otra organización social, está integrado por seres humanos que lo han conformado con el correr de los años, siguiendo el hilo de una historia marcada por proyectos y realizaciones colectivas, pero también por enfrentamientos y luchas de poder. La cultura del hospital es, sin embargo, diferente de la de otras organizaciones sociales. El hospital se ocupa de la vida, de la enfermedad, y se codea a veces con la muerte. Es por eso que hay algo de sagrado en el hospital, que se comprueba claramente por la gran estima que la población tiene a los médicos y a las enfermeras.

Esta cultura específica del hospital es indudablemente un freno para lanzar un proceso de cambio; toda transformación, sobre todo si es de orden estructural y profunda, debe tener en cuenta esta especificidad, así como el hecho de que cada hospital es un ente singular. Esta dificultad cobra aún más importancia cuando se suma a las demás: una antigua tradición de

luchas sociales, la importancia de la burocracia profesional bajo la influencia del cuerpo médico, la ausencia de autonomía de gestión y, a menudo, de una efectiva dirección.⁶

Si el impulso de las autoridades sanitarias es importante para iniciar el cambio, éste será realizado efectivamente dentro del hospital y por el hospital. El hospital es, en efecto, una organización tan particular y tan compleja que resulta sumamente difícil, si no imposible, transformarla sin implicar directamente al personal y, sobre todo, a los médicos, las enfermeras y el equipo directivo. A este nivel se presentan tres dificultades.

La primera es la inmovilidad y el mantenimiento del perfil conocido. Los profesionales del hospital justifican con frecuencia las disfunciones y la débil efectividad de sus instituciones por la insuficiencia de recursos financieros y humanos. Históricamente, el hospital ha tenido una cultura administrativa y no empresarial. Los profesionales, y en particular los médicos y los directivos, afrontan dificultades para poner en duda organizaciones y modelos implantados desde hace varios años.

La segunda se refiere a la descentralización y a la autonomía de gestión insuficientes en los hospitales de América Latina y el Caribe. Se trata de confiar al hospital, y a sus directivos, un margen de libertad en la organización y la gestión del establecimiento, con miras a mejorar su desempeño y sus resultados. El contrapunto de esta libertad en la conducción del hospital es la responsabilidad de los dirigentes con respecto a la autoridad política o administrativa responsable. Para que esta autonomía de gestión sea efectiva, debe comprender la autonomía financiera, lo cual raramente ocurre. Los ministerios de hacienda de los Estados latinoamericanos no se deciden a derogar reglas de contabilidad pública, y los hospitales públicos apenas se benefician de esta medida.

La tercera dificultad atañe a la competencia de los dirigentes. Muy a menudo, los directores de los hospitales de América Latina y el Caribe son experimentados médicos clínicos sin formación específica en cuestiones administrativas. Rara vez dedican más de algunas horas al día a su función de dirección porque están muy ocupados en sus actividades clínicas. Su nombramiento dimana de una decisión de las autoridades sanitarias o políticas en función de criterios que no son siempre profesionales. En estas condiciones es muy difícil iniciar cambios profundos que necesitan una fuerte inversión personal del directivo y amplia autonomía para efectuar estos cambios.

Una cultura de gestión estratégica del cambio

Respecto al anterior análisis es preciso hacer hincapié en que se refiere principalmente a los hospitales públicos, dado que los establecimientos privados, sean filantrópicos o religiosos, con y sin fines de lucro, a menudo han realizado esfuerzos para mejorar su organización y funcionamiento. Esto quiere decir que el esfuerzo más importante deberá centrarse en el sector público, que mantiene un funcionamiento tradicional en el cual muy sólo ocasionalmente se aplican técnicas de gestión moderna.

Para superar las citadas dificultades, el hospital debe crear condiciones favorables para iniciar el cambio. A semejanza de la incorporación de las nuevas tecnologías médicas, las autoridades sanitarias deben tomar la iniciativa de introducir una verdadera cultura de gestión en el hospital e iniciar una reforma hospitalaria. Ello constituye una oportunidad interesante si se acompaña de una serie de medidas que propicien el desarrollo de una nueva cultura de gerencia hospitalaria. La reforma debe incluir diversas orientaciones innovadoras entre las que cabe destacar las que se describen a continuación.

Primero, la adopción de un enfoque estratégico por medio de la promoción de instrumentos técnicos de gestión cuyo desarrollo será posible con la capacitación continua tanto de los directivos como de los médicos y enfermeros. Estas técnicas de gestión incluyen los instrumentos de administración de la salud y de salud pública (epidemiología, evaluación médica), así como técnicas empresariales tales como la planificación estratégica, la gestión de previsión, la reingeniería y el plan empresarial.

Segundo, una nueva organización de hospitales públicos cuyo objetivo sea responder mejor a las necesidades de salud de la población en el marco de una red de atención sanitaria coordinada.

Tercero, la creación de mecanismos de concertación dentro de los establecimientos y de mecanismos de decisión colegiada: puede tratarse de un consejo de administración integrado por representantes del municipio o del Estado, organismos financieros o representantes de los usuarios —consumidores y personal del hospital—. La creación de un consejo de esa índole facilitará la práctica de una descentralización que conduzca a la autonomía de gestión.

Cuarto, la autonomía de gestión interna con cierto grado de flexibilidad financiera. Si las reglas de juego son precisas, esta autonomía puede motivar y responsabilizar a los directivos y mejorar la agilidad y eficiencia de la gestión y la pertinencia y calidad de los servicios. Asimismo, se deberán vigilar dos aspectos. El primero se refiere a los objetivos sanitarios del hospital. Sería imprudente dejar que sea el hospital el que defina sus objetivos, porque podría hacerlo basándose en una lógica empresarial pura al servicio del propio hospital y no al servicio de la comunidad y del sistema sanitario. Tras una concertación, los objetivos sanitarios del hospital deberán ser fijados por la autoridad pública, garante de la respuesta a las necesidades de salud de la comunidad. El segundo aspecto apunta al presupuesto y a la asignación de recursos del hospital. Este presupuesto puede ser negociado contractualmente entre el hospital y la autoridad pública responsable, pero compete a esta autoridad pública fijarlo y limitarlo. Ante las diferentes opciones de asignación de recursos, es preferible la modalidad de presupuesto global en función de la producción más que la de asignación individual en función de la actividad. Este último enfoque presenta demasiados riesgos inflacionistas en un período en que deben controlarse los gastos de salud. La autonomía de gestión de los hospitales se define entonces como un espacio de libertad dentro de la gestión interna del establecimiento, con exclusión del presupuesto y de los objetivos sanitarios que son fijados por la autoridad pública responsable.

El último, y más importante, se refiere a la autoridad y a la capacidad de los directivos para gestionar el cambio. En un sistema descentralizado en el cual el hospital dispone de una libertad de acción más o menos amplia en el plano interno, los directivos desempeñan una función determinante. En estas condiciones, para disfrutar de una autonomía de gestión efectiva y eficiente, debe existir un equipo de directivos competentes, responsables, capacitados en técnicas gerenciales y en administración de empresas sociales, que dispongan de la autoridad suficiente para gestionar sus competencias.

El enfoque estratégico aplicado al hospital

La cultura gerencial, que es necesario generalizar en todos los hospitales, no es en sí generadora de riquezas, pero permite, gracias a la aplicación de herramientas técnicas, mejorar la organización de los servicios, evitar la dilapidación de recursos y las actividades inútiles, racionalizar y articular las diferentes actividades clínicas, industriales, médico-técnicas, logísticas y administrativas, con un objetivo único: la salud del paciente. En la tercera parte del libro, que trata sobre las técnicas de gestión del hospital, se abunda en temas críticos de la gestión hospitalaria, desde

los recursos humanos a los sistemas de información, desde las actividades de atención sanitaria a la gestión del equipo biomédico. Pero esta cultura de gestión de la cual carecen los hospitales de la Región, no incluye solamente la gestión técnica y operativa orientada al funcionamiento cotidiano del hospital. Gerencia es, en principio, dirigir, es decir, dar una dirección, trazar una ruta, saber hacia dónde se va, tener una visión precisa y posible del futuro.

La labor del hospital es responder a ciertas necesidades de salud de la población de forma articulada con las otras unidades de servicios y en cumplimiento de objetivos de salud pública definidos por las autoridades sanitarias. Estas necesidades son cambiantes, y la población misma está en movimiento: migraciones cotidianas hacia las grandes ciudades, desarrollo urbano, éxodo rural, poblaciones aisladas, etc. El hospital está al servicio de la población, lo que quiere decir que debe adaptarse a sus necesidades. Esta visión del porvenir y este camino trazado vienen dados por el enfoque estratégico, un enfoque que se viene aplicando desde hace varios decenios en la empresa y que se introdujo en el ámbito hospitalario hace apenas diez años. Los métodos de gestión estratégica se aplican notablemente al hospital, habida cuenta de los retos tecnológicos, sanitarios y financieros que éste afronta.

Estrategia, planificación estratégica y gestión estratégica

El enfoque estratégico precede y es más amplio que la planificación y la gestión estratégicas. La capacidad de pensar estratégicamente es la base para aplicar las técnicas de planificación y gestión estratégicas.

Estrategia y hospital

Es habitual afirmar que todos los problemas son estratégicos. De la gestión cotidiana de un servicio sanitario a las grandes políticas de inversión, del dominio de las técnicas financieras a la gestión de los recursos humanos, nada parece poder escapar al calificativo mágico de estratégico. Si se quiere definir con precisión qué es la estrategia de la empresa, es necesario establecer dos criterios: no puede haber estrategia sin asignación de recursos y esta asignación no involucra de manera duradera el devenir de la empresa.⁷ Esta definición pone de relieve los dos criterios que se analizan continuación.

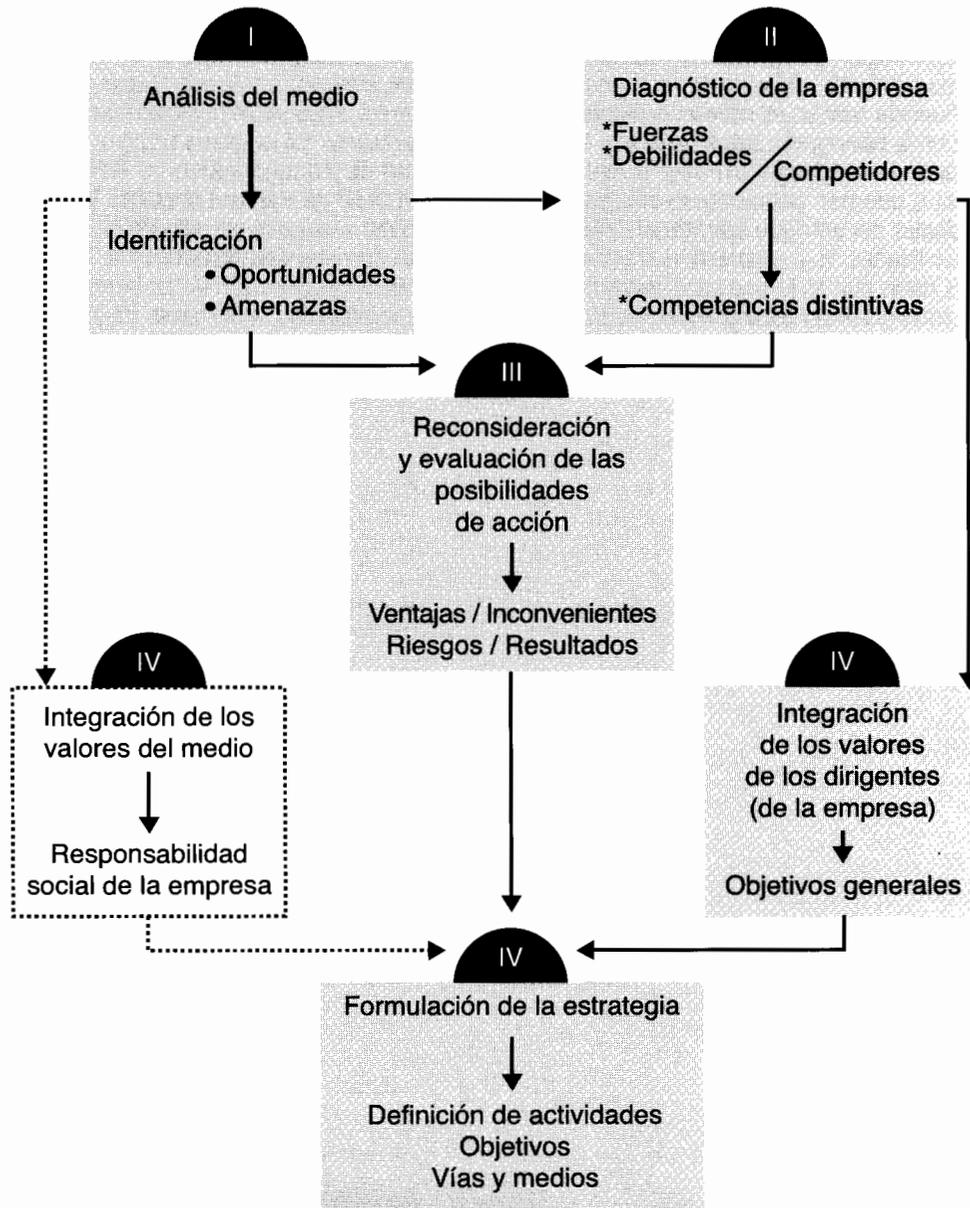
Para que algo pueda calificarse de estrategia, ha de ser significativo. En este criterio se observa una noción o dimensión fundamental vinculada con el uso habitual del término estrategia. Pero este criterio no es suficiente; debe haber también una asignación de recursos materiales, financieros y humanos para que pueda hablarse verdaderamente de estrategia. En efecto, una estrategia debe poder expresarse en cifras y, por lo tanto, en términos financieros. Si no hay asignación de recursos, no se habla de estrategia, sino de proyecto o de simple orientación. La asignación de recursos pasa por la selección, por parte de la empresa, de las esferas de actividad y de los medios financieros que va a utilizar para realizar sus objetivos dentro de esas esferas de actividad. Esta definición de estrategia permite diferenciar claramente lo que compete efectivamente a la estrategia, es decir, la selección de las actividades que se han de desarrollar y la asignación de los recursos, de lo que pertenece más bien a la política general de la empresa, esto es, la articulación entre la estrategia, las actividades, el proceso de decisión y la identidad de la empresa.⁷

Cuando se habla de la asignación de recursos, se supone que estos recursos existen realmente y que la empresa va a poder aprovecharlos. Este punto es importante, máxime cuando se trata de aplicar estos conceptos de estrategia al hospital. Si no se controla suficientemente la asignación de recursos en la definición de una estrategia hospitalaria, entonces se habrá de hablar de proyecto o de orientación general, pero no de estrategia. La estrategia

consiste entonces en asignar los recursos de manera óptima tras haberlos adquirido en las mejores condiciones posibles. El objetivo de esta gestión de recursos no es obligatoriamente la búsqueda de utilidades, salvo en el caso de los establecimientos con fines comerciales.

Ciertas organizaciones sociales, y en primer lugar el hospital público o privado sin fines de lucro, tienen otros objetivos que no son la maximización de los resultados financieros. Toda empresa, sea grande o pequeña, pública o privada, deberá entonces contar con una estrategia. Esta afirmación es igualmente válida para el hospital. Todo hospital, sea grande o pequeño, público o privado, debe contar con una estrategia. Si bien esta noción de estrategia obedece a la influencia militar, es necesario reconocer que antes de los años sesenta el término aparecía poco en la bibliografía sobre gestión y en el mundo empresarial. En un plano teórico, no puede hablarse de estrategia sin citar a Ansoff⁸ y a la Facultad de Administración de Empresas de Harvard, que han popularizado el concepto. El modelo LCAG⁹ de Harvard presenta las etapas principales del enfoque estratégico (figura 1): 1) análisis del medio; 2) estudio de las fuerzas y las debilidades de la empresa, que permite distinguir las competencias distintivas de la empresa, es decir, qué es lo que sabe hacer mejor que las otras; 3) delimitación de las acciones posibles confrontando esta competencia distintiva (lo que la empresa sabe hacer mejor que las otras) con el análisis del medio (los factores clave del éxito), y 4) control de las acciones o plan de acción articulado en función de los objetivos generales a fin de formular una estrategia.

Figura 1
El modelo LCAG
(Learned, Christensen, Andrews y Guth).



Fuente: Ramanantsoa B. Voyage et stratégie. Rev Française du Marketing 1984;Cahier 99bis.

Ansof propone una trayectoria un poco diferente: en una primera etapa, se identifican las oportunidades y las amenazas vinculadas con el medio y, en la segunda, las fuerzas y las debilidades de la empresa. En realidad se trata de evaluar estos puntos fuertes y débiles con respecto al potencial de las empresas de la competencia. Finalmente, se formulan los objetivos.

Los dos enfoques presentados por Ansof y por la Facultad de Administración de Empresas de Harvard comparten lo que constituye hoy en día la base del enfoque estratégico: la idea de los *factores clave del éxito* o sea oportunidades que habrá que tener en cuenta y amenazas que convendrá evitar, y el concepto de *competencias distintivas*, que todos los enfoques retoman de uno u otro modo. Se trata de lo que la empresa sabe hacer mejor que las otras, es decir, su especialización. Esta reflexión sobre la especialización de la empresa se vincula con el concepto de competencia distintiva. Estos primeros enfoques estratégicos presentan, no obstante, algunas lagunas, sobre todo en lo que hace referencia a la transición al estadio operativo, que constituye el objetivo de este enfoque estratégico: cómo definir, por ejemplo, lo que constituye la fuerza principal de una empresa o su debilidad esencial, y cómo controlar con precisión la asignación de recursos a corto o mediano plazo.

Para responder a estas insuficiencias en el plano operativo, en los años setenta se presentaron nuevos modelos. Así, surgieron modelos de análisis estratégico, que en la mayor parte de los casos suponían el uso de matrices,¹⁰ la consideración de problemas de segmentación¹¹ el concepto PIMS (*Profit Impact of Marketing Strategies* o impacto de las estrategias de mercadotecnia en las utilidades). Este último modelo, muy cuantitativo, procura establecer, a partir de los resultados comparados de las empresas del mismo sector, una relación entre diferentes variables de gestión y la rentabilidad de la inversión. La reflexión estratégica también debe mucho a Porter, de la Facultad de Administración de Empresas de Harvard,¹² quien ha concentrado su labor en articular el análisis sectorial y la estrategia de las empresas.

Es con el transcurso del tiempo que se afirman los hombres, que se desarrollan las tecnologías y se construyen las posiciones estratégicas. Tener un enfoque estratégico es razonar a largo plazo para las autoridades públicas que deciden una política hospitalaria; es razonar a mediano plazo (cinco años) para los dirigentes hospitalarios. Este razonamiento temporal es indispensable para los estrategas. Para construir un hospital, desde su concepción hasta su inauguración, son precisos entre 3 y 5 años. La estrategia es un razonamiento económico, porque toda estrategia debe estar sostenida por las leyes económicas que rigen el sector interesado. Es un razonamiento polimorfo y sintético, porque la estrategia debe combinar el enfoque de mercadotecnia, es decir, la respuesta a las necesidades de salud en el caso de un hospital, el sentido de los recursos financieros y humanos que se van a movilizar y la evolución tecnológica y el control de la producción. La estrategia es a fin de cuentas un razonamiento de quien la pone en práctica, porque debe tener en cuenta las acciones y las reacciones del medio, y acontecimientos económicos y sanitarios a menudo aleatorios (la evolución positiva o negativa de la asignación de recursos, la adopción de nuevas tecnologías, el cambio social, etc.).

El dominio de la estrategia por los dirigentes del hospital debe entonces combinar cualidades muy diversas: capacidad para controlar el mediano o el largo plazo, el sentido del tiempo y de los plazos, y el conocimiento de la evolución de las tecnologías médicas. La estrategia es entonces una importante iniciativa para el hospital. Para ayudar a los dirigentes del hospital en esta iniciativa, existen conceptos, métodos y herramientas de gestión.

Planificación estratégica

Es menester distinguir la estrategia de la planificación estratégica. Esta última es sólo uno de los medios para tomar decisiones estratégicas. La planificación estratégica puede definirse como <<un procedimiento organizativo que tiene por objeto prever los cambios estratégicos>>. ¹³ La planificación estratégica también tiene otras funciones, sobre todo la de asegurar una integración entre las diferentes partes de una empresa y la movilización del personal en función de sus objetivos. Es, asimismo, una ayuda, un enfoque que favorece un buen análisis de la situación y la consecución satisfactoria de los objetivos. Además, la planificación estratégica puede definirse como un procedimiento según el cual un dirigente procede intelectualmente a efectuar sus selecciones estratégicas, desplegar y utilizar sus recursos y fijar sus prioridades.

La planificación estratégica apela a dos dimensiones de toda organización social. La primera dimensión, económica, precisa las características objetivas de la empresa y de su entorno (medios, pericia específica, complementariedad de las opciones, monto de las inversiones, prioridades de acción). La segunda dimensión, que es más pública y humana, pone de relieve la existencia y el lugar de actuación de la gente de la empresa cuyos objetivos individualizados persiguen metas que a veces son contradictorias, pero que pueden ayudar a implantar la estrategia o por el contrario causar un grave perjuicio. ¹⁴ El *planificador estratega* de la empresa debe entonces tener en cuenta estas dos dimensiones que están estrechamente vinculadas entre sí.

Las metas que persigue la planificación estratégica son múltiples: facilitar a todos los agentes presentes la realización de la estrategia, actuar para frenar las oposiciones que se manifiestan con respecto a esta estrategia, utilizar mejor los recursos, tener en cuenta todas las competencias de la empresa, y aprovechar las posibilidades que ofrece el mercado.

Para lograr estos objetivos, el dirigente puede adoptar un enfoque ascendente, descendente o combinado. En el caso del enfoque descendente, el proceso de planificación estratégica se inicia en la cúspide de la empresa y va descendiendo, etapa por etapa, por los diferentes niveles jerárquicos. El segundo enfoque, ascendente, es la suma de las selecciones efectuadas a niveles jerárquicos crecientes. Por último, el tercer enfoque combina los dos anteriores y se concreta en un diálogo entre la cumbre y la base, para permitir que quienes van a realizar efectivamente la estrategia participen en su elaboración mientras se deja a los directivos la responsabilidad final de proveer la orientación general de la empresa y el establecimiento de las prioridades.

Este último enfoque es de gran interés para el hospital, pues permite en efecto a los diferentes agentes apropiarse de las selecciones estratégicas después de haber participado en su elaboración y haber debatido las prioridades. Este enfoque puede aplicarse del mismo modo en los grandes hospitales y en los pequeños de menos de 50 camas. El pequeño hospital podrá, por ejemplo, reducir su proceso de planificación a su más simple expresión e incluir en el enfoque únicamente a su director, sus colaboradores directos, los médicos y los cuadros responsables de los servicios. Este enfoque debe comprenderse como una herramienta y un elemento de capacitación, es decir, un instrumento que ayuda a la empresa a entender mejor el problema estratégico, pero encierra el gran peligro del formalismo. Por ello, siempre se deberá supervisar y controlar. ¹⁵

Este concepto de la planificación estratégica se puso en entredicho tras la pérdida de la fe en la previsión de finales de los años sesenta. La crisis petrolera de 1973 y la crisis económica que se produjo posteriormente revelaron la fragilidad de las previsiones y, por ende, de la planificación estratégica. Las ambiciosas estrategias a largo plazo fueron abandonadas y en su lugar se adoptó una gestión operativa a corto plazo basada en la reorganización y la comprensión de las estructuras. Uno de los detractores más virulentos de la planificación estratégica,

que es también uno de los autores más renombrados en temas de gestión, Mintzberg, le dedicó un importante volumen titulado *Grandeza y decadencia de la planificación estratégica*,¹⁵ en el cual alega vigorosamente que la planificación estratégica permite realizar buenas reflexiones estratégicas y formular estrategias creativas. Según él, esta planificación padece tres vicios fundamentales: la previsión, la separación entre el pensamiento y la acción, y la formalización. La crítica de Mintzberg sobre la separación entre el pensamiento y la acción es muy pertinente, sobre todo para el hospital. Esta crítica sobrepasa con creces el problema de la planificación y abarca toda la tradición occidental de la gestión, que distingue entre los que piensan y los que hacen, la formulación de las decisiones y la puesta en práctica. El peligro es real y concreto para el hospital: existe una brecha acusada entre la concepción de un plan estratégico y su realización efectiva.

Gestión estratégica

Con el cuestionamiento de la planificación estratégica se observa progresivamente su absorción por un nuevo concepto: la *gestión estratégica*. El acento se coloca progresivamente en este caso en la articulación entre la estrategia y la gestión actual, el papel de la organización y de la gestión operativa en el proceso estratégico que se procura reintegrar en la gestión. Los autores se preguntan si esta gestión estratégica se opone o no a la planificación estratégica. En la práctica, las empresas mantuvieron después de los años setenta este enfoque de planificación, que paulatinamente se fue alejando de los excesos para convertirse en un sistema de gestión mucho más flexible, necesario pero no suficiente, para dirigir la empresa a mediano y largo plazo.

La decadencia de la planificación estratégica, o en todo caso su utilización menos frecuente, dio lugar a dos nuevas nociones: el plan y la gestión estratégica. El plan estratégico, que se prolonga generalmente hasta la etapa del presupuesto, es un proceso que sigue estando muy presente en la vida de las empresas, pero que ya no significa una planificación omnipotente pesada y formalizada. El plan se considera como una herramienta útil para *gestionar estratégicamente*, es decir, concebir y actuar en la organización, su cultura y los sistemas de gestión, y dar sentido y efectividad a la empresa. Pero este plan no es una herramienta suficiente, aunque permita reflexionar a fondo sobre las orientaciones y el devenir de la empresa. Para los directivos lo importante es la acción sobre la organización general de la empresa, la puesta en práctica de instrumentos de conducción necesarios, la concepción y la actualización de los sistemas de información, el desarrollo de la capacitación y de la comunicación, o el nombramiento de personas en puestos clave. Estos diferentes elementos, asociados con el plan, constituyen la gestión estratégica. Se trata entonces de reintegrar en la gestión el grueso del proceso estratégico. Este nuevo enfoque destaca el análisis fino de las competencias fundamentales de la empresa sobre la necesidad de una fuerte ambición en el tiempo, y sobre un nuevo concepto de la organización. El conjunto de la gestión de la empresa se organiza así según este proceso estratégico, es decir, en el sentido de las orientaciones duraderas de la empresa y en función de una asignación de recursos.

Estrategia hospitalaria

Los sistemas de salud de los países de América Latina y el Caribe presentan una importante diversidad en cuanto a su índole y una autonomía con respecto al sistema económico. Esta diversidad se caracteriza por la poca atención que se presta al mercado y por la importante centralización del sistema, sobre todo de los hospitales públicos. Esta diversidad también se encuentra al analizar las características de la oferta (pública, privada, mixta) y las modalidades de financiamiento, con una proporción preponderante de la oferta pública. El acceso a la oferta está en general reglamentado, el mercado es reducido y el financiamiento está centralizado. Hasta hace poco, la reflexión sobre la gestión del sistema de salud se centraba en la eco-

nomía del sector de la salud en general más que en el funcionamiento de las entidades sanitarias y sobre todo de los hospitales.

La explicación oficial da importancia a la planificación general del sistema y a una centralización que confiere a la gestión de los hospitales un lugar modesto, considerado como el lugar de ejercicio y de aplicación de decisiones políticas y de reglamentaciones administrativas decididas desde arriba. Esta gestión del sistema se pone constantemente en entredicho y exige un cambio radical de perspectiva.¹⁶ La mayor parte de los países reconocen que parece haber llegado la hora de la gestión como condición necesaria de éxito de los hospitales. Las limitaciones financieras que éstos afrontan impelen a los responsables políticos y sanitarios a efectuar selecciones en materia de actividad médica para respetar los presupuestos y satisfacer las necesidades de salud de la población. Llegó la hora de replantear los hábitos y las reglas de gestión de los hospitales públicos y de los establecimientos privados, así como de desarrollar el uso de instrumentos de gestión y de conceptos utilizados desde hace mucho tiempo en la empresa. A partir de ahora es conveniente aplicar a la realidad de los hospitales los instrumentos de gestión estratégica de la empresa.

Estrategia en el hospital, empresa social

¿Son aplicables al hospital los conceptos de estrategia, planificación estratégica y gestión estratégica? Para responder a este interrogante conviene referirse a la índole exacta del hospital como empresa social, tal como fue presentada en el capítulo anterior. La segunda pregunta que es preciso formular se refiere a la aplicación de la estrategia al hospital en su doble definición: una asignación de recursos que contempla de manera duradera el devenir de la empresa. El hospital, que se ha definido como una empresa social, ¿puede identificarse con una empresa? Cuando se trata de una clínica comercial o de un hospital privado con fines de lucro no cabe duda de que la respuesta es afirmativa. Si se trata por el contrario de un establecimiento privado filantrópico o de un hospital público sometido a numerosas limitaciones, antes de responder a esta pregunta cabe examinar en detalle los diferentes elementos que componen la definición de la empresa: grupo humano, producción de bienes o servicios, tenencia de un patrimonio, intercambios y autonomía.

- Grupo humano: la producción es una obra colectiva en la cual son fundamentales los problemas de motivación, comunicación y control. Indudablemente, el hospital es un grupo humano de producción de servicios: la atención sanitaria de los pacientes.
- Producción: puede haber producción sin fabricación. Es el caso de las empresas de servicios y del hospital que presta servicios determinados (atención sanitaria).
- Patrimonio: está constituido por elementos físicos, créditos y deudas tal como aparecen en el balance, pero comprende igualmente elementos intangibles que no figuran en el balance. Se trata del renombre, de la reputación, de la imagen y de las técnicas empleadas. El hospital se encuentra en esta definición, aún cuando las reglas de contabilidad del establecimiento no prevean la institución de un balance.
- Intercambios: una empresa opera por medio de intercambios, compra para vender, contrariamente a una administración que funciona a partir de subvenciones. En la lógica del funcionamiento del *intercambio*, la empresa sólo puede sobrevivir y desarrollarse si los ingresos superan los gastos. Si se aplica este elemento de definición de la empresa a la institución hospitalaria, puede afirmarse que el hospital está estructurado y organizado como una administración —en cuyo caso procederá en función de las limitaciones y las donaciones, gracias a las subvenciones, ingresos fiscales o la seguridad social— o como una empresa. En

el segundo caso, el hospital estará organizado y administrado sobre una *lógica de inter-cambios*. A cambio de los servicios o de las prestaciones sanitarias que proporcionará a sus clientes, que son los pacientes, recibirá una remuneración, directamente de ellos o indirectamente de un sistema de seguridad social o fondos públicos.

- **Autonomía:** es lo que caracteriza a la empresa, su capacidad de determinar por ella misma sus objetivos. En este sentido se opone al establecimiento que es un grupo de producción, cuyos objetivos están determinados y cuyos medios de producción están asignados por una autoridad superior. Esta autonomía puede estar reforzada por un estatuto jurídico que dará personalidad y cierta independencia financiera a la empresa. En el sentido que se da aquí al término autonomía —capacidad de determinar sus objetivos— no es deseable, desde la lógica de la salud pública y de la satisfacción de las necesidades de salud de la población, confiar al hospital la determinación absoluta de sus objetivos. Es necesario moderar esta definición de autonomía. Cada vez con mayor frecuencia las empresas están organizadas y reagrupadas en redes de acciones o grupos multinacionales, lo que las ubica dentro de una lógica de establecimiento: sus objetivos y sus medios de producción están determinados por una autoridad superior.

En materia de autonomía, como en la idea de *intercambio*, la organización y la gestión del hospital dentro de una lógica de empresas son capaces de mejorar su eficiencia, contrariamente a un funcionamiento de tipo administrativo en que los conceptos de productividad, dinamismo, motivación y responsabilización de los agentes ocuparán un lugar poco preponderante en la gestión o, incluso, estarán ausentes. Sobre la base de estas definiciones podría considerarse que el hospital tal vez no sea una empresa, pero debe funcionar utilizando las herramientas y los instrumentos de la empresa para mejorar su eficiencia y sus resultados.

Para ser más precisos, el hospital sería gestionado como una filial de un grupo más importante integrado por otros hospitales y otras entidades sanitarias, cuya autoridad, política o administrativa —la secretaría municipal o de Estado de salud, por ejemplo—, tendrá el poder de fijar los objetivos de salud pública y de controlar la asignación de los recursos que les son asignados. Utilizando los instrumentos de gestión de la empresa, después de haberlos transferido, el hospital puede abordar más fácilmente los retos y la doble mutación que arrostra hoy en día. Por un lado, la mutación de la medicina, que pasa de ser una práctica individual con connotaciones caritativas a una práctica científica y tecnológica que implica una gran especialización y una concentración creciente de las actividades. Por otro, una mutación de orden presupuestario y financiero, vinculada con el control de costos y gastos, obliga al hospital a inscribirse en una práctica gerencial. Para hacer frente a este triple desafío —tecnológico, financiero y gerencial—, el hospital debe tener una estrategia que ha de incorporar la reflexión duradera sobre su porvenir en función de una asignación de recursos físicos, financieros y humanos.

Gestión estratégica en el hospital

La práctica gerencial es relativamente reciente en los hospitales de América Latina y el Caribe y, por causa de la limitación de recursos, se encuentra bajo la influencia de los países norteamericanos y europeos y de los grandes proveedores de fondos. Por el momento, la gestión se limita a la administración y a la ejecución de diversas exigencias de inversión y de funcionamiento que emanan de los servicios sanitarios. Esta nueva práctica gerencial existe desde hace mucho tiempo en los establecimientos privados, dado que la presión de la asignación de recursos ha sido constante y, en los establecimientos lucrativos, la búsqueda de utilidades condiciona a menudo la selección de las actividades y las responsabilidades propuestas. Lo que está en juego hoy en día es la eficiencia del sistema hospitalario y el control de los gastos de salud, y en ciertos países, la instauración de partidas fijas de gastos que exigen una buena gestión de los costos.

En los países que desean poner en práctica una reforma hospitalaria dándole el lugar que merece a la gestión, lo que realmente importa es la necesidad de articular las esferas administrativa y clínica, cerrando la brecha tradicional entre la gestión de la atención sanitaria por los clínicos y la gestión o ausencia de gestión de la estructura misma por los administrativos que no siempre están capacitados para desempeñar estas actividades gerenciales. En la mayor parte de los países, los hospitales afrontan una situación de recursos limitados, cualquiera que sea el sistema de asignación presupuestaria aplicado, lo que obliga a los directivos a mejorar su gestión. Con esta restricción de recursos, el hospital se ve obligado a gestionar, es decir, a utilizar los recursos limitados de la manera más eficiente.

Ante el carácter inflacionista de los gastos de salud y sobre todo de los hospitalarios, el sistema de asignación global impone una restricción financiera, porque está determinada *a priori* y con independencia del volumen y de la índole de las actividades. Ya no se trata de volver a determinar las necesidades de equipo, personal y diversos insumos, sino, por el contrario, de proceder a la selección y a establecer prioridades y calendarios de puesta en práctica. La asignación presupuestaria global obliga a los dirigentes hospitalarios a proyectarse hacia el futuro, o sea, a definir objetivos y orientaciones estratégicas teniendo en cuenta no solamente el ambiente (actividades de atención sanitaria que deberán preverse en función de las necesidades de salud), sino también sus propios puntos fuertes y débiles en este contexto. Es en esta perspectiva, y habida cuenta de las limitaciones financieras vinculadas o no a la existencia de una asignación presupuestaria global, que ciertos países latinoamericanos establecen proyectos estratégicos y los desglosan en proyectos complementarios en el ámbito de la gestión, de la logística, de las inversiones y del equipo.

Frente a las limitaciones financieras, definidas o no por un presupuesto global, es toda la organización hospitalaria la que debe a partir de ese momento poner en entredicho su funcionamiento, que debe ser suficientemente flexible para permitir, por ejemplo, suprimir una actividad médica o abrir un nuevo servicio que responda mejor a las necesidades de la población. Para lograr una evolución de esa índole, las autoridades políticas y administrativas que tienen a su cargo los hospitales han de ampliar la libertad y reforzar el poder de dirección en el hospital, y aumentar la responsabilización de sus directivos. La restricción financiera a que están sujetos la mayor parte de los hospitales de América Latina y el Caribe tiene un interés estratégico real, ya sea porque se trate de una restricción clásica de recursos para las clínicas o de una restricción más específica para el hospital público basada en el presupuesto global o en una limitación de recursos.

En todos los casos, el resultado de esta restricción es la obligación, para el establecimiento hospitalario, de asignar lo mejor posible los recursos financieros limitados y, de este modo, seleccionar las orientaciones estratégicas más pertinentes. Puede entonces decirse que la restricción de recursos induce una dinámica estratégica positiva para los hospitales, independientemente de su situación jurídica y de su modo de regulación.

Tomemos el ejemplo de un hospital que dispone de un conjunto estable de recursos clave de médicos, enfermeras, infraestructura e insumos. El hospital realiza toda una serie de actividades orientadas a la medicina interna, la cirugía, la obstetricia y la ginecología. Al aplicar su plan estratégico, negociado con las autoridades sanitarias locales, el hospital decide crear una nueva actividad sanitaria para responder a las necesidades definidas en el plan sanitario del municipio o del Estado. Para poner en práctica y realizar esta nueva actividad que consume recursos, la única posibilidad para los directivos es ahorrar insumos y personal de las otras actividades del establecimiento, ya sea optimizando los recursos o reducir la actividad de otros servicios. El hospital podrá, por ejemplo, reducir su actividad de medicina interna o desarrollar procedimientos de cirugía ambulatoria para ahorrar recursos que serán asignados al nuevo servicio. El enfoque gerencial del equipo directivo tendrá

como objetivo satisfacer la demanda de servicio tal como lo haya expresado la autoridad responsable de la política de salud, para conseguir que la oferta se adapte y se controle financieramente.

Si ha de existir verdaderamente una gestión estratégica, deberán cumplirse dos condiciones: la primera se refiere a la restricción de recursos, y la segunda es la transición de una regulación centralizada a una regulación que se apoye en el plan estratégico del hospital. Esta segunda condición apenas se esboza actualmente y exige una distribución de funciones entre las autoridades políticas y administrativas responsables de la política hospitalaria y los hospitales. Compete a la autoridad política o administrativa de los hospitales asignar los recursos en el marco de una política de salud global, y definir contractualmente con ellos los objetivos que deberán alcanzar. Estas autoridades deben asimismo negociar con los hospitales planes estratégicos plurianuales. En el marco de la política de salud global fijada por la autoridad política o administrativa, la función del hospital consiste en seleccionar las orientaciones estratégicas más pertinentes y ponerlas en práctica aplicando las directivas de las autoridades sanitarias.

De esta forma, el hospital ha de respetar ante todo la política de organización sanitaria definida, pero también evaluar correctamente los factores ambientales, entre ellos la oferta de servicios simultánea o complementaria que existe en el sector, prever la evolución posible en los ámbitos geodemográfico y sanitario, y analizar objetivamente las fuerzas y las debilidades del establecimiento en este contexto general. Sobre esta base, el hospital va a definir trayectorias estratégicas y planes de acción concretos que serán elaborados para atender los objetivos y las orientaciones seleccionadas. Este enfoque estratégico está integrado por las etapas indicadas a continuación:¹⁷ análisis estratégico por segmento de actividad, definición de opciones estratégicas y planes de acción, evaluación de carteras de actividad, teniendo en cuenta sinergias y la evaluación de recursos movilizables, y formalización general del plan estratégico a cinco años en diferentes proyectos (médico, patrimonial, enfermería, económico y financiero), con mecanismos de control para el seguimiento de su puesta en práctica.

Este enfoque estratégico exige un trabajo de análisis prospectivo para definir con la mayor precisión posible las oportunidades que se ofrecen al establecimiento, los factores clave de éxito y las amenazas que surgen del ambiente. A fin de realizar este plan estratégico, deberán considerarse cuatro dimensiones: evolución de las necesidades de la población, de la competencia y de la complementariedad (otros establecimientos, policlínicas, etc.), de los recursos, y de la tecnología.

Este análisis estratégico debe construirse sobre la base del concepto del *ámbito de atención sanitaria*. Este concepto se apoya en el hecho de que existen distintas modalidades de tratamiento para atender poblaciones con enfermedades concretas. Estos ámbitos de atención sanitaria serán, por ejemplo, la oncología o la gastroenterología. La idea fundamental del concepto del ámbito de atención sanitaria es que existen diferentes tiempos y modalidades de tratamiento, desde la prevención a la convalecencia, y el retorno del paciente a su domicilio. La reflexión estratégica, en la esfera hospitalaria, no debe entonces limitarse, por ejemplo, a la fase aguda del tratamiento en una cama de hospital. La selección estratégica para el hospital consiste en coordinarse con otras estructuras de atención sanitaria (medicina liberal, policlínicas, centros de salud) para determinar precisamente, en relación con las otras entidades, el lugar que va a ocupar el hospital en el ámbito de atención sanitaria para curar al enfermo. No es posible estar presente en todo el tratamiento, porque ello menoscabaría la efectividad y podría aumentar innecesariamente el consumo de recursos. Es preciso focalizar los beneficios en los pacientes y coordinar las relaciones con otras entidades del sistema sanitario. Se trata de la traducción, en gestión estratégica, del concepto de ámbito de atención sanitaria.

Segmentación estratégica y cartera de actividades

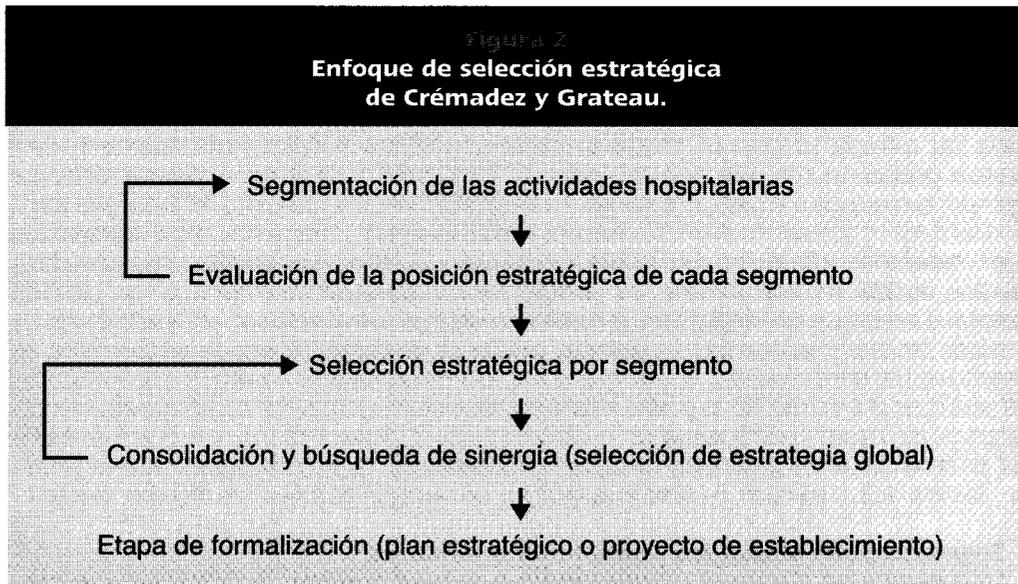
En la gestión estratégica, el hospital tiene dos opciones organizadas y distribuidas en segmentos de actividad. Este enfoque de segmentación de las actividades hospitalarias es impor-

tante en una institución donde tradicionalmente la organización, dispuesta en unidades de atención sanitaria y en servicios, conduce a la reagrupación artificial de ciertos dominios de actividad muy diferentes (el servicio de consulta externa reagrupa especialidades muy diversas).

La organización hospitalaria tradicional desemboca también a veces en la disgregación de un mismo dominio de actividad en varios centros de responsabilidades autónomas (lucha contra el sida, oncología, toxicomanías). En la empresa, la segmentación estratégica persigue como objetivo la división de las actividades de la organización en grupos homogéneos que derivan de la misma tecnología, de los mismos mercados o de los mismos competidores. Además, la segmentación permite poner de relieve oportunidades de creación o de adquisición de nuevas actividades y necesidades de desarrollar o abandonar actividades actuales. Aplicados al hospital, los criterios de segmentación estratégica pueden enumerarse del siguiente modo:¹⁷

- Enfermedades de los pacientes: grado de complejidad y ramificaciones.
- Características de los procesos de tratamiento: necesidad de alojamiento, programación, necesidades de infraestructura específica.
- Características de las tecnologías utilizadas: niveles técnicos específicos o nivel técnico general, necesidades de inversión.
- Competencias exigidas: grado de especialidad, múltiples disciplinas.
- Estructuras de costos variables específicos por cada actividad técnica o por paciente.
- Índice de la competencia encontrada: tipo de competidor, atractivo para los agentes de la salud.
- Circuito y origen de las prescripciones: médicos generales, especialistas, privados u hospitales.
- Tipos de pacientes: edad, sexo, categoría socioprofesional, situación laboral.
- Necesidades satisfechas: urgencia, diagnóstico, atención, seguimiento, educación sanitaria, prevención.

El enfoque estratégico de Crémadéz y Gâteau, que se presenta en la figura 2, se apoya sobre todo en la enfermedad, el primer criterio. Los restantes criterios permiten afinar la evaluación de la posición estratégica por segmento.¹⁷



Fuente. Crémadéz M. Gâteau F. Le management stratégique hospitalier. Paris: Interéditions; 1992.

La segunda etapa del enfoque tiene como objetivo analizar la posición del segmento de actividad identificado. Para ello, ha de disponerse de toda la información respecto al ambiente externo e interno del segmento de actividad considerado. Sobre la base de esta información, las matrices de análisis competitivo permiten ver las ventajas y desventajas, los puntos fuertes y los débiles del segmento con respecto a la competencia. Tras evaluar la posición de cada segmento, se tomarán las selecciones estratégicas. En esta etapa, la gestión estratégica puede conducir, en ciertos tipos de actividad, a estrategias de alianza con otros agentes de la salud. Estas alianzas podrían, por ejemplo, permitir al hospital adoptar una nueva tecnología u ofrecer tecnologías punta asociándose con entidades públicas o privadas cuando no las puede adquirir por razones financieras. Estas estrategias de alianza podrían igualmente permitir explotar las capacidades de producción industrial menos costosas (por ej., instalación de una lavandería o un laboratorio en el edificio del hospital). La segmentación estratégica se apoya en un análisis de cartera de actividades, cuya presentación puede ser estática, como suele suceder.

Las actividades se presentan por disciplina médica, por especialidad y por número de acciones. Es preferible presentar la cartera de actividades de manera dinámica previendo el análisis estratégico, es decir, comparando los datos ambientales conocidos con los datos de actividades en poder del sistema de información del hospital. Estos conceptos de segmentación estratégica y de cartera de actividades son difícilmente aplicables en todos los hospitales, pero son útiles en las grandes instituciones que disponen de niveles técnicos de alta tecnología. La aplicación de estos conceptos puede, por el contrario, aumentar claramente la eficiencia de los hospitales de un municipio o de un Estado. Estas técnicas de gestión permiten además mejorar la efectividad del sistema de atención sanitaria al servicio de la política de salud pública del municipio o del Estado.

El plan estratégico hospitalario

Todos los hospitales trabajan en ambientes variables y poco predecibles. No obstante, para que la gestión institucional en un hospital tenga éxito, su dirección deberá buscar la forma de hacer frente a estos escenarios y adaptarse al cambio e incertidumbre venideros. La planificación es un instrumento que dispone la gerencia hospitalaria para trazar su rumbo y adaptarse al cambio. Si el hospital no planifica su actividad, en poco tiempo dependerá en buena medida del destino y del impulso que haya tomado anteriormente.

Por lo tanto, la planificación estratégica es un proceso mediante el cual el hospital analiza su entorno interno y externo, se pregunta por su razón de ser y expresa su finalidad, metas, objetivos y estrategias para alcanzar el bienestar y la salud de su población. Esto significa que las decisiones que se tomen en el hospital en el presente producirán resultados útiles para la comunidad en el futuro. El plan estratégico se ha de concebir, por consiguiente, como un instrumento que guía y permite definir las características del hospital para construir su futuro en relación con el medio o entorno en que se encuentra.

Lamentablemente, el enfoque estratégico no se aplica asiduamente en los hospitales de América Latina y el Caribe. En esta sección sobre el plan estratégico hospitalario hubiese sido deseable proponer un enfoque y un método sencillos y fáciles de aplicar. Tras haber presentado tres ejemplos esquemáticos de planes estratégicos, seguidamente se analizarán las constantes que se desprenden del enfoque y el método aplicables al plan, antes de exponer la fase de concepción (elaboración de un plan estratégico) y la fase de realización (aplicación de un plan estratégico).

La realización de un plan estratégico no constituye generalmente una obligación reglamentaria y administrativa para los hospitales de los países de América Latina y del Caribe. Las únicas previsiones que existen en materia de planes se refieren sobre todo al plan *maestro* o plan rector para la infraestructura y al programa del establecimiento para definir las actividades y el número de camas. En este libro se desea alentar a los responsables de la toma de decisiones del mundo de la salud a desarrollar este concepto de plan estratégico y a aplicarlo en los hospitales, porque ello encierra un doble interés. El primer interés de un plan estratégico es el de poder disponer en el hospital de un plan de gestión concreto cuyo fin es lograr uno o más objetivos sanitarios determinados con respecto a poblaciones definidas. El segundo interés es que se trata de un plan global que no es solamente sanitario, sino también económico y gerencial, es decir que tiene en cuenta la inversión y el personal necesarios y el conjunto de recursos indispensables para organizar el funcionamiento general del hospital en un periodo concreto. Por añadidura, el plan estratégico permite hacer coincidir los objetivos de planificación externa —tal como son fijados por las autoridades políticas o administrativas responsables del hospital— con el plan estratégico interno del establecimiento.

La planificación estratégica tiene como horizonte temporal el largo plazo y es relativamente general, se centra en planes amplios y duraderos, asegura la efectividad y supervivencia del hospital para muchos años, establece típicamente la finalidad de la organización hospitalaria, y describe un conjunto de metas u objetivos junto con las estrategias para alcanzarlos. Sin embargo, no es estática, sino dinámica, y se adapta a los cambios institucionales y del entorno.

La programación operativa concreta las ideas de la planificación estratégica en *acciones* que se acometen a corto plazo (usualmente un año), es muy específica y está orientada a la consecución de un objetivo determinado. Además, convierte las ideas y conceptos generales del plan estratégico en acciones y pasos concretos cuantificables y evaluables. Por tanto, es la descripción de lo que se requiere hacer para construir día a día los planes estratégicos.

¿Por qué es necesaria la planificación?

- La planificación obliga al hospital a vincular la toma de decisiones con un fin.
- La planificación establece metas y objetivos.
- La planificación transforma la intención en acción.
- La planificación permite anticiparse a los acontecimientos e incluso influir en ellos.

Elementos clave del plan estratégico y método de intervención

La presentación de tres ejemplos de planes estratégicos hospitalarios permitirá deducir los elementos clave y las constantes presentes en cada uno de ellos. Para el hospital A, el plan estratégico presenta en primer lugar la misión del hospital, su razón de ser, la labor que desarrolla y la visión del futuro. Esto se refiere a la situación en que desea encontrarse el hospital más adelante, y los objetivos estratégicos que se desglosan en planes estratégicos y en planes sectoriales. El plan del hospital A se realiza teniendo en cuenta el análisis del ambiente externo e interno y poniendo de relieve los factores fundamentales del éxito.

Plan estratégico del hospital A

- 1 Misión o razón de ser del hospital.
- 2 Visión de futuro o situación que alcanzará el hospital, lo cual constituye el objetivo general del plan estratégico.
- 3 Políticas institucionales y normas éticas que deben orientar las acciones y el comportamiento de la institución.
- 4 Oportunidades y situaciones externas que facilitan el logro de los objetivos estratégicos.
- 5 Restricciones externas u obstáculos o dificultades externas que pueden impedir lograr los objetivos estratégicos.
- 6 Puntos fuertes del ambiente interno o aspectos internos o característicos del hospital que facilitan la consecución de los objetivos estratégicos.
- 7 Puntos débiles del ambiente interno o aspectos internos del hospital que dificultan el logro de los objetivos estratégicos.
- 8 Factores clave del éxito o condiciones básicas e indispensables para alcanzar la misión y los objetivos estratégicos del hospital.
- 9 Objetivos estratégicos o generales que logrará el hospital como un todo en el sentido de sustentar su misión y conducirlo a la visión de futuro definida.
- 10 Metas estratégicas o cuantificación de los objetivos estratégicos.
- 11 Metas sectoriales o cuantificación de los objetivos estratégicos sectoriales.

El hospital B también tiene en cuenta la evolución del ambiente externo (económico y sanitario) y procede a realizar un diagnóstico de su establecimiento insistiendo en las fuerzas y las debilidades del hospital a corto y a mediano plazo. Sobre esta base, el hospital se cuestiona su labor y su vocación antes de definir sus objetivos generales. Para el hospital B, la fase estratégica se concreta con el estudio y la selección de estrategias de desarrollo. La fase operativa del plan se desarrolla en gran medida en el ámbito de la rehabilitación de los edificios, de los recursos humanos y de las inversiones. El calendario general y las fases de operación ya están previstos, y el plan está determinado por previsiones presupuestarias y financieras.

Plan estratégico del hospital B

1. Diagnóstico y objetivos generales del hospital:

1.1 Diagnóstico

- 1.1.1 Conocimiento de los hechos externos al hospital
- 1.1.2 Conocimiento de los hechos internos del hospital
- 1.1.3 Fuerzas y debilidades del hospital
- 1.1.4 Factores clave del éxito

1.2 Vocación y objetivo general del hospital:

- 1.2.1 Vocación y labor del hospital
- 1.2.2 Objetivos generales

2. Selección de las estrategias:

2.1 Búsqueda de las estrategias

2.2 Determinación de las selecciones estratégicas:

- 2.2.1 Reconversión de las estructuras de atención sanitaria
- 2.2.2 Diversificación de las modalidades de tratamiento
- 2.2.3 Una política social dinámica
- 2.2.4 Renovación de los edificios y reestructuración del nivel técnico
- 2.2.5 Búsqueda de ganancias de productividad y de economías de gestión
- 2.2.6 Mejoramiento de la comunicación externa

3. Programación operativa:

3.1 Plan rector inmobiliario:

- 3.1.1 Verificación del patrimonio existente
- 3.1.2 Proposiciones del plan rector
- 3.1.3 Puesta en práctica del plan rector

3.2 Plan de recursos humanos:

- 3.2.1 Soluciones a corto plazo
- 3.2.2 Soluciones a mediano plazo

3.3 Plan de inversión y de financiamiento:

- 3.3.1 Plan de financiamiento
- 3.3.2 Compensación de los sobrecostos

3.4 Fases y calendario general de operación

El hospital C ha abordado su plan de un modo un poco distinto. Después de haber definido su posición integrando el análisis del ambiente, la vocación del establecimiento y sus misiones principales, se elaboró el plan diferenciando el proyecto médico, es decir, las actividades de atención sani-

taria, un proyecto de atención de enfermería, un proyecto social, un proyecto del sistema de información, un proyecto patrimonial y, finalmente, un proyecto económico y financiero. Para cada proyecto se fijaron y reagruparon las selecciones estratégicas. A continuación, éstas se desglosaron en programas de acciones prioritarias, que se refieren a la transferencia de ciertas actividades de atención sanitaria, el desarrollo de una política de red de atención sanitaria, y la asignación de prioridades a las necesidades de salud específicas y no satisfechas. Por último, el plan concluye con la firma de un contrato de objetivos con la autoridad sanitaria responsable del hospital.

Plan estratégico del hospital C

1. Situación o diagnóstico estratégico:
 - 1.1 Vocación y labor del hospital
 - 1.2 Análisis de la actividad
 - 1.3 Estudio del ambiente
 - 1.4 Fuerzas y debilidades

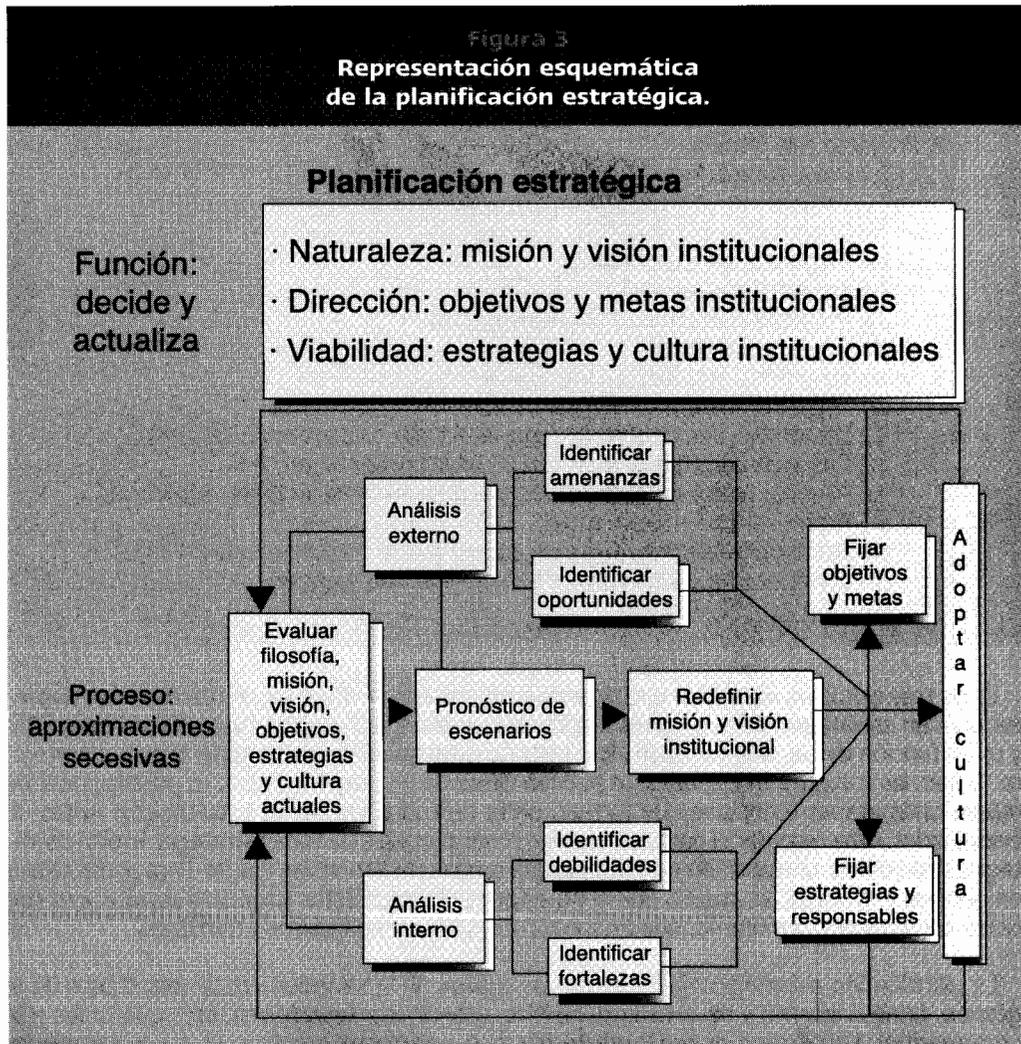
2. Proyecto estratégico:
 - 2.1 Proyecto médico
 - 2.2 Proyecto de atención de enfermería
 - 2.3 Proyecto social
 - 2.4 Proyecto del sistema de información
 - 2.5 Proyecto patrimonial
 - 2.6 Proyecto económico y financiero

3. Siete programas de acciones prioritarias:
 - 3.1 Transferir los locales de hospitalización
 - 3.2 Desarrollar una política de red y de ámbitos de atención sanitaria
 - 3.3 Desarrollar la cooperación con los otros hospitales
 - 3.4 Atender mejor las poblaciones que presentan necesidades específicas
 - 3.5 Promover una política social
 - 3.6 Desarrollar un enfoque de evaluación y calidad total al servicio del enfermo
 - 3.7 Conducir una política de enseñanza y de investigación

Estos tres ejemplos muestran que no existe un método ni un enfoque únicos para establecer un plan estratégico en el hospital. Cada hospital es singular y constituye un caso particular, y es en función de sus singularidades que cada hospital que debe construirse el plan estratégico. Si bien las trayectorias estratégicas pueden diferir de un hospital a otro, es posible poner de relieve cinco etapas esenciales que forman parte de todos los planes estratégicos. Antes de examinarlas, cabe recordar el postulado básico e indispensable de toda estrategia: el plan estratégico debe definir una posición significativa que tenga una dimensión crucial. Para poder hablar en rigor de estrategia, es preciso que el hospital participe en estas iniciativas estratégicas con cierta constancia y, por último, que asigne recursos físicos, financieros y humanos.

La planificación estratégica se inicia con un análisis de la situación actual (resultados de la gestión, análisis interno y del ambiente político, económico, tecnológico, etc., que rodea a la organización). Lo primero es preguntarse por qué y para qué cambiar. En los hospitales es

común escuchar preguntas tales como <<¿para qué modificar las cosas si siempre se ha hecho así?>>. Desde esta perspectiva, es básico dar sentido al cambio. Para ello, los hospitales deben identificar y escuchar constantemente los requerimientos del entorno (políticas, necesidades de las personas, etc.), junto a los anhelos y aspiraciones de las personas que trabajan en él, y comprender la respuesta a estos requerimientos con arreglo a la filosofía y las políticas de la institución y del sistema en que se encuentra expresada en la misión y la visión institucionales. Las transformaciones necesarias para pasar de la situación actual a la situación deseada en un escenario global cambiante han de efectuarse a la luz de esas definiciones institucionales. Los objetivos estratégicos —que finalmente se traducirán en metas con plazos y responsables antes de llevar a cabo el análisis de viabilidad y factibilidad y de adoptar estrategias— se definirán para cerrar la brecha que separa el punto de partida con el de la situación que se pretende alcanzar. Todo este proceso se ha venido en llamar hoy día planificación estratégica, y no es otra cosa que la construcción colectiva y dinámica de un *mapa* que permite conducir a la organización hacia la situación deseada en constante evolución.



Cuando se planifica un cambio institucional hospitalario, se adoptan y actualizan decisiones que brindan identidad a la organización al tiempo que le marcan la dirección en que debe desarrollarse, en aproximaciones sucesivas, sobre los siguientes aspectos (figura 3):

1. El primer paso es evaluar la vigencia de las definiciones existentes sobre la institución para que, en aproximaciones sucesivas, se vayan actualizando en referencia a un pronóstico de los escenarios probables, por medio del análisis FODA. Para ello es conveniente distinguir el ambiente interno del externo.

Esta fase de análisis estratégico exige una labor prospectiva para definir adecuadamente las *oportunidades* y las *amenazas* procedentes del ambiente exterior. En el proceso de <<escucha>> y <<comprensión>> para dar respuesta a las cuestiones anteriores se debe prestar especial atención a lo que dice el país por medio del gobierno y las autoridades políticas y sectoriales, la coyuntura económica general, las nuevas orientaciones tecnológicas, lo que dicen los usuarios, lo que dice la cultura institucional, la actividad clínica del establecimiento, y los recursos humanos.

Sobre la base de este pronóstico de ambientes, se elabora el análisis estratégico interno, teniendo en cuenta las *fortalezas* y las *debilidades* del hospital, para así presentar las posibilidades de acción que se le ofrece, lo que permite desprender, a la postre, los objetivos generales que van a perseguirse en este plan estratégico. En este nivel, el hospital no deberá olvidarse de preguntarse por su razón de ser y su labor, y si las diferentes actividades responden correctamente a la misión que le han encomendado las autoridades sanitarias. Este diagnóstico debe ser muy realista respecto de las fuerzas que apoyan y resisten el cambio. El proceso de planificación del cambio debe definir con toda claridad *cómo* (estrategias), *quiénes* (responsables) y *cuándo* (plazos). En esta tarea es útil explorar:

- Los valores y la cultura del hospital.
- Sus sistemas, especialmente de manejo de la información y de control de gestión.
- Sus productos, especialmente en cuanto a la capacidad de satisfacer las necesidades y expectativas del medio al que sirve en relación con la pertinencia, la calidad y los costos.
- El recurso humano, especialmente respecto a las relaciones de poder, la disponibilidad y capacidad de aprendizaje, la actitud de servicio al usuario y el compromiso para asumir responsabilidades de gestión.
- Las capacidades de la infraestructura y la tecnología disponibles.
- Los estilos de trabajo y convivencia, especialmente el tipo de autoridad que ejercen los mandos intermedios, la fluidez de la comunicación formal, las confianzas, etc.
- La realidad política del entorno, los apoyos extrahospitalarios, las eventuales resistencias y amenazas externas al proceso.
- Las posibilidades de establecer alianzas con actores externos e internos.
- La capacidad de utilizar en favor del proceso a distintos instrumentos de comunicación, incluyendo a los medios de comunicación.

2. A partir de ello, se reformulan la misión y la visión de futuro, sustentándolas en una filosofía ampliamente compartida. La misión es la razón de ser del hospital y está determinada por su función *pública*; éste no es autorreferido ni se justifica por sí mismo, pero aunque la referencia le es dada, no le es *impuesta*; debe ser institucionalmente asumida. La visión es la filosofía con la cual la institución se ve cumpliendo su misión. La misión y la visión deben traducir con claridad lo que la sociedad necesita del hospital como instrumento al servicio de una función social pública hoy y mañana. En esta traducción deben responderse además a cuestiones como:

- Qué es lo que se quiere ser, a dónde se quiere ir.
- Cuáles son los valores de la organización y de los que trabajan en ella.
- Cuáles son los requerimientos de quienes la utilizan y financian, sus preocupaciones, sus quejas, sus expectativas.
- Quiénes son los usuarios externos y sus necesidades.

3. En la siguiente etapa se definen los objetivos estratégicos del proceso y las metas que deben señalar los objetivos clave que se desean alcanzar, sobre todo al considerar que el principal *objeto y sujeto del cambio* es la propia cultura institucional:

- Colocar al usuario como centro (cultura de servicio).
- Compartir el poder mediante formas de autogestión para alcanzar la eficiencia y la contención de costos en completa armonía con la ética y la calidad (cultura de participación).
- Lograr el trabajo en red del hospital y hacia el exterior (cultura sistémica).
- Desarrollar una permanente actitud de búsqueda de la excelencia y la mejoría de la calidad (cultura de aprendizaje).

Al mismo tiempo, y en función de estos objetivos estratégicos fijados por el establecimiento, se formula la estrategia o las orientaciones estratégicas que van a definir las prioridades que observará el hospital y se fijan responsables, de modo que se pueda adoptar una cultura institucional acorde. Estas orientaciones o selecciones estratégicas tienen una dimensión muy general. Es más conveniente concretarlas y precisarlas a través de una planificación operativa, que se traduce en la elaboración de planes de acción, todo lo que va a hacer el hospital, los proyectos estratégicos que ha de implantar, etc. En el procedimiento de elaboración del plan deben integrarse dos imperativos metodológicos: el de concertación y el de calendario.

El imperativo de concertación. La mayoría de quienes participan en la vida hospitalaria, es decir, el personal, pero también los representantes de los usuarios y los responsables sanitarios, deben estar estrechamente asociados con las diferentes fases de negociación y de concepción; en el plano interno, es necesario incluir al cuerpo médico, los ejecutivos y las organizaciones sindicales. No debe olvidarse que no se modifica un hospital contra la voluntad de su personal. El plan estratégico constituye una oportunidad interesante para asociar al personal con la gestión del establecimiento y sobre todo para que los distintos agentes del hospital asuman como suyos el plan y las grandes orientaciones que contiene.

El imperativo de calendario tiene dos aspectos: en primer lugar, ¿cuánto tiempo se requiere para realizar y redactar un plan estratégico, habida cuenta del imperativo de concertación presentado? Parece necesario un período de seis a ocho meses, porque es preciso prever la constitución de grupos de trabajo temáticos sobre las orientaciones estratégicas y los planes de acción, la redacción del conjunto de documentos y la negociación del plan estratégico mismo internamente, en las instancias consultivas y deliberantes del establecimiento, así como con las autoridades sanitarias, locales o estatales. El segundo aspecto se refiere a la duración de un plan estratégico: ¿se trata de una planificación a largo o a mediano plazo? En general, los planes estratégicos hospitalarios se elaboran en unos cinco años, es decir, son a mediano plazo, y abren la posibilidad de actualizarlos o de revisarlos todos los años o cada dos. Es importante tener en cuenta a la vez acontecimientos externos o internos que puedan surgir y que no eran conocidos ni se habían previsto en el momento en que se realizó el plan.

Todo este proceso lleva a adoptar o a asumir una cultura de gestión, que es algo dinámico que necesita ajustarse constantemente, atendiendo a las necesidades del medio donde se encuentra el hospital. Es un proceso de aproximaciones sucesivas que nunca han de omitir el

replanteamiento de todos los pasos, para ajustarse precisamente a las necesidades del medio y no perder de vista la calidad de los servicios brindados.

Elaboración de un plan estratégico: la fase de concepción

La conducción del plan estratégico procede de un enfoque global que comprende en casi todos los casos las cuatro fases sucesivas que se indican a continuación: análisis prospectivo, redacción del plan estratégico, puesta en práctica del plan estratégico, y evaluación del plan estratégico.

El plan estratégico en sí comprende las dos primeras fases, es decir, el análisis prospectivo y la redacción del plan, que abarcan esencialmente las orientaciones estratégicas escogidas sobre la base de un análisis del ambiente, de las fuerzas y de las debilidades del hospital y en función de los factores clave de éxito para el hospital. La parte *proyecto médico* constituye la pieza maestra del plan estratégico. En cuanto a este proceso pueden presentarse varias opciones: mantenimiento de actividades, creación o fortalecimiento de actividades médicas, supresión o conversión de actividades.

Estas orientaciones estratégicas nuevas serán retenidas en función de su pertinencia a las necesidades que deberán satisfacerse, de su grado de factibilidad con arreglo a los recursos movilizables y en función de reglas de complementariedad en relación con la red de atención médica en su conjunto y otros establecimientos hospitalarios de la región. En esta fase de concepción es imperativo evitar dos escollos.

El primero se refiere al carácter global del plan estratégico. Muy a menudo el plan se resume en un proyecto relativo a las actividades médicas y a las actividades de atención sanitaria en general. Los otros elementos del plan apenas se esbozan o se hace caso omiso de ellos. Se trata sobre todo de actividades de enfermería que juegan un papel cada vez más importante en los establecimientos hospitalarios, el plan social que se refiere a la evolución de los recursos humanos y el sistema de información. Con asiduidad también se presta poca atención a la dimensión patrimonial del hospital, es decir, a la infraestructura física, al conjunto de instalaciones técnicas y al equipo médico. El desarrollo o la creación de nuevas actividades médicas depende de atención de enfermería, los recursos humanos y el plan patrimonial.

Por último, el plan estratégico debe abarcar igualmente una dimensión económica y financiera fundamental para la viabilidad y la duración de la operación. Esta dimensión global y exhaustiva del plan estratégico debe tenerse en cuenta durante su concepción, porque se trata de un plan hospitalario, esto es del plan estratégico de una empresa social. Como en toda otra empresa, las dimensiones social, patrimonial, económica y financiera son imprescindibles para garantizar la realización efectiva y operativa del plan.

El segundo escollo que debe evitarse se refiere a los recursos financieros que podrá disponer el hospital para la realización efectiva de su plan. Es en la concepción misma del plan que se habrá de integrar este elemento financiero. De esta manera, el plan estratégico debe abarcar una parte financiera que defina, en cuanto a inversión y al funcionamiento, los recursos de que podrá disponer el establecimiento para la realización de su plan. No puede haber una estrategia si no existe una asignación de recursos, y si ésta no compromete de manera duradera el devenir del hospital.⁷ Si se retoma el ejemplo del hospital A, los objetivos estratégicos definidos integran insuficientemente la dimensión *asignación de recursos*.

En la definición de las orientaciones estratégicas es preferible seguir el ejemplo del hospital C, o sea, dividir las orientaciones estratégicas en varios planes que presentan las diferentes

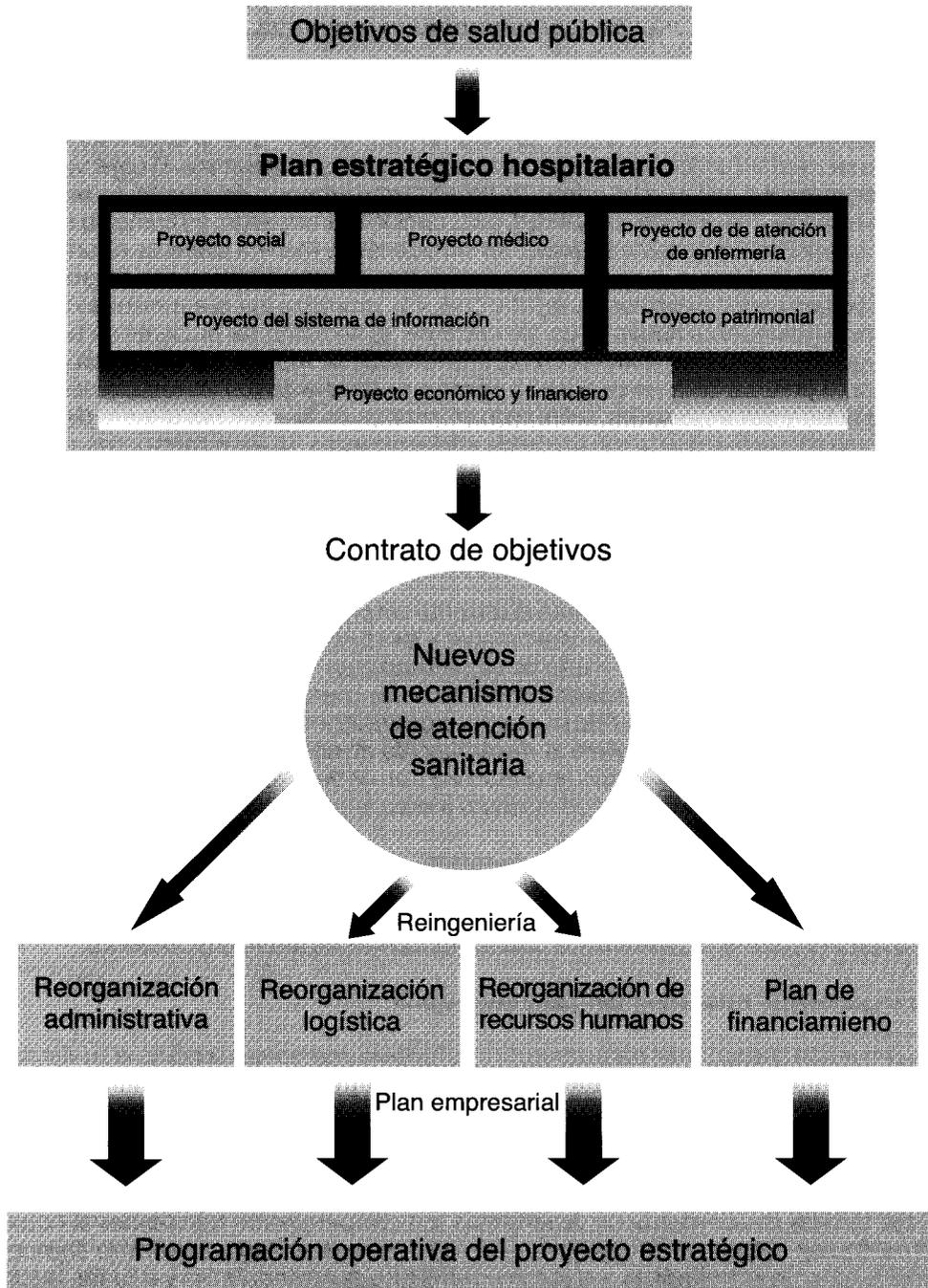
facetas de esta estrategia: plan médico, plan social, plan del sistema de información, plan patrimonial, y plan económico y financiero. Este método permite garantizar el carácter global y exhaustivo del plan y sobre todo facilitar su operación en el futuro. Asimismo, como se propone en el plan del hospital C, es posible prolongar el plan estratégico mediante la definición de programas de acciones prioritarias, que constituyen los objetivos estratégicos que deberán lograrse. La definición de estas prioridades permite jerarquizar los objetivos y así garantizar su aplicación total o parcial en función de los recursos financieros disponibles. El plan estratégico puede además abarcar una parte denominada programación operativa, que, como su nombre indica, define una programación precisa, en el tiempo, integrando las operaciones, los recursos humanos y financieros necesarios y, por último, un calendario general de realización del conjunto de la operación.

Aplicación de un plan estratégico: la fase de realización

Esta fase es la más difícil ejecución, porque la calidad, el carácter exhaustivo y la dimensión financiera del plan son condiciones esenciales para garantizar su realización. Como se ha señalado anteriormente, si la definición del plan estratégico no prevé suficientemente el control de la asignación de recursos, será necesario hablar de un proyecto o de orientaciones generales, pero no de una estrategia. La planificación estratégica debe abordar la creación de las condiciones de viabilidad. Por ejemplo, en Francia, donde el plan estratégico se convirtió en 1991 en una obligación para todos los establecimientos hospitalarios, ocho años después de la puesta en práctica de esta obligación sólo se había alcanzado efectivamente el 30% de los objetivos fijados en los planes. Estos resultados desalentadores se explican en gran medida por el hecho de que los planes no han integrado esta dimensión económica y financiera, pero también porque presentaban sobre todo orientaciones estratégicas que se referían esencialmente a las actividades médicas en detrimento de los restantes componentes (social, patrimonial, económico y financiero).

El plan estratégico debe ser adoptado por las instancias del hospital que toman las decisiones y validado por las autoridades sanitarias responsables. Esta es una condición indispensable para permitir una realización efectiva y operativa del plan.¹⁸ Ciertos países han adoptado un procedimiento oficial de validación de los planes estratégicos que se concreta con la firma de un contrato de objetivos entre la autoridad sanitaria y el hospital. Esta modalidad es interesante porque permite, por una parte, imprimir carácter oficial y solemne al plan y, por otra, involucrar directamente a las autoridades sanitarias responsables en la realización de los objetivos previstos. Para mejorar la realización operativa del plan, es importante poner en práctica un enfoque, también estratégico, que facilitará la obtención de los resultados.¹⁹

Figura 4
Enfoque estratégico
en el hospital.



Como se muestra en esta proposición del enfoque estratégico, el contenido del plan no está solamente constituido por las orientaciones estratégicas médicas, sino más bien por el conjunto de actividades, incluso logísticas y administrativas, que componen la organización y el funcionamiento de un hospital. El plan estratégico, una vez validado y aprobado por las autoridades sanitarias, sobre todo gracias a un contrato de objetivos y de medios, será entonces prolongado por una operación global de reingeniería, que permitirá plasmar las orientaciones estratégicas escogidas.²⁰

La reingeniería consiste en *reiniciar* la empresa (o el hospital) desde cero para mejorar su funcionamiento reduciendo los costos. Se trata de reestructurar toda la organización, cuestionando sus causas fundamentales y redefiniendo los procesos operativos. El objetivo es responder de manera duradera a las exigencias del ambiente externo y del interno. La reingeniería exige entonces imaginación, creatividad, pero también participación, así como no temer al cambio. La reingeniería consiste en prever las situaciones de manera diferente retomando el conjunto de los problemas desde su origen. Este método de reorganización se adapta bien al hospital porque permite eliminar las separaciones y la inmovilización que a menudo caracterizan a las organizaciones hospitalarias. No obstante, es necesario ser prudente en su aplicación, porque con frecuencia plantea riesgos, una voluntad de ruptura y un desorden provisorio. La crítica principal de la reingeniería se refiere a su semejanza con las reducciones drásticas del empleo y con los despidos, sobre todo de América del Norte.²¹ Las técnicas de reingeniería deben entonces aplicarse con prudencia y discernimiento. En estas condiciones, se puede permitir una reorganización del conjunto del hospital, instaurando en su lugar una nueva organización y nuevas reglas de funcionamiento al servicio de las necesidades de salud de la población. Esta técnica propicia la lucha contra el carácter paralizante de la institución hospitalaria y la fuerte resistencia al cambio que se observa.

Se puede retomar esquemáticamente el conjunto del proceso estratégico de un hospital: el plan estratégico define las grandes orientaciones y los objetivos que persigue. Estas opciones son validadas y formalizadas por medio de un contrato o un acuerdo oficial con las autoridades sanitarias. Para permitir la realización efectiva de las orientaciones estratégicas previstas, una operación de reingeniería define las nuevas organizaciones que deberán ponerse en práctica, sobre todo en lo que se refiere al mecanismo de atención sanitaria para conseguir los objetivos fijados. Por último, el plan empresarial o plan de desarrollo presenta un presupuesto provisional de inversión y de funcionamiento a cinco años, desglosado por años.

La puesta en práctica de mecanismos de control, activados cada año, permitirá comparar los resultados obtenidos (es decir la aplicación efectiva del plan estratégico) con los objetivos presentados en el plan empresarial. Gracias a este análisis comparativo, el plan estratégico podrá revisarse cada año, al alza o a la baja, en función de los resultados obtenidos.

El seguimiento financiero del plan estratégico

La dimensión financiera del plan estratégico es fundamental porque condiciona su viabilidad y su éxito. El plan estratégico no reviste ningún interés si no incorpora una dimensión económica y financiera que permita su ejecución efectiva. Por lo tanto, es importante organizar un verdadero seguimiento financiero del plan estratégico, instituyendo una planificación financiera y un *plan empresarial*.

Estas técnicas de administración de empresas son completamente transferibles al hospital que cuenta con autonomía de gestión y, sobre todo, con una auténtica autonomía financiera. Si esta autonomía es limitada, lo cual es común en el caso de América Latina y el Caribe, la auto-

idad sanitaria responsable, o sea aquella facultada para tomar decisiones financieras, debe permitir la adopción de estas técnicas de gestión en estrecha colaboración con el hospital beneficiario. Se menciona esta salvedad porque todavía es relativamente raro que los hospitales públicos de América Latina y el Caribe gocen de gran autonomía financiera que les otorgue jurisdicción y autoridad sobre las inversiones en infraestructura y equipo, así como sobre las posibilidades de financiamiento, que incluyen la obtención de préstamos en el mercado financiero. Sin embargo, esta falta de gran autonomía financiera no impide la aplicación de estas técnicas.

La planificación financiera

La planificación financiera es la versión financiera del plan estratégico de la empresa y consiste en la búsqueda, durante un período previsto que engloba desde el mediano plazo (cinco años) hasta el plazo más inmediato (meses y semanas), hasta la coordinación entre las necesidades previstas de fondos y las posibles fuentes de financiamiento.

La planificación financiera abarca en primer lugar las operaciones de inversión y financiamiento a largo plazo. Tiene en cuenta también las repercusiones de las decisiones en materia de inversiones en el comportamiento financiero del establecimiento en conjunto. Se trata de prever la situación de la estructura financiera, la rentabilidad y la liquidez financiera del establecimiento, mediante planes a mediano y a corto plazo. La planificación financiera comprende, por último, la búsqueda de cierta *libertad financiera* que permita disponer de movilidad financiera para liberar recursos a fin de que, en una situación de urgencia, pueda hacer frente a imprevistos que planteen la necesidad de financiamiento. La planificación financiera de las decisiones estratégicas comprende las decisiones relativas a las inversiones. Para realizar una operación nueva que requiera inversiones importantes, el director del hospital debe hacerse la siguiente pregunta: ¿qué bienes es necesario adquirir (terrenos, edificios, equipos) y, en consecuencia, cuánto capital hay que invertir? La planificación financiera de una inversión cuantiosa se organiza en torno a un proceso que abarca la evaluación financiera del proyecto, la formulación del programa y el plan de inversión. En este caso también el éxito depende en gran medida de la calidad del sistema de información del hospital. La planificación financiera comienza con la elaboración de proyectos y planes de inversiones y termina con el diseño de planes financieros a mediano o corto plazo. La credibilidad y la utilidad de la planificación financiera dependen de su conformidad con el plan estratégico del establecimiento y, sobre todo, de la coherencia que se dé a su organización.

El plan empresarial

Para definir lo que es exactamente un plan empresarial, se compara con la contabilidad. El plan empresarial es para el futuro lo que la contabilidad representa del pasado. La contabilidad no redundante en beneficios ni en pérdidas: lo único que hace es verificar la realidad financiera pasada de una empresa. De la misma forma, el plan empresarial no forja el futuro ni orienta la política futura de la empresa; su función es cuantificar, con la mayor precisión posible, los efectos previsibles de las decisiones programadas. El plan empresarial es como la contabilidad, un instrumento de cálculo exacto que permite describir el futuro de la institución. En una empresa comercial, el plan empresarial muestra cuál será la situación patrimonial y financiera de la sociedad al concluir el proyecto. Presenta de forma prospectiva la rentabilidad futura de la empresa y, por consiguiente, los fundamentos de las decisiones previstas y los proyectos propuestos.²²

Aplicado al hospital, el plan empresarial permite la ejecución del plan estratégico, que representa un compromiso de varios años para el hospital, con un cálculo exacto de las consecuencias financieras probables de las decisiones. Muchas empresas comerciales quiebran porque no formulan previsiones con suficiente exactitud o porque emprenden operaciones de desarrollo sin haber determinado la magnitud de las inversiones necesarias ni haber obtenido anteriormente suficientes recursos financieros. Del mismo modo, en el plan empresarial para el hospital se señala el monto de las inver-

siones que deben realizarse y las consecuencias financieras de estas inversiones en el presupuesto de explotación. La cuantificación exacta de los efectos previsibles de las decisiones previstas en el plan estratégico permite a los directivos del hospital saber si su establecimiento puede llevar a cabo un proyecto determinado teniendo en cuenta el esfuerzo financiero necesario. Según los resultados que se presentan en el plan empresarial, los directivos pueden optar por limitar el alcance del proyecto, obtener con anticipación los medios financieros necesarios para su ejecución o buscar otras soluciones para financiarlo (subvenciones, ayuda específica del Estado o de una caja de seguro médico). Por consiguiente, el plan empresarial es un instrumento de cálculo preciso que tiene en cuenta el conjunto de las actividades del hospital y permite describir su futuro en función de la ejecución del plan estratégico. Muestra la evolución de los recursos humanos, la situación patrimonial y la estructura financiera del hospital, teniendo en cuenta la evolución de la producción (actividades médicas y médico-técnicas), los costos de inversión y los costos de operación. Se trata de un balance del futuro que provee información precisa e indica expresamente si los medios financieros del hospital le permitirán poner en práctica las orientaciones estratégicas programadas. Si eso no es así, se podría reducir el alcance previsto del plan. En el estudio del siguiente caso no se recapitula el contenido de un plan empresarial en su totalidad, sino que se muestra, en relación con las inversiones, la importancia del seguimiento y la programación en el campo financiero, o sea la importancia de la conducción.

Dos ejemplos de planes estratégicos hospitalarios

Instituto Neurológico de Colombia

Plan estratégico hospitalario

Misión. Ser una entidad sin ánimo de lucro, líder en investigación, diagnóstico y tratamiento integral con calidad de las enfermedades neurológicas.

Visión. Ser el centro pionero y líder de atención integral neurológica y ciencias afines (para el país y otros de América Latina), con la más alta tecnología, excelencia, calidad y proyección social en la prestación de los servicios.

Políticas institucionales. Cooperación, liderazgo, toma de decisiones, relaciones interpersonales, motivación, evaluación y control, comunicación y bienestar.

Oportunidades. Centro de nivel terciario, único en neurociencias, vinculación universitaria, médicos con alta especialización, amabilidad en el servicio, liderazgo nacional en la especialidad, apoyo de la universidad, alta credibilidad de la comunidad, reforma de la seguridad social, tendencia a la privatización, y conservar su buena imagen en ciertos sectores de la comunidad.

Restricciones externas. Escasas vías de acceso, pobre identificación institucional, difícil aparcamiento, falta de credibilidad en su capacidad económica, poca capacidad de pago de los usuarios, mala fama ante médicos externos, ser reconocido como seguridad social y competencia con más nombre e iguales servicios. Puntos fuertes del ambiente interno. Equipos obsoletos, falta de sistematización, deficientes sistemas de comunicación y falta de motivación.

Puntos débiles del ambiente interno. Estabilidad laboral, centro de nivel terciario, trato humano y vinculación universitaria.

Factores clave del éxito. Reorganización administrativa, sistematización integrada, renegociación de pasivos, recuperación de servicios rentables, renovación de equipos médicos, penetración de mercados, gerencia del día a día e indicadores de gestión.

Objetivos estratégicos. (Véase el cuadro 1.)

Metas estratégicas. (Véase el cuadro 1.)

Análisis complementario

En este hospital se observa una segmentación estratégica, cuyas dos principales opciones están orientadas por el nivel de competencias exigido, esto es: prestador de servicios de neurología y centro de Investigación y docencia.

Cuadro 1
Factores clave del éxito, objetivos y metas estratégicos del Instituto de Neurología de Colombia.

Factor clave de éxito	Objetivo estratégico	Metas estratégicas
Reorganización administrativa	Análisis y desarrollo organizativo Planificación estratégica Implantación y desarrollo del PEC	Diagnóstico organizativo. Desarrollo organizativo. Diagnóstico estratégico. Diseño de plan estratégico corporativo (PEC). Evaluación y cumplimiento de objetivos. Mejora continua. Monitorización integral.
Sistematización integrada	Selección de programas Adquisición e instalación Generación de información para toma de decisiones Capacitación de usuarios Diseño y evaluación de procesos de admisión de pacientes	
Renegociación de pasivos	Negociación de deudas y pago a proveedores Saneamiento y recuperación de servicios contratados Saneamiento progresivo del pasivo prestacional Renegociación con el sistema financiero	
Recuperación de servicios rentables	Laboratorio clínico Corporación OIR Resonancia magnética Grupo oftalmológico HORUS Escanografía y Cia. limitada	
Renovación de equipos médicos	Compra de nueva tecnología	
Estrategia de penetración de mercados	Contrato de modelo de prestación de servicios Mercadeo Estudio de la nueva normativa	
Gerencia del día a día	Servicio al paciente Financiero Servicios generales Compras y suministros Administración del recurso humano	Plan de mejoramiento hotelero. Información al usuario. Guía hospitalaria y hotelera. Depurar análisis financieros. Gestión de créditos. Diseño y selección de indicadores financieros. Recuperación de cartera. Recursos en el mercado financiero. Mantenimiento preventivo y correctivo. Salud ocupacional y seguridad industrial. Pago a proveedores. Diagramas de procesos y optimizaciones. Manuales de selección e inducción. Desarrollo de política salarial. Negociaciones con el personal.
Indicadores de gestión	Indicadores financieros Indicadores de actividades hospitalarias	Endeudamiento, facturación, liquidez, utilidad, porcentaje de ocupación, giro cama, días estancia, etc.

Grupo Hospitalario Conceição

1. Misión

Desarrollar acciones de atención de salud integral para la población, con excelencia y efectividad organizativa a través de sus recursos tecnológicos y humanos, programas de docencia y investigación, actuando en colaboración con otras entidades, fortaleciendo el sistema único de salud y cumpliendo de esta forma su función social.

2. Principios y valores

Respeto y dignidad en la atención al paciente, valoración de los recursos humanos, gestión participativa y transparente, mejoramiento continuo con gestión dirigida a los resultados, preservación de los recursos patrimoniales, interacción con la sociedad, y comportamiento ético en las relaciones y en los procedimientos.

3. Intención estratégica

Ser reconocido como referencia brasileña en las acciones de salud, operando con mejor relación costo-beneficio entre las instituciones públicas de salud del Brasil, con ingresos alcanzando el 50% del gasto total.

4. Análisis del medio

Oportunidades

Nuevo perfil jurídico de la institución, calidad total, organización del sistema de salud, capacitación profesional, énfasis en la prevención, estabilidad económica, sistema de salud comunitario, incentivo para la educación (intercambios con universidades, proyectos de investigación), modernización (mejoramiento de la tecnología, actualización, materiales), números de convenios (planes de salud, colaboraciones), y calificación de los proveedores mercado (poca competencia en ciertos servicios como el servicio maternoinfantil).

Amenazas

Política (alternancia de los partidos y las políticas gubernamentales, falta de definición jurídica, actuación sindical), presupuestos insuficientes, crisis socioeconómica, sistema único de salud (SUS), pérdida de credibilidad, valores débiles, competencia, y desgaste de la imagen de la empresa.

5. Análisis interno

Fortalezas

Implantación del plan de calidad total, hospital de referencia del SUS, atención para todos, salarios y beneficios (pago en día, por encima del mercado), buena tecnología (inversiones), resolución, organización administrativa, dirección activa, localización, condiciones de trabajo, materiales y recursos, calificación profesional (diversificación de las especialidades, dedicación), imagen del hospital, área física adecuada (reformas), y residencia médica.

Debilidades

Capacitación gerencial de los niveles médico, técnico y administrativo, falta de continuidad administrativa y política, falta de definición del carácter jurídico,

gestión de la emergencia, gestión de los servicios ambulatorios, gestión del centro quirúrgico, comunicación interna, gestión de la residencia médica, falta de compromiso de los funcionarios, carencia de una política de recursos humanos (plan de cargas y salarios, capacitación y desarrollo, contratación), falta de evaluación, motivación, beneficios, control o supervisión de las actividades, inadecuado reparto de los recursos humanos (cantidad insuficiente, exceso de personal en el campo administrativo), informatización insuficiente, burocracia interna, gestión de las camas, dificultades en la administración (falta de planificación, falta de control, centralización de la decisiones, resistencia a los cambios, integración entre niveles, integración entre sectores o funciones), instalaciones físicas, comunicación externa (mercadeo externo, insuficiente divulgación), limpieza, insuficiente productividad intelectual (cuerpo clínico), y repaso de los recursos financieros.

6. Factores críticos para el éxito competitivo de la empresa en su negocio

Orden de importancia	Factor crítico	Evaluación
1	Efectividad gerencial en todos los niveles	0
2	Valoración, calificación y compromiso de los recursos humanos	2
3	Tecnología adecuada	3

7. Objetivos de cambio

Implantar un programa de cambio de cultura y clima organizativos, otorgando privilegios a los siguientes aspectos: compromiso, participación, educación y conocimiento.

8. Planes tácticos

Los planes tácticos incluyen: cambio de cultura y clima organizativos, empadronamiento de los indicadores hospitalarios, control de los procesos críticos del GHC, informatización, y nuevos modelos de atención: hospital diurno, hospitalización domiciliaria, etc.

Bibliografía

- 1 Bildaut F. Le champ stratégique de l'entreprise. Paris: Economica; 1989.
- 2 Sicard R. Pratique de la stratégie d'entreprise: concepts opérationnels et procédures de succès. Paris: Hommes et techniques; 1987.
- 3 Peters T, Waterman R. Le prix de l'excellence. Paris: Interéditions; 1983.
- 4 Rocher G. Introduction á la sociologie générale. Tome III. Le changement social. Paris: Editions HMH; 1968.
- 5 Crozier M, Friedberg E. L'acteur et le système. Paris: Editions le Seuil; 1977.
- 6 Mintzberg H. The structuring of organizations: A synthesis of the research. Paris: Les éditions d'organisation; 1982.
- 7 STRATEGOR. Stratégie, structure, décision, identité. Paris: Interéditions; 1993. [<http://campus.hec.fr/strategor>]
- 8 Ansof I. Corporate strategy. New York: McGraw Hill; 1965.
- 9 Learned EP, Chirstensen CR, Andrews KR, Guth WD. Business policy. Text and cases. Homewood, Illinois: Irwing; 1965.
- 10 Ramanantsoa B. Voyage et stratégie. Rev Française du Marketing 1984;Cahier 99bis.
- 11 Boston Consulting Group. Les mécanismes fondamentaux de la compétitivité. Paris: Hommes et techniques; 1980.
- 12 Porter M. Competitive strategy. New York: The Free Press; 1982.
- 13 Anastassopoulos JP, Blanc G, Dussauge P. Les multinationales publiques. Paris: Presses Universitaires de France; 1985.
- 14 Thiétard R. La stratégie d'entreprise. 2eme ed. Paris: Ediscience International; 1997.
- 15 Mintzberg H. Grandeur et décadence de la planification stratégique. Paris: Dunod; 1994.
- 16 Cauvin C. Etablissements de santé: spécificité de la gestion et particularité du management. 2nde ed. Encyclopédie de gestion. Tome I. Paris: Economica; 1997.
- 17 Crémadez M, Grateau F. Le management stratégique hospitalier. Paris: Interéditions; 1992.
- 18 Castelar RM, Mordelet P, Grabois V. Gestão hospitalar. Um desafio para o hospital brasileiro. Paris: Editions ENSP (Ecole Nationale de Santé Publique); 1993.
- 19 Marie C. Le business plan: construire et utiliser un plan de développement. Paris: Editions d'organisation; 1994.
- 20 Hammer M, Champy J. Reengineering the corporation: a manifestation for business revolution. New York: Harper Collins Publishers Inc.; 1992.
- 21 Griffith J, Sahney V, Mohr R. Reengineering health care. Building on C.Q.I. Ann Arbor, Michigan: Health Administration Press; 1995.
- 22 Bessis J, Galai D, Hillel L, Kienast P. Business plan: concevoir et rédiger un plan de développement. Paris: Editions Nathan; 1993.

Capítulo 7

La gestión del cambio institucional

Construyendo el hospital del mañana

En un mundo globalizado y competitivo aparece un nuevo modelo de empresa y de gestión sociales que está configurado como un sistema abierto y claramente influido por y proyectado a los valores de las personas que componen la organización y su entorno. Los sistemas sanitarios y, como parte de ellos, los hospitales, no son una excepción a esta regla.

Las empresas de servicios, como los hospitales, necesitan desarrollar una gestión que les permita identificar y proyectarse hacia las necesidades de sus usuarios. Dicha gestión encierra un desafío de *escucha y comprensión* necesario para adaptarse a las características, flujo, ritmo y evolución de la demanda de la comunidad, especialmente en el sector salud, donde se exigen respuestas cada vez más flexibles, oportunas, efectivas y eficientes.

Los hospitales necesitan ser más efectivas y eficientes, acercarse a las personas que atienden, abrirse a la participación ciudadana y al control social, y aumentar la sensibilidad y la dinámica de su adaptación a las necesidades de personas y comunidades. Para ello, es necesario que se produzcan cambios profundos, especialmente porque los servicios públicos son rígidos y burocráticos, sus estructuras son rígidas y verticales, afrontan limitaciones legales y centralistas en la gestión de los recursos financieros y humanos, y su cultura institucional es muy poco sensible a las necesidades de las personas y a los cambios de entorno.

Por ello, para legitimar y desarrollar las empresas hospitalarias, es imprescindible mantener un proceso permanente y complejo de adaptación, ya que los servicios de atención de salud deben estar adaptándose permanentemente a: 1) las cambiantes necesidades de salud de las personas y las comunidades, 2) los cambios en las expectativas y en la cultura de los usuarios de los servicios, 3) las nuevas tecnologías tanto clínicas como de gestión, 4) los nuevos modelos de organización y gestión de los sistemas de salud, 5) las nuevas posibilidades financieras y formas de financiamiento, y 6) las cambiantes aspiraciones de desarrollo personal y aportación creativos de los miembros de la organización.

Para legitimarse y mantenerse en un ambiente competitivo, los hospitales necesitan desarrollar la capacidad de cambiar intencionada y continuamente; por lo tanto, lo crítico para la construcción del hospital de mañana es la habilidad para aprender a cambiar o, lo que es lo mismo, la capacidad institucional para aprender a escuchar y comprender.

Las complejidades del cambio institucional

Las sociedades cambian con progresiva rapidez y exigen reformulaciones profundas de las formas de organización y gestión de los hospitales para adaptarse a los nuevos desafíos sociales. Se multiplican los procesos de cambio a la vez que se pierde el control de los acontecimientos históricos, de forma que es difícil construir un escenario integrado y coherente de dichos cambios. La situación actual se caracteriza por la frecuente falta de congruencia entre los cambios que se considera necesario introducir y los cambios que es posibles producir.

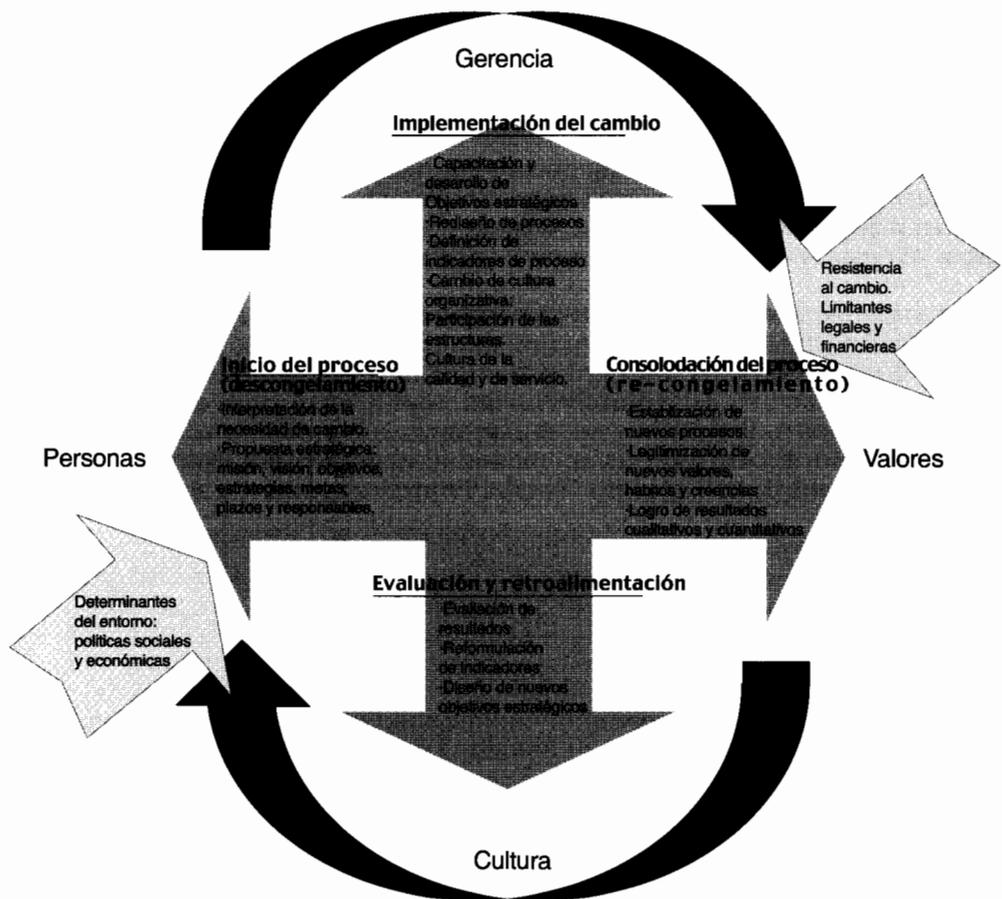
El cambio institucional siempre es un proceso complejo que plantea un dilema: las personas no pueden cambiar si no cambia el sistema, y éste no puede cambiar si no cambian las personas. Las teorías sobre el cambio social se polarizan en estas coordenadas. La salida parece apostar por el cambio de la cultura organizativa sobre la premisa de que sólo de manera consistente y voluntaria los funcionarios modificarán su comportamiento. Los principales obstáculos que en cualquier proceso de cambio hay que superar son culturales.¹

El alto porcentaje de profesionales con alta calificación, la cultura médica de autonomía en la

toma de decisiones, la dinámica de la relación entre demanda (necesidades) y oferta (servicios) de atención de salud, la alta diversidad de funciones clínicas, industriales y administrativas que se efectúan en un hospital, lo convierten en una de las organizaciones más complejas y difícilmente reproducibles en empresas de servicios de otro tipo. Por ello, los procesos de cambio precisan de grandes inversiones de energía: creatividad, capacidad, recursos, tiempo y perseverancia.

Los cambios implican procesos y éstos son principalmente cambios culturales o paradigmáticos que no son anecdóticos, sino profundos en el ámbito de la esfera cognitiva, actitudinal y de las normas sociales.² Hay personas más proclives a los cambios que otras y son las primeras las que facilitan en las conversaciones el intercambio de antiguas maneras de comprender y actuar sobre la realidad. Esas personas están también más predispuestas a asumir riesgos, lo cual no es ajeno a la cultura de los hospitales públicos, sino habitual y consuetudinario.

Figura 1
Complejidad de un proceso de cambio institucional hospitalario.



En el cambio institucional se conjugan valores, personas, cultura y capacidad gerencial, se recibe la influencia de condicionantes internos y externos, se afrontan resistencias y se supera obstáculos. Frente a tal complejidad, para definir el hospital del mañana es preciso: 1) articular un proceso permanente de escucha (información) y reflexión (retroalimentación); 2) formular una propuesta estratégica compartida (sentido o razón de ser); 3) mantener un liderazgo que conduzca el cambio (gerencia); 4) elaborar un plan compartido (participación organizada y responsable), y 5) asumir una nueva competencia en la organización para *aprender a cambiar o aprender a aprender* (cultura de aprendizaje institucional).

Los elementos que explican la complejidad mencionada se integran y abordan mediante la planificación estratégica, que es la tarea intencionada por medio de la cual la organización define el nivel superior o marco que la guiará hacia la consecución de sus objetivos, en la forma en que intentará relacionarse con el ambiente y en la asignación de los recursos necesarios para acometer sus actividades.³

La planificación estratégica, tal como se indicó en el capítulo precedente, se inicia con un análisis de la situación actual (resultados de la gestión, análisis interno y del ambiente político, económico, tecnológico, etc., que rodea a la organización). Lo primero es preguntarse por qué y para qué cambiar, sobre los principales obstáculos que se han de vencer para producir el cambio, y sobre los recursos disponibles para producirlo. En los hospitales es frecuente escuchar preguntas como «¿para qué modificar, si siempre se ha hecho así?». Desde esta perspectiva, es básico dar *sentido* al cambio.

A partir de la información generada en la reflexión estratégica sobre el cambio, el equipo de la gerencia del hospital puede elaborar planes y fijar metas específicas para trazar la ruta de gestión del cambio. Además, la gerencia debe estar constantemente controlando el ritmo (sincronía en la gestión del proceso) con que se produce el cambio, prever y afrontar imprevistos, evaluar los riesgos y los resultados que se producen con objeto de retroalimentar el proceso.

Casi siempre, cerrar brechas o avanzar hacia los objetivos marcados incluye decisiones estratégicas que modifican den algún modo la naturaleza de la organización.⁴ Como ejemplos de todo ello cabe citar la introducción de un nuevo servicio, la ampliación de la cobertura o la adopción de nuevas formas de atención, etc. Estas decisiones pueden obligar a realizar tareas de envergadura (por ej., las relaciones con nuevos clientes y con los proveedores, la asignación de recursos, las habilidades y conocimientos de los trabajadores, las relaciones informales, etc.) que repercuten en muchas de las funciones y actividades habituales del hospital. Para ilustrarlo, valga citar el siguiente ejemplo.

La evolución institucional del Hospital Belgrano de Buenos Aires se efectuó gradualmente, seleccionando procesos que permitieron al conjunto de la institución comprobar la consecución de las metas y ampliar los resultados del esfuerzo realizado al resto de la organización. Dichos procesos son los siguientes:

1. Cambio en la cultura organizativa, que responde a la profunda insatisfacción que sentían los que trabajaban en hospital, por contemplarla en función de las necesidades profesionales y no desde las necesidades del usuario de los servicios. Esto condujo a modificar el modelo organizativo implantando el modelo de cuidado progresivo de pacientes.
2. Gerencia participativa, que responde al criterio de participación, integrando en ella la figura de los adscritos a la Dirección.

3. Reestructuración de los sistemas de premios y salarios, con objeto de satisfacer las necesidades de los recursos humanos. Aunque no era factible modificar los salarios, se pudieron emprender acciones de fortalecimiento institucional.
4. Programa de fortalecimiento institucional, que incluye actividades tales como cursos anuales de psicología social y pensamiento de grupo, filosofía, administración de salud, informática, bioética, y seminarios de creatividad y jornadas de planificación estratégica dirigidos a capacitar a los niveles gerenciales intermedios.
5. Promoción de equipos de trabajo autogerenciados, que incluyó el desarrollo de equipos de trabajo autogerenciados y del sistema informático y de videocomunicación.

La dirección del hospital debe conducir personalmente todo el proceso desde su inicio, ser la primera en aguzar el oído a lo que dicen el entorno, la comunidad que atiende, los usuarios de los servicios, la autoridad sanitaria y, los miembros de la organización. Para provocar el cambio, o aún mejor para aprender a cambiar, hay que generar las competencias para que desde el proceso de escucha la reacción institucional se traduzca en un plan de acción. Por lo tanto, el cambio institucional será una secuencia de ciclos de escucha-plan de acción-volver a escuchar.

En el paso de la escucha a la acción ha de alcanzarse una alta participación en la cual será fundamental el tipo y la capacidad de liderazgo que se ejerza. La identificación de los puntos de partida y llegada, el análisis de debilidades, fortalezas, amenazas y oportunidades, la identificación de requerimientos y necesidades, la definición de objetivos, metas, sistemas de evaluación, etc., han de surgir de un proceso ampliamente participativo de todo el personal del hospital, pues de lo contrario todo ello se convertirá en un documento más en el escritorio de la gerencia.

La información debe ser suficiente, oportuna, clara y compartida. Un plan estratégico no se negocia con los sindicatos ni con los estamentos burocráticos; se elabora de común acuerdo entre todos. El éxito que puede obtenerse al *seducir* al cambio estriba en que la misión y visión propuestas *sintonizan* con la voluntad colectiva dentro y fuera de la organización. Sin duda, el plan de acción es, por definición, una obra colectiva, primero en el diseño y, segundo, en la implantación, que requerirá el compromiso y la participación de grandes grupos.

Los actores relevantes en el proceso de cambio

Desde la perspectiva de la complejidad del cambio, la organización del hospital se entiende como una red interactiva formada por las normas, el conocimiento compartido, las prácticas institucionales y los intereses y las posiciones de los actores. Los actores relevantes en un proceso de cambio hospitalario pueden agruparse en dos tipos: externos e internos. Entre los externos podemos encontrar a personas o instituciones con las cuales el hospital mantiene distintas relaciones institucionales formales o funcionales, así como a los usuarios del hospital (el Estado, la política, las autoridades sanitarias, los dirigentes sindicales y gremiales, la ciudadanía, la industria de la salud y sus intereses). Entre los actores internos se incluyen los miembros de la organización y su organización formal e informal (el equipo gerencial, el equipo de apoyo al cambio, las jefaturas y estructuras intermedias, la organización informal, la cultura organizativa y la norma vigente).

El Estado como actor

Dado que numerosos hospitales de la Región son de propiedad del Estado o están financiados por él, la estructura de gobierno se convierte en uno de los actores externos de mayor relevancia. Por ello, es importante considerar el tipo y la profundidad de los cambios que están introduciendo en la organización del Estado mismo de distintos países.

El papel del Estado va adquiriendo mayor relevancia en tareas de conducción política, cohesión de la sociedad, promoción y fomento de un proyecto de futuro de nación, de regulación y control, de profundización democrática y de desarrollo equitativo. Con estos propósitos, y considerando la existencia de una nueva conciencia ciudadana que demanda mayor acceso a los bienes y servicios, más participación, libertad y autonomía, se está reconsiderando la gestión de los servicios públicos y, entre ellos, la de los hospitales. Estas reformulaciones obedecen tanto a las necesidades globales del futuro como a las debilidades del sistema actual.

El servicio público y, por tanto, los hospitales públicos necesitan un cambio paradigmático profundo, un cambio que entraña la transición de una organización administrativa basada en la desconfianza a otra basada en la confianza entre las partes (internas o externas). El servicio público de la Región, no sólo el hospitalario, afronta un gran desafío: que el acto de servir y ponerse efectivamente a disposición de la sociedad vuelva a convertirse en el perfil distintivo de quienes optan por esta vocación y que lo hagan gestionando los recursos con eficiencia. La mejora de la gestión pública hospitalaria se enmarca necesariamente en ese debate, que es aún mucho más amplio, no se ha explicitado claramente en todos los países y se ha centrado en la modernización del Estado, un tema en el cual persisten marcadas diferencias de visión y de ideología. El camino de la modernización exige coincidir en un objetivo común: la modernización no es un elemento aislado; tampoco es un fin en sí mismo, sino tan sólo un instrumento por medio del cual se pretende reducir la brecha que separa lo que la ciudadanía necesita y lo que la sociedad organizada puede proveer. En esta construcción de una visión compartida cuando menos hay que vislumbrar un norte común, qué tipo de sociedad se quiere para las próximas generaciones. A partir de esta visión se han de buscar los caminos para construirla.

La búsqueda de esta visión no es fácil, dada la velocidad con que se producen los cambios; apenas da tiempo para conocer y entender lo que está pasando. En el seno de esta realidad, en la cual son insuficientes la comunicación y la socialización de una idea común de lo que se entiende por *modernización*, es donde se está intentando producir cambios en los hospitales públicos para mejorar su gestión. Aquí se encuentra un primer problema que explica en parte las desconfianzas y las percepciones de la existencia de *agendas secretas* que espolean los conflictos ante cualquier pequeño cambio que intente introducirse. La falta de información (derivada de la insuficiente visión común) y de información produce un alto grado de incertidumbre y entropía social. Al modernizar o gestionar el cambio se deben ir resolviendo aspectos a largo plazo, lo cual acota un nuevo área de conflictividad.

El Estado y los equipos de gobierno ponen la primera dificultad, pues apenas debaten con la sociedad a dónde se quiere ir. *Escuchar* aquello es complejo y como método se sugiere no dejarse llevar por *señales*, sino por objetivos tales como los programas de gobierno o las directrices ministeriales. Además, como segundo método, se recomienda separar lo que está claramente definido y consensuado a corto y mediano plazo de lo que se esté debatiendo. Durante la planificación y la implantación del cambio es importante hacer estas consideraciones sin distinguos.

La política como actor

El segundo actor externo de importancia son los factores políticos. Por un lado se encuentra la llamada clase política, que ejerce su influencia a nivel nacional o local. Una de las tareas clave a este respecto es, primero, identificar su posición frente a los temas de salud y los hospitales y, a continuación, conocer sus necesidades de información y de nexos con sus votantes. Lograr que la clase política participe en los cambios de los hospitales es sumamente importante. El hospital encierra un importante potencial político, no sólo porque en él trabajan muchas personas, sino, además, porque éstas interactúan a diario con muchas otras y todas ellas son votantes potenciales. No es difícil entonces establecer contactos con el mundo político desde un hospital. No obstante, la gerencia del hospital, cuando se relaciona con la clase política debe evitar politizarse y canalizar dichas relaciones en virtud de objetivos institucionales.

Por otra parte, agenda política puede influir en los procesos internos del hospital, un fenómeno que ha sido notorio en el sector salud, y que a menudo se ha expresado como un choque entre la vieja cultura de la beneficencia y la mirada medicalizada del sector y la a veces abrupta entrada del mercado, con su papel regulador del financiamiento y la provisión de servicios de atención de salud. La aún inadecuada relación entre actores públicos y privados, las carencias en la definición del papel del Estado y el mercado sanitario, los vacíos en los mecanismos de regulación y los intereses corporativos contrapuestos de la industria de la salud y de los trabajadores del sector, afectan desde el exterior los procesos internos del hospital.

Cuando desde los hospitales públicos se intenta construir una visión compartida y unánime de las reformas del sector salud, surgen obstáculos que, además de entorpecer la mejora de su gestión, desembocan en conflictos sectoriales y aumentan la incertidumbre ciudadana. Esto puede fomentar la percepción de crisis sectorial y colocar permanentemente en el centro del debate visiones particulares de los intereses sectoriales a corto plazo más que los de los ciudadanos y los trazados a largo plazo. En la práctica, esta desconfianza tiende a reducir las posibilidades de cambio en los hospitales y exigen muchos esfuerzos para mantener un equilibrio ya por naturaleza inestable.

Por otra parte, los conflictos políticos pueden afectar seriamente a los procesos de cambio, ya que los sindicatos del sector ejercen fuertes influencias políticas a nivel nacional y a menudo los conflictos extrasectoriales pueden contaminar el cambio hospitalario. Sobre este aspecto hay que considerar no tan sólo el impacto de movimientos de carácter reivindicativo, sino sobre todo la visión que los dirigentes sindicales y las asociaciones profesionales tengan acerca de los procesos de cambio hospitalarios.

Las autoridades sanitarias como actor relevante

Normalmente, las autoridades sectoriales deberían ser actores que apoyaran decididamente los procesos de cambio hospitalario. Pero con frecuencia su discurso no engarza adecuadamente con sus acciones. Otras veces, las autoridades centrales suelen ser más sensibles a negociaciones a corto plazo con distintos actores. Especial atención hay que prestar a las autoridades sectoriales intermedias, pues muchas de ellas suelen tener actitudes muy conservadoras o ambivalentes con respecto al gobierno central y a los hospitales, por sus propios sesgos, por resistencia al cambio o por temor a perder poder. A este nivel es frecuente escuchar frases tales como «Ésto no es la primera vez que se intenta», o «¿Qué saben estos del Ministerio?». Las autoridades sectoriales intermedias acostumbran participar en discursos descentralizadores, pero siempre y cuando la descentralización sólo llegue hasta ellas. Es notoria la breve vida que tienen los gabinetes ministeriales de salud de la Región, lo cual menoscaba las posibilidades de

realizar proyectos a mediano y largo plazo. Por este motivo es importante evaluar qué prioridad otorga el equipo de gobierno al cambio hospitalario. Cuando se pretenda introducir cambios muy notables, cuando menos se deberán tener fundadas sospechas de que el gabinete de gobierno que asume el poder mantendrá sus políticas. Esta exigencia es sobre todo difícil para los hospitales que dependen en gran medida del sector público.

Los dirigentes sindicales y gremiales como actor

No es infrecuente que los gremios estén representados en estructuras nacionales, y en ellos, y más especialmente en los directivos médicos, se observa un fenómeno peculiar. Por un lado, consideran natural sentirse intérpretes de las necesidades ciudadanas y ser los únicos capaces de comprender y dar solución a los problemas de salud. Además, confunden *la salud* con *la atención de salud*, como si fueran sinónimos. Por otro lado, se sienten frecuentemente llamados a ser rectores del sistema sanitario y no es infrecuente observar en la Región que, al menos para la opinión pública y los medios de comunicación, se produzca una suerte de confusión entre los que dice el Ministro de Salud y el Presidente del Colegio Médico, cuyas opiniones, dicho sea de paso, no siempre coinciden.

En los hospitales son sumamente importantes las opiniones de dichos dirigentes, máxime cuando están atravesando un proceso de cambio, por cuanto esas opiniones suelen ser más creíbles que las emitidas por las autoridades de salud.

La ciudadanía, el principal actor que normalmente queda fuera del escenario

Los servicios de atención de salud están diseñados para resolver las necesidades de las personas y las comunidades, pero generalmente las opiniones de los usuarios de los servicios no tienen eco en el diseño, la implantación de las políticas sanitarias ni en la gestión de los establecimientos. La ausencia de este actor importante ha contribuido a convertir a los hospitales en estructuras rígidas y a perpetuar algunos paradigmas. La escasa participación de los usuarios da cuenta de la cultura de beneficencia que pervive en el sector, la visión paternalista que aún subsiste en las políticas sociales, y las reticencias de los gobiernos a transferir poder a los ciudadanos y las comunidades.

En salud, responsabilizar a personas y comunidades de las estrategias sanitarias debe acompañarse de la apertura de espacios de participación y entrega de poder. La cultura medicalizada se resiste a ello y, como consecuencia, a la asimetría en los flujos de información en salud se suma una fuerte asimetría de poder. En un proceso de cambios orientados a desarrollar nuevas estrategias sanitarias o a centrar la cultura organizativa en el usuario, es esencial lograr la participación del usuario en la toma de decisiones. Sin él, no son posibles los cambios, al menos aquellos con que se intenta orientar satisfacer lo que las personas y las comunidades demandan. Los intentos de cambio en el ámbito local-donde no se establecen verdaderas relaciones de participación entre el sistema público y el ciudadano-suelen desembocar en situaciones que desincentiva las iniciativas y fomentan el mantenimiento del *statu quo*.

La industria de la salud también es un actor relevante

Los proveedores de tecnología, insumos y servicios son sin duda actores relevantes, no tan sólo por la complejidad de las relaciones comerciales que se desarrollan con ellos, sino más bien por la exigencia de incorporarlos a los propios procesos de cambio mediante alianzas estratégicas que permitan agregar valor a dichos procesos. La mejora de la calidad de los servicios requiere que los proveedores ofrezcan algo más que el producto o equipo que venden; su expe-

riencia ha de incorporarse a esos procesos de cambio institucional. La industria de la salud tiende a aumentar los costos y a presionar, especialmente a través de los médicos, para introducir tecnologías. Si se quiere que un proceso de cambio se oriente a la calidad y se tengan en cuenta las razones de costo-efectividad de los servicios hospitalarios, se tendrá que prestar atención a la forma como la industria actúa sobre los médicos y planificar a un tiempo el modo de incorporar a profesionales y proveedores en las evaluaciones de costo-efectividad de tecnologías y a los estudios de medicina basada en pruebas (*evidence based medicine*).

Entre los actores internos, el equipo de gerencia

Para producir los cambios, además de una visión de futuro, se necesitan personas capaces de orientar, catalizar y sistematizar dichos cambios. En los hospitales públicos se considera imprescindible contar con personas que cuenten con el liderazgo, los conocimientos y habilidades, el apoyo político, la capacidad de comunicar, comprometer, asignar responsabilidades y evaluar necesarios para propiciar el cambio.

La gerencia del hospital debería destinar buena parte de su tiempo a coordinar a sus colaboradores perseverar en la búsqueda de una *vocación institucional* que responda a la razón de ser de su organización. Asimismo, ha de creer en su visión de futuro, transmitirla y reafirmarla en su organización, afianzar y dirigir equipos de personas capaces de implantar el plan de acción que se precisa para producir los cambios. Estas personas necesitan tener un perfil adecuado perfil (que depende de la fase en que se encuentre el proceso), el apoyo político claro, sostenido y coherente de los niveles superiores, así como equipos de trabajo cohesionados, que contribuyan a producir el cambio y controlar adecuadamente las distintas fases de su puesta en práctica, tanto a corto como a largo plazo.

El equipo de apoyo al cambio

La gerencia, para impulsar cambios de magnitud y viabilizarlos, ha de importar las competencias de que carece la organización. Generalmente, con este propósito se crea la *unidad para la reforma* de apoyo a la gerencia, que debe depender directamente del director. Su principal función es aportar las competencias necesarias para planificar, implantar, monitorizar y evaluar las distintas fases del proceso; apoyar la implantación de tareas centralizadas con métodos y herramientas pertinentes; aportar sinergia a la organización en la fase de implantación; ahorrar recursos; prestar colaboración técnica en las materias correspondientes; coadyuvar con metas estratégicas de impacto a corto plazo (o tareas cotidianas de la organización) y a largo plazo; apoyar en materia de priorización y evaluación del estado de los proyectos, y evaluar los aspectos estratégicos y tácticos de la implantación de los proyectos.

No siempre es fácil encontrar y mantener personas calificadas para conformar estos equipos clave para el cambio. Una buena posibilidad es que a medida que se avanza en procesos de descentralización, las personas con experiencia que trabajan a nivel central puedan volver al nivel local como expertos en dichas unidades para el cambio.

Las jefaturas intermedias

Otro actor muy relevante son los jefes que integran la estructura burocrática intermedia. Ellos tienen la percepción de ser los responsables de la marcha del hospital y de que todo podría funcionar igual, aunque no hubiera gerencia. Suelen ser reacios a dejar sus cuotas de poder y muchas veces en ello radica su renuencia a los cambios. Se debe evaluar el origen de las jefaturas intermedias, el grado de liderazgo natural que tienen, se les debe dar capacita-

ción específica, ampliar su visión de entorno, informarlos sobre la necesidad y urgencia de los cambios y lograr, sin manipulación de ninguna especie, que los sientan como propios. Por sí mismos han de descubrir la necesidad de introducir cambios y hacerse responsables de la transición a una nueva cultura. Muchos intentos de cambio se han encontrado con una fuerte resistencia pasiva de los niveles intermedios, porque éstos se sienten amenazados tanto por los cambios como por los profesionales que provienen del exterior de la organización. Existe una tendencia marcada de esos niveles a guardarse cuotas de poder y a ser refractarios al trabajo en equipo y compartir la información. Por tanto, el gran desafío que se plantea es hacer a estas personas partícipes de los cambios, responsables de dirigir sus equipos de trabajo en sintonía con los cambios, y cuidando permanentemente de *quebrar el dique* de comunicación que tiende a erigirse entre equipos directivos y funcionarios de nivel operativo.

A nivel intermedio, y especialmente en el ámbito profesional, es importante identificar los distintos intereses que se ponen en juego y la forma como éstos pueden articularse tras la formulación de los nuevos objetivos institucionales. Es habitual apreciar grupos profesionales con mayor nivel de interés por la gestión y por asumir responsabilidades en la organización que otros. De hecho, es frecuente encontrar mejor receptividad inicial a los cambios en el equipo de enfermería y en sus jefaturas que en los equipos médicos.

La organización informal

La organización informal está conformada por las distintas formas y niveles de organización y relación que surgen entre los trabajadores de un hospital. La organización informal debe ser conocida y auscultada permanentemente, ya que genera una fuerte corriente de opinión y modula percepciones que pueden obstaculizar o facilitar los cambios. Los pasos de resistencia activa a pasiva y a la aceptación que puede estimular o dificultar la organización informal, son muy variables y no siempre predecibles. Hay que tener mucha paciencia, congruencia y perseverancia.

Los problemas más importantes que han surgido a este nivel son, por una parte, la confusión y ambigüedad con que se han vivido conceptos tales como participación y democracia en los hospitales públicos, en lo cual han influido negativamente el discurso político, la búsqueda de posiciones de poder por parte de los sindicatos y gremios y la falta de verdaderos espacios de trabajo en equipo causada por el *verticalismo autoritario* estructural y cultural de muchas organizaciones.

Por otra parte, los gremios replican el paradigma cultural existente y adoptan comportamientos tan centralistas como los ministerios y unidades centrales. De hecho, en muchos de países los gremios tienden a negociar solamente con el nivel central y es típico que lo que se construye localmente sea desautorizado por el nivel central.

Finalmente, tanto la jefaturas intermedias como la organización informal a menudo pueden constituirse en aliados estratégicos que bloquean los cambios cuando su percepción de amenaza y desconfianza es muy alta. Esto ha redundado en el sector salud en el fracaso de muchos intentos de cambio. En estos casos, la constante ha sido la defensa del *statu quo* que muchas veces toma el cariz de defensa de la legalidad y de la normativa vigente, de los principios de la salud pública o de los derechos adquiridos.

Un actor difícil: la normativa

No cabe duda de que la legislación y la reglamentación vigentes en la mayor parte de las instituciones públicas no siempre facilitan los cambios necesarios, especialmente en empresas de servicios como los hospitales públicos, en los cuales cada día se necesita más flexibilidad, especial-

mente en la gestión de los recursos, para adaptarse a las nuevas exigencias de la demanda y de la oferta. Por ello, es preciso planificar el cambio en un escenario de restricciones legales. Como ello no suele hacerse explícitamente, hay quienes han intentado introducir cambios profundos sin haber hecho ejercicio previo alguno y habiendo corrido riesgos personales e institucionales notables.

Las relaciones de poder y las instancias de consulta y concertación

El hospital es una intrincada madeja de relaciones de poder en la cual las distintas posiciones y fuerzas están en algún modo determinadas por la forma como a través de la historia y la cultura de la organización se han ido equilibrando dichas relaciones. Para poder engastar esas fuerzas en el organigrama del hospital, es esencial identificar a los distintos actores, escuchar su historia y sus actuales motivaciones y posiciones de poder. Por una parte, se pueden encontrar unidades con mucha mayor influencia que otras, jefes clínicos de mayor relevancia, líderes sindicales de mayor credibilidad, etc. Por otra, es posible identificar en el seno del hospital distintas subculturas y expresiones de clases sociales. Por añadidura, pueden detectarse conflictos explícitos o solapados entre dichas subculturas. No es infrecuente que los médicos, que encarnan la cultura social médica, sean quienes ostentan el poder y que el discurso explícito de la organización se exprese formalmente a través de dicha cultura. No obstante, se deben hacer esfuerzos por reconocer la existencia de otras culturas legítimas, que deben ser validadas y aceptadas al impulsar un proceso de cambio.

Las relaciones de poder y las instancias de consulta y concertación

- Las subculturas del hospital y las complejas relaciones de poder que no se adaptan al organigrama.
- Frente a la incertidumbre (entropía), la necesidad de información, participación y generación de nuevas alianzas (sinergia).
- El equipo de los *juramentados*.
- El consejo de ancianos o el equipo de respaldo político al proceso.
- El directorio de la empresa. La mesa formal de los actores: el representante del *dueño*, los gremios, los usuarios, la estructura formal.
- Las fuerzas de tarea o comisiones técnicas en ámbitos específicos: calidad, infecciones intrahospitalarias, farmacia, inversiones, bienestar del personal, etc.
- Los equipos de concertación previos a la generación de un cambio estratégico.
- La concertación en los propios equipos de trabajo.

La inestabilidad en dichas relaciones de poder, ya de por sí complejas, las torna inciertas. Los actores cambian de posición en función de sus intereses. La gerencia debe mantener una actitud vigilante continua para conocer esos cambios en los equilibrios de poder.

En un proceso de cambios no sólo es importante escuchar e identificar a los actores relevantes, sino también situarlos con relación a su actitud frente al proceso de cambio. En una reforma es típico encontrar grupos pequeños de vanguardia, una mayoría dubitativa y desconfiada, y un grupo absolutamente impermeable. Habrá entonces que confeccionar y mantener actualizado una especie de mapa en que los actores tomen una posición con respecto a su actitud frente a la reforma, así como por su nivel de relevancia. Con una coordenada se deberán agru-

par en relación con su relevancia, mientras que con la otra se agruparán respecto al modo como reaccionan frente a los cambios. El éxito del proceso radicará en la amplitud y profundidad con que se realicen alianzas y sobre todo en el grado de credibilidad y confianza que se logre.

Los cambios, como es lógico de esperar, producen incertidumbre. La principal forma de situarse que tienen los líderes renuentes al cambio es capitalizando el temor que produce lo desconocido. La gerencia, por su parte, encuentra en la información el instrumento para disminuir la angustia que genera la incertidumbre. La información, clara, suficiente y oportuna debe alcanzar directamente a todas las personas, no sólo a los grupos de poder, porque si no lo que se estará logrando es consolidar las relaciones existentes y aumentar la incertidumbre y la entropía organizativas. Por consiguiente, la relación con los actores que ostentan poder dentro de la organización debe ser pública y transparente; no puede haber dobles discursos y la manipulación es altamente peligrosa. Si hay espacios de negociación, éstos han de ser abiertos y estar enmarcados en contextos multilaterales, donde los intereses de unos y otros logren construir miradas más sistémicas y con mayor riqueza de entorno.

Por todo ello, las instancias de consulta y concertación son esenciales al igual que su capacidad de constituirse en espacios progresivamente más formales. La gerencia precisará de una instancia de consulta con *los suyos*, con aquellos que están muy involucrados en el proceso. Allí suelen tomarse las decisiones más difíciles. Es importante, además, formalizar este equipo de *juramentados* y que sus reuniones tengan cierta periodicidad. En dichas reuniones debe revisarse con mucha autocrítica la marcha del proceso y generarse el apoyo y la solidaridad necesarios entre los distintos miembros del equipo.

Pero la gerencia no puede enclaustrarse en un equipo de elegidos para ejercer el poder. En el momento en que lo haga, se aislará del resto de la organización y perderá toda capacidad de ejercer un liderazgo efectivo. Debe existir, por tanto, una segunda instancia de consulta y concertación, que podría denominarse el *equipo político*. La gerencia tiene que identificar a los líderes naturales, los que tienen más influencia en el seno de la organización. Con un grupo reducido de personas clave se habrá de organizar una instancia de consultas del más alto nivel, con el compromiso explícito de no desarrollar ninguna iniciativa sin contar con su conocimiento y respaldo. Este grupo debe convertirse en el *garante público* de la reforma y respaldar el proyecto de cambios. Esta es la forma más potente de conectar y entroncar el proceso con los valores y sensibilidades de la organización. La primera instancia es la de los *juramentados* y la segunda, la de los *hombres buenos*.

La tercera instancia, y no menos importante, es la constitución de un directorio de empresa. Es importante separar la línea ejecutiva del hospital de la del *principal*, de tal modo que queden muy claros los objetivos públicos y sociales de la organización y la forma como las decisiones cotidianas del colectivo hospitalario deben subordinarse a esos intereses superiores. En este sentido destacan las iniciativas de constituir una especie de *consejo*, en cuyo seno están representados el propietario del establecimiento y los distintos estamentos que constituyen la organización, incluidos sus representantes sindicales y los de la comunidad y los usuarios. Esta instancia de consulta y concertación es sumamente importante para que el proceso de cambio se vaya legitimando tanto dentro como fuera de la organización y para que los actores internos y sus influencias relativas encuentren algún equilibrio con otros grupos de intereses.

Al inicio de la reforma del hospital Luis Calvo Mackenna, de Santiago de Chile, se constituyó un directorio compuesto por representantes de los actores internos y de los usuarios (agrupaciones de padres, entidades comunitarias de apoyo al hospital, etc.), denominado Consejo de Desarrollo, con la encomienda de debatir y sancionar el Plan estratégico institucional, evaluar y aprobar los proyectos de desarrollo, y aprobar su cuenta anual. Lo más enriquecedor fue observar el aprendizaje mutuo y el acercamiento de posiciones entre actores cuando intercedían terceros tales como los propios usuarios. La clásica relación, muchas veces tormentosa, entre gerencia y sindicatos, adquiría un nuevo cariz al ingresar un nuevo actor.

Un cuarto nivel de instancias de concertación y consultas se debe desarrollar en comisiones técnicas de ámbitos específicos: calidad, infecciones intrahospitalarias, farmacia, inversiones, bienestar del personal, etc. Estos equipos deben ser multidisciplinarios y tener objetivos precisos que retroalimenten la experiencia participativa. En este nivel se deben situar los equipos de participación, recomendados para poner en marcha el nuevo proyecto y sobre todo para vencer resistencias. Es conveniente crear previamente una instancia participativa específica para viabilizar y socializar dicho proceso.

En cada unidad de trabajo es necesario crear un quinto nivel de instancias de consulta y concertación. La gestión participativa efectiva requiere que la participación efectiva se dé en el puesto de trabajo, hacia el cual han de dirigirse todos los esfuerzos.

En la experiencia acumulada por los autores de este capítulo ha sido clave involucrar a las jefaturas intermedias, hacerlas paulatinamente dueñas del proyecto, gastar mucha energía en la comunicación directa, generar espacios de confianza, mejorar la coherencia de los discursos e ir construyendo espacios reales de participación en los niveles que corresponden.⁵

El cambio de la cultura institucional

Una reforma real de los hospitales públicos no sólo tiene que abordar aspectos estructurales, sino también el núcleo de los procesos, esto es las personas que se encuentran detrás de los procesos y la cultura organizativa. Ésta consiste en el conjunto de referencias compartidas entre todos como resultado de una historia y de los significados comunes que se asignan a las situaciones y las relaciones mediante el lenguaje cotidiano. La cultura se forja y modifica en las relaciones de cotidianidad de la organización. Los procesos de cambio hospitalario no pueden entenderse sino como un proceso de cambio de cultura, como el modo en que las personas se replantean valores y conductas en su quehacer y en sus relaciones diarias.

En primer lugar, los elementos críticos de la cultura organizativa relacionados con un proceso de cambios son la confianza y el sentido de pertenencia del personal. La actual cultura hospitalaria tiene una actitud muy arraigada de desconfianza frente a la autoridad, a rumores, a conversaciones silentes que nunca se expresan abiertamente y formalmente. Es en esos espacios solapados donde se empobrece la cultura organizativa y donde surge la desconfianza, la resignación, el resentimiento y tantos otros sentimientos negativos. Sin embargo, junto a estos factores negativos de la tradición del sector hospitalario, y especialmente del estatal, existe un

alto grado de pertenencia: el funcionario hospitalario asigna gran valor a su pertenencia a una organización hospitalaria y siente gran estima por sus capacidades y habilidades técnicas, lo cual constituye un punto de apoyo para que, al preservar ese sentido de pertenencia, la cultura pueda asumir nuevos valores.

En segundo lugar, la comprensión de la cultura organizativa y del proceso de cambio tiene que ver con la capacidad o disposición de las personas para desarrollar un clima de aprendizaje permanente. La cultura organizativa propicia al cambio es en definitiva aprendizaje y de desarrollo continuo de nuevas capacidades para trabajar en la institución. Lo habitual de nuestra cultura hospitalaria es su apego al *statu quo*. El gran cambio o la más profunda de las reformas sectoriales estribará en convertir esa cultura a una que valore sobre todo el desarrollo de capacidades continuas de aprendizaje y de validación de los procesos sobre la base de pruebas científicas.

Y, en tercer lugar, la cultura tiene que ver con la comprensión y el cuidado del clima laboral y organizativo. Esta es la parte más sumergida en la cultura sobre la cual muchas veces no se habla pero donde se encuentran los principales factores que impiden todo proceso de cambio cultural. El clima de la organización influye en la motivación de las personas, en su desempeño y satisfacción, y en la forma de establecer relaciones con otras entidades. Las organizaciones tienden a atraer y conservar a las personas que mejor reaccionan o se adaptan a su clima.

No es posible entender la cultura organizativa ni su relación con los procesos de reforma sin comprender cabalmente los problemas relacionados con la gestión de los recursos humanos. Parte de la génesis de nuestra particular cultura proviene de las limitaciones que afrontan en mayor o menor medida los hospitales de la Región a la hora de implantar políticas de recursos humanos en los ámbitos de la selección, capacitación, evaluación, reconocimientos e incentivos, de potenciar el trabajo en equipo y de flexibilizar los sistemas y las jornadas de trabajo. Estas limitaciones explican a menudo los altos niveles de ausentismo, desmotivación, falta de compromiso con los objetivos institucionales, la excesiva rigidez de los sistemas de trabajo, la baja productividad y las deficiencias en la calidad y en el trato de los usuarios.

Conocer cómo funciona realmente el sector informal de una organización constituye un elemento fundamental del diagnóstico de la situación de la organización y del diseño estratégico de los cambios que se han de introducir en ella. Antes de efectuar dicho diagnóstico es interesante analizar el clima organizativo (CO),⁶ puesto que éste puede ser utilizado como herramienta de objetivación de algunos elementos culturales de la organización, como punto de partida del conocimiento de la forma como piensa o funciona la organización como sistema, así como para diseñar una estrategia de cambio participativo de la organización.

En el hospital Luis Calvo Mackenna de Santiago de Chile se efectuó un estudio de diagnóstico de CO antes de iniciar su planificación estratégica. Para ello, se entrevistó a todo el personal, al cual se notificaron los resultados de la entrevista. Algunos de estos resultados fueron un insumo nuevo para la organización, otros no, pero en todo se consiguió que el personal viera representadas sus propias sensaciones y su malestar de forma compartida, objetivada y categorizadas en función de lo precisan para trabajar adecuadamente, y se le propusiera realizar un trabajo planificado para resolver algunos de los problemas detectados, tanto en las unidades clínicas y administrativas como en la gerencia.

Un estudio de CO puede ser un buen instrumento para aprehender la cultura antes de iniciar el proceso de cambios. Sus resultados permiten observar y compartir la mirada de la organización con la de la dirección, así como destacar algunas dimensiones clave que han de afron-

tarse con objeto de proseguir con el proyecto de cambios y satisfacer las necesidades de capacitación del personal. El personal de la organización, por medio de un estudio de este tipo, siente que participa en la definición de algunos de los problemas de la institución que entorpecen los cambios. Por otro lado, los resultados de un estudio de este tipo, permiten detectar la necesidad de generar cambios en el ámbito de la gestión de los recursos humanos, un aspecto que ha de incorporarse en la planificación estratégica del hospital. El cambio de cultura pasa necesariamente por un cambio en la gestión de estos recursos, y ello constituye el desafío más complejo de los hospitales de la Región.

La función de la dirección en la conducción del cambio

El gerente es un líder que ha de movilizar a su organización hacia el cumplimiento de su función pública, la cual debe ser incorporada con carácter de misión institucional y traducida a objetivos estratégicos precisos y verificables. El uso eficiente de los recursos que la sociedad ha puesto a su disposición le obliga a alcanzar la mayor efectividad y calidad de los servicios y satisfacción de los usuarios. Para cumplir su misión, el gerente debe comprometer a toda la organización a responder efectivamente a las necesidades de salud de las personas, adaptarse con éxito a las condiciones socioculturales, económicas y políticas del medio, cumplir con los objetivos de producción, considerar las opiniones de la ciudadanía como promotoras de calidad, y dar cuenta ante los organismos públicos pertinentes y la comunidad de los resultados obtenidos con relación a los recursos disponibles.

Gerencia para una función pública hospitalaria

Cuando se habla de gerencia hospitalaria como función pública (gerencia pública) se ha de hablar de liderazgo y tener conciencia de estar viviendo un cambio paradigmático respecto de estas materias. El liderazgo y la gerencia ya no son lo que eran: formas de liderazgo principalmente carismático, ligado a la concepción de que se nace líder, de que no se aprende a serlo y, por tanto, es un ejercicio exclusivo de personalidades excepcionales que encabezan las empresas.

El liderazgo gerencial se entiende como capacidad de influencia transformadora de la conducta de una organización. Hoy día, ésta se concibe como un estilo de dirección, un conjunto de atributos o un perfil que es posible aprender. Esta concepción ha ayudado a superar el debate de el líder o gerente hospitalario debe ser un médico o un profesional de las ciencias económicas o administrativas, ya que el énfasis ha de recaer en las habilidades y el conjunto de valores que el líder debe poseer para alcanzar los objetivos que sociedad demanda a a los hospitales.

Según los estudios más recientes en materia de gestión, los líderes que más han contribuido a largo plazo a la competitividad de sus empresas y a crear y reproducir una cultura organizativa responden a un perfil de liderazgo que nada tiene de carismático; muy por el contrario, tienen una personalidad que se caracterizan por poseer otros atributos relacionados con una gran capacidad de escuchar, de sensibilidad, capacidad de comunicación y de generar confianza, perseverancia, compromiso a largo plazo con la institución y con las personas que trabajan en ella.

A semejanza del arquetipo del *viejo* clínico que terminaba sus años en la dirección del hospital, el perfil del gerente ejecutivo, joven y agresivo, generalmente procedente del mundo de la administración o la economía, que toma decisiones rápidas, acertadas e implacables y con claridad conceptual, y que es frío a la hora de tomar decisiones y sólo toma en cuenta los resultados, va quedando en el olvido. Más aún, esta imagen de gerencia quizás ha entrado en crisis como resultado de sus limitaciones en la dirección de los procesos de reingeniería y a que

en los años noventa se puso de moda recurrir a consultorías para gestionar los procesos de cambio de la organización hospitalaria. Este tipo de gerente no ha sido capaz de superar situaciones complejas ni de abordar los problemas culturales o cualitativos que son consustanciales a los procesos de cambio.

Con todo, es legítimo afirmar que nos encontramos ante un cambio de paradigma. En primer lugar, porque al hablar de la gestión de la función pública no se están transfiriendo al ámbito hospitalario los atributos, perfiles y competencias propios de los modelos de liderazgo y de gerencia obsoletos o impropios.⁷ La segunda razón estriba en que la gestión pública es la variable crítica del éxito en la profundización de los procesos de modernización del Estado, máxime en lo que atañe al sector, pues en buena parte de los países de la Región la industria prestadora de servicios de salud pertenece mayoritariamente al Estado. En tercer lugar, en los últimos quince o veinte años se está implantando en los países de la Región un modelo de gestión empresarial muy orientado a los resultados, a la productividad económica, a generar competitividad, que ha obtenido buenos resultados en el sector privado y puede transmitir sus experiencias al sector público. A su vez, la gerencia pública también puede contribuir mucho a perfeccionar la gerencia empresarial, incorporando valores y prácticas sociales acordes con los requerimientos de la productividad social y la competitividad en equilibrio con objetivos de equidad.

El liderazgo en la gestión hospitalaria

Un gerente, como líder transformador, se mueve entre dos coordenadas: una que se dirige de la contingencia al cambio y otra que va de la complejidad del presente hacia el futuro a largo plazo. Todo gerente de hospital debe lidiar con los requisitos de la contingencia. En el polo opuesto de esta coordenada se encuentra el cambio, es decir, aquello que debe ser hecho de manera distinta a como se hace o aquellas cosas han de hacerse a causa de la obsolescencia de las prácticas o paradigmas actuales en la contingencia. Para un gerente es difícil mantener esta tensión entre contingencia y cambio, máxime cuando además ha de trabajar con recursos limitados y afrontar crisis. El gerente ha de ser capaz de afrontar ambos retos a un tiempo: pues no es posible vivir solamente en la contingencia, so pena de ser ciego a lo que cambia y a lo que queda obsoleto, a las nuevas oportunidades nuevas y a los requisitos de desarrollo de una organización.

Por otra parte, la coordenada que va desde la complejidad del presente a la incertidumbre a largo plazo exige ampliar el foco de la contingencia para apreciar el presente con toda su complejidad, ya que el presente no sólo incluye lo que se hace de forma recurrente, sino también lo imprevisto, los conflictos, las novedades. La dificultad para lograr esta visión más panorámica del presente explica que a menudo la gerencia hospitalaria se encierre en la dimensión contingente y soslaye aquellos factores críticos que, a pesar de formar parte del presente permanecen ocultos tras su propia complejidad.

En el polo opuesto de la complejidad del presente se encuentra lo incierto a largo plazo. Este extremo está vinculado con el horizonte, con las orientaciones estratégicas, con la anticipación del futuro, con la identificación de tendencias del sector salud, del país o del mundo. Gestión pública y liderazgo transformador tienen que ver con la capacidad de manejar equilibradamente estos cuatro polos determinados por el cruce de las dos coordenadas.

Dichas coordenadas enmarcan los desafíos que arrostra el gerente. El primero de ellos es el espacio que ocupa la gerencia en torno a la contingencia y la complejidad del presente. El segundo es la mejora permanente de la calidad del servicio y la adecuación de la respuesta institucional a las cambiantes necesidades de los usuarios. El tercero corresponde al seguimien-

to, control y evaluación de los procesos de gestión. Estos tres desafíos permiten que la gerencia actúe en condiciones de máxima apertura desde lo contingente hacia la complejidad del presente y lo incierto del futuro.

Características del liderazgo

El liderazgo: conjunto de atributos, competencias y habilidades que se pueden aprender para escuchar y conferir sentido estratégico a la institución, fomentar la confianza, el diálogo y el trabajo en equipo, y modular el comportamiento colectivo.

Las coordenadas de actuación del líder: desde la contingencia al cambio y la complejidad del presente hacia la incertidumbre a largo plazo.

Los espacios de acción: 1) la influencia gerencial, 2) el sentido de misión o de inteligencia estratégica, 3) la capacidad de generar condiciones para el aprendizaje y el *empoderamiento* (*empowerment*), y 4) la construcción de la cultura organizativa.

Perfil de habilidades críticas del gerente de hospital

El gerente debe reunir las siguientes habilidades:

- **Visión.** La visión se encuentra en relación directa con la misión y los objetivos de una institución, así como con la motivación de un grupo de personas. El gerente ha de tener su propia visión y estimular a otros a tenerla.
- **Planificación.** Una visión que no se logra traducir en actividades concretas puede ser muy bella, pero frustrante. Esta capacidad incluye la de priorizar y focalizar.
- **Organización,** para distribuir las tareas de acuerdo con las competencias de los miembros del equipo, para transmitir, involucrar, hacer seguimientos, evaluar, retroalimentar, y reconocer logros y conductas positivas.
- **Pedagogía** o capacidad de enseñar a aprender y fomentar una cultura colectiva de aprendizaje continuo y de prácticas basadas en pruebas científicas (*evidence based medicine*).
- **Trabajo en equipo,** y capacidad de escuchar y tomar decisiones.
- **Comunicar** hacia el interior y el exterior de la organización.
- **Congruencia,** perseverancia y paciencia.

Comunicación, participación y adhesión de los actores

En todo proceso de cambio no hay que escatimar energía en comunicar interna y externamente, evaluar y mostrar los resultados obtenidos, poniendo especialmente de manifiesto sus hitos. La mejor manera de comunicar es a través del contacto personal y activo. En esta tarea es importante evitar distorsionar la información, evaluar críticamente el proceso y fomentar conversaciones y la celebración de reuniones de todo tipo. Las reuniones han de planificarse exhaustivamente y tener objetivos precisos y explícitos.

Además del contacto personal existen otros métodos de comunicación que no deben omitirse boletines, diarios murales, sistemas informáticos de enlace, etc. En los hospitales se han de promover sistemas que permitan recabar las ideas del personal para compartirlas y transformarlas en acciones. Estos sistemas también son útiles, si se observan normas respeto y responsabilidad, para manifestar molestias y canalizar un potente aliado en los momentos duros de los procesos de cambio: el buen humor. Además, estos sistemas contrarrestan los efectos deletéreos del gran enemigo de la comunicación durante los procesos de cambio: los rumores.

En el empeño de comunicar y establecer alianzas y redes de colaboración es necesario establecer una suerte de compromiso personal, en cascada, desde el líder hasta cada uno de los miembros de la organización. Instrumentos tales como compromisos o convenios de gestión entre la gerencia y las unidades son fórmulas que coadyuvan a comunicar y establecer pactos en que se verbalizan y explicitan alianzas sinérgicas de los actores. Estos instrumentos se deben replicar en forma de *contratos de desempeño* entre cada equipo de trabajo y sus miembros, por medio de los cuales se expresen metas de calidad y producción, junto con otras aspiraciones que armonicen los intereses de los colectivos y las personas que trabajan en el hospital. Comunicar generando adhesión no es otra cosa que transformar conversaciones en compromisos explícitos y formales, lo cual requiere un largo aprendizaje.

Además de comunicar hacia el interior de las organizaciones es importante ir estableciendo vínculos horizontales entre organizaciones que se encuentran en distintas fases cambio. A este respecto cabe destacar la necesidad de intercambiar experiencias y hacer esbozos de *benchmarking* y de diseño de indicadores comunes para evaluar resultados. No obstante, cuando las organizaciones en proceso de cambio horizontalizan la información, por naturaleza tienden a sobrepasar estructuras y conductos regulares de comunicación, como los de ministerios y otras instituciones públicas, y generar conflictos con niveles intermedios de poder e influencia que se sienten amenazados.

Por último, ha de consignarse que los medios de comunicación suelen tener una actitud que muchas veces no favorece los procesos de cambio: a menudo tienden a destacar lo malo o escandaloso, obedeciendo a intereses comerciales o ideológicos, y en ello pueden recibir el respaldo de algunos gremios en un intento de defender sus intereses a corto plazo (por ej., que no se produzcan cambios).

Transmitir una visión estratégica

Una misión vale en cuanto moviliza, y se moviliza tan pronto representa un conjunto de valores que convoca a las personas. Hoy es más frecuente que las instituciones hospitalarias asignen un papel central a la identificación de la misión y los objetivos estratégicos. Sin embargo, aunque la misión y los objetivos son factores absolutamente determinantes para avanzar en el proceso de modernización, por sí solos son inútiles si no se dispone de una capacidad de liderazgo que pueda transmitir dicha misión y el proyecto de cambio al conjunto de la institución y a su entorno.

Una comunidad debe tener claro por qué el hospital quiere cambiar, en qué va a cambiar y qué va a implicar dicho cambio para las personas. El respaldo de la ciudadanía es esencial para que dichos cambios se produzcan, lo cual exige ganarse su adhesión. Por ello no deben escatimarse esfuerzos en las relaciones públicas.

La ciudadanía, los que toman las decisiones políticas y económicas y los actores internos han de tener clara la necesidad perentoria de modernizar y los costos de dicha modernización. Estos costos son hacen referencia a los siguientes aspectos:

- Para mejorar es necesario invertir y, posteriormente, las mejoras aumentarán la eficiencia y la calidad de los servicios.
- Que habrá incertidumbre y cierta conflictividad.
- Que se cometerán errores sin intención. Nuestra cultura no tolera el error, ya que éste es una desviación de la norma. Aún más, tendemos a ocultar el error, a sentirnos avergonzados y culpables. Pero, cuando lo que se busca es innovar, es vital fomentar una actitud de tolerancia frente al error, en la cual éste se interprete como una oportunidad para aprender. Pare conseguirlo, es menester planificar, fijar umbrales, educar y comunicar.
- No siempre se pueden alcanzar consensos; a veces habrá que aceptar las discrepancias, señalar verazmente los problemas reales y aprender a priorizar los aspectos en que se haya alcanzado un acuerdo.

Capacitación de apoyo a la estrategia

Aprender a aprender, esta es la principal herramienta estratégica para la gestión del cambio en las empresas hospitalarias. La capacitación, entendida como herramienta estratégica, es un desafío que exige cambiar de mentalidad. Para la gerencia de un hospital es fundamental desarrollar una capacidad de gestión efectiva de los recursos humanos con objeto de generar un buen clima organizativo adecuado y disponer de funcionarios motivados, calificados y adaptados a las exigencias de la institución. Para alcanzar este objetivo es esencial contar con el liderazgo suficiente y adecuado.

En una organización muy informal, la capacitación destinada a aumentar la flexibilidad y la disposición al cambio es un elemento crítico para lograr el cambio deseado. En cuanto al diseño de la capacitación estratégica, se debe considerar el marco legal existente, la cultura de la organización y el grado de descentralización interna que se pretende lograr. Estos elementos, especialmente los dos últimos, aportan información sobre la necesidad de ofrecer herramientas adecuadas para que cada centro de responsabilidad pueda manejar sus recursos humanos de forma descentralizada y con un fuerte apoyo de expertos. El gran desafío para la organización en la gestión del cambio es dar herramientas a sus distintos niveles del establecimiento, es decir:

- Velar por entregar a los equipos de trabajo del hospital las herramientas necesarias para que sean capaces de ofrecer la capacitación requerida con arreglo a los principios estratégicos de calidad total, para que desde ellos se diseñen estrategias sensibles al cliente que determinen los futuros cambios institucionales.
- Mantener habilidades organizativas para el cambio permanente, el aprendizaje continuo, la visión sistémica, el desarrollo sostenido de la autonomía y la capacidad de *empoderar* (*empowerment*), con objeto de obtener resultados con alto rendimiento social.

Cabe destacar que en una organización cuyas unidades operativas disponen de personal altamente calificado se plantea un gran desafío, ya que el nivel de exigencia y de potencial representa el mayor recurso con que cuenta la organización para alcanzar sus objetivos y metas estratégicos. En estos últimos se deciden finalmente las acciones de salud.

Para entender la capacitación como principal herramienta de la gestión del cambio hay que concebirla de forma diametralmente distinta a la tradicional. Las empresas, y también el hospital, poseen un conocimiento organizativo determinado, tienen la capacidad de trabajar colectivamente, de acometer acciones que no podrían hacer los individuos por separado, lo cual tiene que ver con la comprensión colectiva de ciertos supuestos culturales tácitos. A medida que las empresas, especialmente las de servicios, se tornan más sensibles al entorno y más flexibles para adaptarse a sus requisitos, han de hacer más hincapié en la forma de fomentar el interés por aprender nuevas tareas y, por tanto, por generar un nuevo conocimiento organizativo. En este desafío son claves los siguientes elementos:

- El aprendizaje en un hospital no puede ser fruto de una crisis (por ejemplo una grave infección intrahospitalaria), sino que debe ser intencionado y parte de un proceso estratégico claramente explicitado.
- El aprendizaje crea capacidad de flexibilidad y despierta interés por el cambio continuo y, por lo tanto, debe ser un instrumento eficaz para reducir la incertidumbre de las personas.
- Y, lo más importante, las personas del hospital deben sentirse a sí mismas como efectivamente capaces de contribuir a la generación de nuevo conocimiento en el ámbito de la efectividad, eficiencia y calidad de los procesos, y que esta participación activa en el cambio tiene reconocimiento tanto institucional como comunitario.

Para esto, es fundamental desarrollar un sentido holístico en el personal del hospital, para lo cual son esenciales la misión, un sentido de *proceso*, y la existencia de amplia participación en la generación de nuevo conocimiento. En el proceso de desarrollar una cultura del cambio o del aprendizaje es vital:

- Darse cuenta, comprender colectivamente la importancia de cambiar y de hacerlo a través del aprendizaje.
- Entender el sentido del aprendizaje o del esfuerzo colectivo y del papel personal, de tal manera que la ambición o meta personal esté en sintonía con la meta colectiva o misión. Dicho de otro modo, hay que hacer coincidir el deseo personal por aprender con aquello que el hospital necesita que se aprenda en su proceso de cambios.
- Actuar y evaluar. Para ello es importante reconocer la capacidad del *otro* (lo que da sentido al *benchmarking*) y del trabajo en equipo.

La planificación estratégica, comentada en el capítulo 6, o la técnica que se haya utilizado para enmarcar el proceso de cambios, debe señalar muy claramente la distancia entre el punto actual y el punto deseado. Esta distancia o brecha se habrá de transformar en necesidades de aprendizaje organizativo. La insatisfacción que genera la comprobación de la existencia de esta brecha debe generar el deseo de superarla, lo que debe ser sinónimo de tensión por aprender y es responsabilidad del líder.

La gestión del riesgo y de la resistencia

Así como hay que gestionar el riesgo, transformándolo en oportunidad de aprendizaje, es menester gestionar la resistencia natural que se produce a los procesos de cambio.⁸ Según Maquiavelo <<Nada es más difícil de realizar, más peligroso de conducir y más incierto en cuanto a su éxito, que el iniciar un nuevo orden de cosas. La innovación tendrá como enemigos a todos aquellos que fueron prósperos en las antiguas condiciones y como tibios defensores a los que puedan beneficiarse con el nuevo orden>>.

La resistencia al cambio es una reacción humana normal que se debe tener en cuenta siempre que se pretende hacer cambios. Los tiempos en que los cambios eran violentamente impuestos por las gerencias ya pasaron, y la experiencia señala que basta que se retire la fuerza que impuso los cambios para que vuelvan las viejas conductas. Los líderes, al gestionar la resistencia, deben ocuparse de cuatro dimensiones del cambio: personal, interpersonal, gerencial y organizacional. Tienen que *enseñar* a aprender y a creer en los desafíos, ya que las personas son capaces de hacer grandes cosas cuando piensan en grandes cosas. Es decir, somos lo que pensamos que somos. La clave de las técnicas que se utilicen para desencadenar el proceso reside cuán exitosas sean en convocar a un pensamiento *común* de un nuevo hospital.

Los síntomas que delatan la resistencia al cambio

No es raro encontrarse con que en oportunidades se ha ordenado implantar un cambio, se ha hecho todo lo necesario, pero no se logra introducir el cambio. Los síntomas que indican que no se han implantado las nuevas prácticas suelen ser los siguientes, ordenados desde del más leve al más grave: la innovación fue tácitamente aceptada, pero no está siendo usada; algunas personas o grupos se muestran indiferentes; se manifiestan contra argumentaciones sin ninguna base real; las innovaciones son ridiculizadas como carentes de sentido e inteligencia; se aprecia un marcado esfuerzo por anular los efectos del cambio, y la implantación de la innovación se dilata sin motivo alguno. Estos síntomas son generados por algunos motivos que a la postre son los que se deben identificar y eliminar para minimizar la resistencia al cambio.

Principales motivos para resistir los cambios

Cualquier cambio, sea de orden técnico, organizativo o administrativo implica un cambio social, esto es, que al innovar se amenaza la continuidad de las relaciones entre los individuos que se verán afectados por el cambio. La cultura social es un conjunto de actividades y hábitos aprendidos que relacionan a un grupo de personas y hacen que se valore de diferente forma cualquier conducta o acción.

La resistencia al cambio resulta ser proporcional a la solución de continuidad o a la brecha existente entre la imagen subjetiva que se percibe del objetivo del cambio y la posición actual del individuo o del grupo. Por otra parte, la resistencia será inversamente proporcional al período de tiempo que dura el cambio. Estos conceptos se explican en la siguiente sencilla ecuación:

$$\text{Resistencia al cambio} = \frac{\text{perturbación cultural} + \text{perturbación política}}{\text{tiempo de introducción}}$$

Por su parte, los individuos se oponen a las innovaciones por las siguientes ansiedades e inseguridades: el temor a asumir riesgos con los cuales no están familiarizados, a tornarse prescindible en su cargo por efecto del cambio, a no ser capaz de desarrollar las nuevas funciones, la incapacidad o renuencia a adquirir nuevas habilidades o comportamientos, la pérdida de influencia en decisiones en su antiguo puesto, la pérdida o disminución del control sobre recursos, y la reducción del prestigio o de la reputación. También debe tenerse presente que la ley de la fuerza de grupos también se manifiesta en estos casos, ya que es más difícil readaptar la cultura de un grupo que la de un individuo. Los grupos, como tales, también se resisten al cambio. Los grupos se resisten al cambio en la medida en que el poder del grupo es amenazado, las normas y los valores vigentes no se respeten y los cambios se basan en información que es considerada irrelevante o poco confiable. De este análisis se puede inferir que debe

existir algún modo de intentar realizar cambios minimizando la resistencia. Ésta sólo es posible reducirla por medio de métodos rigurosos y sistemáticos.

Cómo implantar cambios con resistencia reducida

Lo primero es hacer un diagnóstico de los elementos que oponen resistencia y luego estructurar un proceso de reducción con sus actividades bien definidas. En el diagnóstico, hay que considerar de cuánto tiempo se dispone para completar el cambio, cuál es la intensidad de la perturbación política y cultural que se creará, quiénes se verán afectados por el cambio, quiénes serán los grupos o individuos que apoyarán o se resistirán al cambio, cuáles serán los motivos para apoyar o resistirse al cambio, y cuál será la importancia relativa de estos individuos o grupos para el éxito del cambio. Una vez estudiado y diagnosticado el efecto del cambio, se recomienda adoptar las siguientes medidas o técnicas dirigidas a gestionar la resistencia:

1. **Transparencia.** Informar a toda la organización, tratando de reducir temores y ansiedades. Si se han detectado personas o grupos de mayor resistencia, hay que prestarles más atención.
2. **Participación.** Involucrando a las personas que se verán directamente afectadas en la planificación del cambio, con lo cual se logrará disminuir la resistencia. Las personas tienden apoyar lo que han ayudado a crear.
3. **Educación y capacitación.** Es preceptivo capacitar a los afectados por el cambio, ya que cualquier cambio significa olvidar hábitos y adquirir otros nuevos. Los afectados por el cambio deberán *aprender a aprender*.
4. **Tiempo.** La resistencia al cambio es mayor si se pretende hacer a corto que a largo plazo. Si se estima que el tiempo es escaso, será necesario disponer de una estructura de poder reforzada y, si fuese necesario, reforzar este poder antes de efectuar el cambio, ya que a un cambio fallido se opondrá más resistencia en un segundo intento.
5. **Secuencia.** Los cambios se pueden probar en grupos piloto. Esto ofrece la ventaja de elegir grupos de baja resistencia, analizar los efectos del cambio en ellos, introducir correcciones en los procesos del cambio y, si éste fue exitoso, esperar que se produzca un efecto de contagio en las restantes personas. A veces no es posible utilizar estas estrategias, y los cambios han de introducirse en toda la organización de una sola vez.

La aplicación de las técnicas de desarrollo institucional y organizativo

El desarrollo institucional comprende los procesos de mejoramiento global de la institución para alcanzar sus objetivos centrales y abarca la definición de las políticas internas, la estructura y otros aspectos considerados clave para el establecimiento y funcionamiento de la entidad a largo plazo.

Los procesos de desarrollo institucional suelen ser complejos, dado que intervienen en diversos ámbitos de la organización y afectan distintos niveles de acción. Para una mejor comprensión del ámbito y el método del desarrollo institucional es conveniente referirse al campo científico que investiga las organizaciones.⁹ Uno de ellos a las variables de macrogestión, que está basado primordialmente en un cuerpo de conocimiento denominado teoría organizativa, que comprende objetivos, estructura, procesos administrativos, sistemas de información,

sistemas de incentivo y recompensa, relaciones e impacto del medio ambiente, etc. El otro se refiere a las variables de microgestión y se apoya fundamentalmente en un cuerpo de conocimiento denominado comportamiento organizativo, que se ocupa de la comunicación interpersonal, la motivación, el proceso grupal, las actitudes, la percepción, etc.

Para el manejo interactivo de ambas dimensiones se deben emplear las técnicas de desarrollo organizativo (DO). Las implicaciones del factor humano en el funcionamiento y la evolución de las organizaciones, aunadas a la necesidad de implantar la planificación estratégica y de poner en práctica la gestión institucional, originan el enfoque y los métodos del DO. El DO actúa como lubricante para que todo el modelo estratégico desarrollarse. En el proceso de desarrollo institucional hay pues tres dimensiones: planificación estratégica, gestión institucional y desarrollo organizacional. La relación entre ellas es dinámica y cada una de ellas retroalimenta a las restantes.

En la perspectiva planteada de la necesidad de emprender el camino hacia nuevos derroteros, el hospital requiere implantar un proceso particular de ajuste permanente. Es necesario rediseñar la organización, a veces cambiando las estructuras formales, mejorando los órganos decisorios, modificando los sistemas de operación, las normas y políticas financieras, las relaciones y los servicios entre los diversos departamentos. La mayor parte de estas modificaciones parecen racionales, frías, objetivas y necesarias, pero, sin embargo, impactan con fuerza en las personas de la organización, generando incertidumbre y resistencia, a veces razonables. La efectividad de estos procesos nuevos deberá probarse. Otras veces la oposición es de carácter emocional o está relacionada con la pérdida de estatus o la alteración de la red de relaciones informales entre los miembros de la organización.

El DO es un proceso de cambio planeado, tendiente a aumentar la eficiencia y la efectividad de las instituciones. Su propósito es asegurar el desempeño óptimo en las acciones conjuntas de las entidades y de las personas que integran dichas instituciones.¹⁰ En el caso del cambio hospitalario, el DO se torna más complejo, habida cuenta del concurso simultáneo de los diversos actores anteriormente analizados.

Este proceso de cambio es dinámico y debe ser razonable y continuo. Se inicia a partir del diagnóstico de una situación que debe mejorarse y de la definición de un estado ideal al que se desea llegar, partiendo de una visión global del sector que permita introducir debidamente los cambios, de tal modo que se institucionalice el proceso. En este proceso se incluyen estrategias, métodos e instrumentos con los cuales se busca optimizar la interacción de las instituciones, personas y recursos materiales y económicos.

En general, el DO propicia la adaptación de la organización, su evolución y renovación, y aunque estos cambios sean tecnológicos, económicos, administrativos o estructurales, supondrán necesaria y principalmente modificaciones de hábitos y comportamientos humanos. El DO nace como una respuesta a la frustración de diseñar y planear una organización y no lograr implantarla realmente. Otras razones que justifican su existencia son las siguientes:

- El fracaso o la insuficiencia, cuando se utilizan aisladamente, de las medidas de perfeccionamiento tecnológico y administrativo y de capacitación tradicional.
- La conciencia creciente de la influencia de los problemas y factores psicológicos y sociales sobre el rendimiento de los programas de trabajo y los resultados reales alcanzados por la organización.
- El fenómeno de inercia o resistencia a los cambios.
- La aceleración de procesos de cambio internos y externos que amenazan o brindan oportunidades a la organización.

En el caso específico del cambio hospitalario, el DO:

- Ayudar a inducir y promover la idea del hospital como empresa social.
- Crear un ambiente propicio y aumentar la confianza en el nuevo modelo.
- Motivar el compromiso de los diferentes actores protagonistas.
- Favorecer la concertación necesaria entre los diversos actores, colaborando para identificar formas prácticas de acción conjunta y complementaria.
- Crear un clima de receptividad para reconocer las realidades organizativas y de apertura para diagnosticar y solucionar problemas.
- Diagnosticar problemas y situaciones insatisfactorias.
- Buscar nuevas fuentes de energía (física, mental y emocional), liberar la energía bloqueada por personas o grupos.
- Compatibilizar, viabilizar, armonizar e integrar las necesidades y objetivos de la organización y de quienes la conforman.
- Analizar la respuesta operativa de la organización en relación con las características cambiantes del entorno (demanda, restricciones, oportunidades, cambios, desafíos, etc.).
- Desarrollar la organización a través del desarrollo de las personas.
- Compatibilizar y optimizar metas, recursos, estructuras, procedimientos y comportamientos.
- Perfeccionar el sistema y los procesos de información y comunicación.

La efectividad de una gerencia para producir cambios radica en cuánto éxito tenga en reformar la cultura institucional, ejercer un liderazgo efectivo y contar con la adecuada capacidad de aplicar métodos de desarrollo organizativo.¹¹ El instrumental que se utilice para apoyar los cambios debe convencer a la organización de que el proyecto de cambio en una necesidad urgente, generar misiones y objetivos claros, la capacidad y competencia de la organización para aprender e intervenir sobre la estructura y el funcionamiento organizativos y el comportamiento humano. Para facilitar en análisis y las respuestas a estas cuestiones es necesario emplear instrumentos de amplia divulgación y utilización como los modelos para la identificación de problemas y necesidades de salud (Epo Info y SIG-EPI),^{12,13} el estudio de la producción institucional (WinSIG),¹⁴ y la relación entre el perfil epidemiológico y la estructura de la oferta (interfaz de mapeo entre datos del SIG-EPI y WinSIG, que está desarrollando la OPS), para relacionar geográficamente y representar gráficamente la ubicación de necesidades, recursos y servicios de salud. Complementariamente, se dispone de otras herramientas de análisis útiles en planificación estratégica y desarrollo organizativo tales como la construcción de mapas políticos, la red de eslabonamiento estratégico, la mejor alternativa a un acuerdo negociado (MAAN), la selección de estrategias (análisis FODA), el diagrama causa-efecto, y la priorización de problemas e intervenciones relevantes. Todos estos instrumentos han sido descritos detalladamente y con detenimiento por sus respectivos autores en otras publicaciones de la OPS, por lo que a continuación se presentan únicamente las características básicas de algunos de ellos.

Construcción de mapas políticos

Constituye un método para realizar análisis político de actores (mapas políticos) en un momento específico del proceso de negociación entre los diferentes actores que quieren intervenir en la transformación o mantenimiento de una situación. Este método es útil, precisamente, para conocer el grado de influencia de cada uno de ellos, la capacidad de acción que poseen y la dirección en que actúa en apoyo u oposición al actor central.¹⁵

Red de eslabonamiento estratégico

Este método cumple una función similar y complementaria al mapa político, ya que facilita identificar y analizar relaciones entre los actores clave vinculados con un problema o una situación que es objeto de negociación, identificando sus funciones, los recursos que poseen y la forma en que están dispuestos a utilizarlos.¹⁶

Con esta técnica se construye y analiza una matriz de relaciones entre los actores clave de una negociación, que conforman la red de eslabonamiento de aquellos que quieren o pueden influir en el éxito con que la organización o su dirección responde a una situación específica; el análisis e interpretación de dicha red considera criterios de evaluación que influyen en la forma en que el negociador puede relacionarse de manera óptima con cada actor. Además, apoya a la conducción estratégica cambio en la tarea de elaboración de planes de negociación y en la construcción de acuerdos alternativos.

Mejor alternativa a un acuerdo negociado (MAAN)

La MAAN facilita la construcción de un plan alternativo cuando la negociación fracase. Así, cada uno de los actores aumenta su poder de negociación, ya que ha conocido mejor su situación dentro de la negociación y, además, no queda limitado necesariamente al logro de un acuerdo.¹⁷ La MAAN constituye una herramienta muy útil en la planificación y conducción estratégicas del cambio, por cuanto facilita, flexibiliza y enriquece las posibilidades de construcción de escenarios futuros, al tiempo que facilita y optimiza las oportunidades de éxito en las negociaciones de este proceso.

Selección de estrategias de mejoramiento (análisis FODA)

Antes de seleccionar una estrategia, es necesario analizar el ambiente, valorando las fuerzas internas y externas que van a intervenir como factores condicionantes en pro o en contra del desarrollo de las estrategias planteadas. Con la aplicación del análisis FODA (fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas) se facilita la selección de actividades o estrategias adecuadas para obtener los mejores resultados y optimizar el uso de los recursos.¹⁸

Diagrama causa-efecto

El diagrama de Ishikawa, conocido también como la *espina de pescado*, permite elaborar una red para explicar las principales relaciones causa-efecto en una situación problemática que se analiza, analizando colectiva o individualmente sus causas primarias y secundarias sus posibles efectos.¹⁹ Por sus características, es particularmente útil para realizar estudios de situación en el momento del diagnóstico o en evaluaciones que se realicen durante el desarrollo de un proceso participativo de cambio realizado con enfoques estratégicos.

Priorización de problemas e intervenciones relevantes

Se dispone de diversos métodos de planificación de procesos basados en enfoques participativos, que simplifican y facilitan el ordenamiento y relación de sus elementos integrantes y son útiles para focalizar y priorizar intervenciones. Por añadidura, se pueden utilizar métodos de jerarquización de problemas y objetivos derivados de la aplicación del marco lógico,²⁰ como el *árbol de problemas*, el *árbol de objetivos* la programación para mejorar el rendimiento (PMR), o la matriz de posición y evaluación de la acción (PEEA).²¹

Seguimiento y evaluación de los cambios institucionales

Para evaluar y monitorizar un proceso de cambios es importante fijar de antemano cuatro temas: 1) los hitos o metas estratégicos clave o trazadores, 2) los indicadores de avance y resultados para monitorizar el grado de cumplimiento, 3) las instancias formales de revisión participativa, y 4) las formas y la periodicidad con que se van a notificar los avances.

Consolidando el proceso de cambio

Es esencial que los procesos de cambio puedan ir consolidando sus avances y que éstos se vayan independizando de sus líderes. No es inusual ver procesos que se detienen o revierten por un cambio de liderazgo. Con ese propósito, las conductas y los procesos han de estar determinados por impulsos internos, no por la continua presión ejercida desde el exterior que deba ejercer un líder sea por su carisma o por la autoridad moral o administrativa que es capaz de ejercer. En ello es de capital importancia que la organización desarrolle incentivos morales, sociales o económicos permanentes e institucionales y que las modificaciones de las prácticas queden debidamente protocolizadas y formalizadas.

En la consolidación de cambios culturales también desempeñan un papel primordial los incentivos. Así, se pueden institucionalizar mejoras económicas con relación a sistemas de evaluación de desempeño en las cuales se hayan priorizado claramente las nuevas conductas. También pueden institucionalizarse sistemas de reconocimiento, como premios y distinciones de diversa índole con relación al logro de metas. Tal como se señaló en capítulos precedentes, cambios trascendentales tales como la descentralización de la gestión clínica en centros de responsabilidad, podrán consolidarse en el tiempo si las consecuencias (incentivos) se logran asociar con los resultados de la gestión.

Conclusiones

Los pilares de la gestión del cambio hospitalario son:

- Señalar una misión y hacer que sintonice profundamente con los valores de las personas que trabajan en el hospital.
- Definir con exactitud el punto actual y el deseado y transformarlo en sueño colectivo (visión) que provoque tal tensión que impulse el aprendizaje y el cambio.
- Definir un plan que organice recursos y energías, dé sentido de proceso, marque los hitos y retroalimente constantemente el proceso.
- Elegir a un líder y a su equipo, para que estimulen la creatividad de todos los actores clave de la organización, fomenten una cultura del aprendizaje y afronten adecuadamente las dificultades.

Bibliografía

- 1 Silió F, De Manuel Kenoy E. La gestión del cambio en los servicios sanitarios. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1998.
- 2 Bennis W. Changing organizations. New York: McGraw Hill; 1996.
- 3 Dixit AK, Nalebuff BJ. Pensar estratégicamente. Barcelona: Antoni Bosch; 1996.
- 4 Beckhard R. Estrategia de desarrollo organizacional. México, DF: Fondo Educativo Interamericano; 1973.
- 5 Artaza O, Montt J, Vásquez C. Estructura y recursos humanos en un hospital público chileno. Rev Panam Salud Pública 1997;5:342-351.
- 6 Marín JM, Melgar A, Castaño C. Teoría y técnicas de desarrollo organizacional. Vol. III. Guatemala: Organización Panamericana de la Salud; 1990. (Documento PSDCG-T.10.)
- 7 Comité Interministerial de Modernización de la Gestión Pública, Ministerio Secretaría General de la Presidencia. Dirección y gerencia pública: gestión para el cambio. Santiago de Chile: Ministerio Secretaría General de la Presidencia; 1998.
- 8 Stevenson N. Por qué se resiste al cambio. Revista C&D 2000;julio:18-20.
- 9 Lagos CR. Desarrollo organizacional en Latinoamérica. Perspectivas, estrategias y experiencias de desarrollo organizacional e institucional para afrontar los desafíos del cambio. Capítulo III:86-126. Guatemala: Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá, Organización Panamericana de la Salud; 1994. (Documento ME/055.)
- 10 Margulies N, Raia A. Desarrollo organizacional: valores, proceso y tecnología. México, DF: Diana; 1974.
- 11 Lagos CR. Desarrollo organizacional en Latinoamérica. Perspectivas, estrategias y experiencias de desarrollo organizacional e institucional para afrontar los desafíos del cambio. Capítulo IV:127-210. Guatemala: Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá, Organización Panamericana de la Salud; 1994. (Documento ME/055.)
- 12 Centers for Disease Control and Prevention. Epi Info 2000. Atlanta, GA: CDC; 2000.
- 13 Organización Panamericana de la Salud. Sistema de información geográfica en salud. Washington, DC: OPS; 2001. [Véanse también otros métodos en: Pineault R, Daveluy C. La planificación sanitaria: conceptos, métodos, estrategias. Barcelona: Masson, S.A.; 1994.]
- 14 Organización Panamericana de la Salud. Sistema de Información Gerencial. Manual de operación del WINSIG. Washington, DC: OPS; 1999.
- 15 Crosby B. El análisis político y el sector salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1993. (Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Temas de discusión. Documento HSS/SILOS 17. Elaboración de mapas políticos:32-63.)
- 16 Ramírez JS. La red de eslabonamiento estratégica. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1993. (Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. Temas de discusión. Documento HSS/SILOS 17:32-62.)
- 17 Fisher R, Ury W. Obtenga el sí. El arte de negociar sin ceder. México, DF: Compañía Editorial Continental, S.A.; 1984.

- 18 Weirich H. The TOWS Matrix: A tool for situational analysis. Long Range Plann 1982;15:54-66.
- 19 Ishikawa K. Guide to quality control. Tokyo: Asian Productivity Organization; 1982.
- 20 Gesellsdrafft Fuir Technische Zusammenarbeit. ZOPP: una introducción al método. Frankfurt: Deutsche GTZ; 1983:1-34.
- 21 David FR. La gerencia estratégica. Análisis y selección estratégicos. Bogotá: LEGIS Editores SA, Fondo Editorial Bogotá; 1988:183-215.

Capítulo 8

La gestión de la calidad

En los últimos años, es notorio el gran auge que ha tenido el tema de calidad y los diferentes métodos empleados para conseguir prestar servicios de calidad. Si bien la calidad ha sido una preocupación permanente de todos los profesionales de la salud, en algunos ámbitos se ha difundido la idea equivocada de que la calidad se da por sí en la atención, que se mejora solamente con la voluntad de hacerlo o que es un problema que se resuelve a través de auditorías y sanciones.

Los prestadores de servicios de salud tienen frente a ellos a usuarios cada vez más informados y exigentes, que comparan y escogen las diferentes opciones que les ofrecen prestadores y aseguradores. Los administradores son más conscientes de los altos costos de la falta de calidad y están sometidos a una gran presión para ser productivos por la escasez de recursos en los sistemas de salud. Por ello, surge un nuevo interés por la calidad donde, además de estrategias tradicionalmente utilizadas como la auditoría, se busca aplicar a la salud una serie de herramientas gerenciales a partir de experiencias acumuladas en otros campos, que destacan la importancia del liderazgo de la alta dirección y el trabajo permanente en equipo.

En la actualidad la atención en salud es objeto de gran preocupación por el control de costos, el plan de servicios ofrecido, el dinero que reciben los aseguradores de riesgo por cada asegurado, las tarifas, la forma de contratación de servicios y las dificultades financieras por las que usualmente atraviesa el sector salud. La experiencia mundial en relación con la eficiencia en salud ha demostrado que un excesivo interés por la producción y el control de costos produce resultados exitosos, pero con un grave riesgo potencial para la calidad de la atención.^{1,2} En muchos países no existen incentivos que favorezcan a aquellas instituciones que ofrecen atención de mejor calidad. Esto podría hacer que la búsqueda de eficiencia y la ampliación de la cobertura en la atención en salud acarreen como consecuencia no deseada un descenso de la calidad. Por ello, la mejora de la eficiencia y la producción en salud debe acompañarse de una vigilancia y mejoramiento permanentes de la calidad de los servicios, de tal manera que el esfuerzo se oriente hacia las decisiones que tengan en cuenta las relaciones entre el costo y el beneficio de las prestaciones y hacia el desarrollo organizativo en un ambiente de mejora continua de la calidad de la atención.

Algunos países de América Latina han iniciado recientemente importantes esfuerzos institucionales por elevar la calidad de la atención de la salud. Sin embargo, a los programas de garantía de calidad de la Región les queda un largo camino por recorrer. En el marco de los procesos de reforma del sector salud son aún pocos los países que han logrado avances significativos en la organización y puesta en marcha de programas o mecanismos estables de garantía de la calidad. Sin embargo, se identifica una tendencia clara, aunque incipiente, hacia la superación de la etapa de las experiencias aisladas y hacia el fortalecimiento de estrategias de garantía de calidad integradas en el conjunto de intervenciones de las reformas del sector salud.³

Definiciones y dimensiones de la calidad

Enfoques conceptuales

En los artículos publicados sobre este tema se distinguen tres niveles en los conceptos de gerencia de calidad:

- El primero es el del control de la calidad, con el cual se busca la conformidad de un producto o servicio con las normas establecidas. El método consiste en prever lo que se hará, escribir lo que se prevé, hacer lo que está escrito, controlar y corregir las disparidades, y llevar un registro por escrito. Este método se resume en la espiral de Deming (planificar-hacer-controlar-actuar), que se abordará más adelante.

- El segundo es el de la garantía de la calidad, con la cual se busca la confianza en la obtención de la calidad. Con ese fin conviene demostrar que se respeta el método señalado en el párrafo precedente y garantizarlo mediante un control externo (fiscalización, certificación, acreditación, etiquetado).
- El tercero y último nivel es el de gestión o gerencia para la calidad, definido por la ISO como <<modalidad de gestión de un organismo centrada en la calidad, basada en la participación de todos sus integrantes, que busca el éxito de largo plazo mediante la satisfacción del cliente y ofrece ventajas para todos los integrantes del organismo y para la sociedad>>.

Principios básicos

Es posible articular una visión de la calidad en torno a principios rectores, tales como equidad, eficacia, eficiencia y enfoque de cliente.

La equidad es un principio distributivo de beneficios y de acceso al sistema, que encierra un sentido de solidaridad condicionado principalmente por las características de las necesidades del usuario y de los factores del medio. El acceso, sin limitaciones físicas, culturales, económicas o de otra naturaleza, privilegia el concepto de red de servicios y el fortalecimiento de los mecanismos de referencia del sistema de salud.

La eficacia se refiere especialmente a la aplicación y combinación en condiciones ideales de recursos y tecnología para producir un impacto específico en la situación de salud. De nuevo, el concepto de equilibrio implica que el impacto es individual, pero tal vez más importante, social. La eficacia involucra, por una parte, la aportación agregada de la institución a la solución del problema social (salud y sus condicionantes sociales) mediante sus procesos de planificación y gestión global de recursos y, por otra, la relación individual con el paciente, donde la calidad clínica es fundamental.

La eficiencia se refiere a la aplicación de los recursos, de tal manera que se pueda obtener el mejor producto, social o individual, al menor costo posible. La aplicación de este principio demanda una visión distinta de la que prevalece en el contexto hospitalario. Se hacen necesarios procesos educativos y de investigación para establecer las relaciones de costo-beneficio de acciones inmediatas cuyo impacto social no tiene la inmediatez del tratamiento de la enfermedad.

Finalmente, el enfoque de satisfacción del cliente supone una acción que produzca la satisfacción del usuario ante un servicio que se le brinda en condiciones compatibles con la dignidad personal y acorde con sus propios valores. La satisfacción del cliente puede implicar aspectos objetivos y subjetivos, en los cuales intervienen las percepciones de los actores que prestan y reciben servicios.

La calidad de la atención es específicamente una manifestación de la combinación de estos principios, en la cual ninguno de ellos tiene un comportamiento independiente, aún cuando la equidad depende de factores propios de la prestación del servicio médico y de la distribución de los recursos que se traducen en beneficios individuales o sociales. La eficacia guarda relación con la aplicación en condiciones ideales de tecnología, pero también de los recursos y de la infraestructura, y la eficiencia está asociada con la gestión de los sistemas de salud. La satisfacción del usuario depende en gran medida de los tres principios anteriores, pero igualmente encuentra componentes propios en los patrones culturales y percepciones sociales de la salud. El punto que ha de subrayarse es que las fortalezas o debilidades de cualesquiera de estos principios fortalece o debilita a los restantes.

El desarrollo de una visión de calidad en torno a estos principios tiene el potencial de facilitar y promover un equilibrio institucional sustentado en la calidad del acto clínico, el respeto a la dignidad del usuario, la eficiencia de los procesos internos de gestión y la proyección social del hospital. Su aplicación, sin embargo, no está exenta de dificultades. Por una parte, la visión de calidad debe ser articulada por la dirección del hospital, pero compartida por todo el personal de la institución. De lo contrario, ésta se vertebra en torno a la visión limitada de la relación médico-paciente y no en la perspectiva más amplia de la relación hospital-sociedad. Por otra parte, la percepción de cómo la eficiencia afecta la calidad de la salud individual y colectiva a menudo representa un conflicto, expresado en las dicotomías frecuentes entre la gestión clínica y la gestión administrativa. La visión integral de la calidad en los términos enunciados constituye una forma de superar el frecuente sesgo del director hacia su formación clínica en detrimento de su papel principal de gerente de procesos y recursos.

Para mejorar el conjunto de las características de equidad, eficacia, eficiencia y satisfacción del cliente, es necesario plantear procesos diferentes a los tradicionales. Primero, es esencial tener una visión integral del cambio que incorpore como punto central un proceso y una cultura de calidad. Segundo, esa visión tiene que ser compartida por la mayor parte del personal. Tercero, se deben desarrollar aplicaciones selectivas y estratégicas de la calidad para generar credibilidad entre el personal y los usuarios. Por último, la equidad, la eficacia, la efectividad, la eficiencia y el enfoque de satisfacción del cliente deben tener una expresión concreta, objetiva y en lo posible cuantitativa.

Definiciones

Numerosos autores de renombre han elaborado diferentes definiciones de calidad que no son mutuamente excluyentes. En sus diferencias y semejanzas hay gran posibilidad de enriquecerse y aprender sobre el concepto de calidad.

El Dr. Avedis Donabedian, la persona más reconocida mundialmente en el tema, la define como <<lograr los mayores beneficios, con los menores riesgos posibles para el paciente, dados unos recursos>>.⁴ La Dra. Heather Palmer, de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, la define como <<la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional óptimo, que tiene en cuenta los recursos disponibles y logra la adhesión y satisfacción del usuario>>,⁵ y el Dr. Vicente Falconi provee una definición general de calidad para cualquier servicio o producto: <<atender perfectamente, de manera confiable, de manera accesible, de manera segura, y en el tiempo exacto las necesidades de un usuario>>.⁶

Dimensiones de la calidad

En las definiciones anteriores del concepto de calidad existen varias dimensiones que merecen ser consideradas en detalle. La primera es la dimensión técnica, que consiste en la mejor aplicación del conocimiento y la tecnología disponibles en favor del paciente. Es aquella que tradicionalmente han privilegiado los profesionales de la salud, y que depende fundamental pero no exclusivamente de sus cualidades y capacitación.

La segunda dimensión es la seguridad, que se mide en el riesgo que acarrearán los servicios ofrecidos para el paciente. Ésta depende de su condición, de la eficacia de la estrategia definida y de la destreza con que se aplique. A partir de un momento dado en la atención de un paciente, los servicios que se añaden pueden traer un aumento mucho mayor de riesgos que de beneficios, por lo cual una medida de calidad debe ponderar en qué grado se logró el equilibrio más favorable entre ellos. Sobre este particular se hace hincapié en que no deben lograrse beneficios para un paciente a costa de aumentar los riesgos a él o a terceros.

La tercera dimensión de la calidad es el grado en que el servicio satisface las necesidades sentidas del usuario. Donabedian considera que la relación interpersonal con el paciente y las características del lugar en que se preste la atención deben reflejar respeto por el paciente y permitir su privacidad y comodidad. Esta dimensión es parte integral de la calidad de la atención, ya que puede influir decisivamente en la aceptabilidad por parte del paciente y, por ello, en el éxito de la atención y en los beneficios que brinda.⁴ Palmer añade a esta dimensión la facilidad de acceso.⁵ Algunos textos distinguen esta <<calidad sentida o percibida por el usuario>> de la <<calidad técnica>>, que atañe más bien al territorio de los profesionales. Sin embargo, algunos autores han apuntado que también los usuarios, incluso aquellos con un aparente bajo nivel de conocimientos médicos, son capaces de juzgar el acto médico.⁷ De esta manera, la <<calidad sentida o percibida por el usuario>> comprendería no solamente aspectos tales como la comodidad, el trato, la privacidad, el tiempo de espera, sino también que el usuario es capaz de *percibir* aspectos de la calidad técnica desde su propia perspectiva y sus valores.

La cuarta dimensión es el costo racional de la atención, entendiendo su estrecha relación con los beneficios y los riesgos que se derivan de ella. Mejorar la calidad puede redundar en un aumento de los costos, pero el uso innecesario o inadecuado de servicios aumenta los costos sin acrecentar la calidad, dilapidando recursos que podrían ser utilizados para lograr mayores beneficios sociales y cuyo costo afecta al acceso y la continuidad. Así, si se suprimen servicios inútiles y se producen otros de manera más eficiente, todo prestador o asegurador puede invertir en calidad.

Es importante resaltar, como lo hace Donabedian,⁴ que la satisfacción de los proveedores de la atención es una causa principal de su buen desempeño, por lo cual es un condicionante fundamental de la calidad. Por añadidura, la calidad alcanza distintos grados y puede analizarse desde diferentes ópticas. El profesional o los grupos de profesionales juzgarán los procedimientos que deben emplearse, la técnica, el juicio diagnóstico y los resultados de la atención a un usuario. Éste evaluará los beneficios de su atención por medio de variables objetivas y subjetivas, como el trato que recibió, el lugar donde fue atendido, la oportunidad, la confianza que le generó el prestador del servicio y el resultado obtenido, y muchos juzgarán también los aspectos técnicos desde su propia perspectiva. Por ello, la capacidad de educar al usuario para que participe en las decisiones relativas a su atención es una característica sobresaliente de calidad. Finalmente, al considerar la atención de salud como un bien público, cuyos beneficios y riesgos sobrepasan al propio individuo, la sociedad debe evaluar la calidad de la atención como el agregado de beneficios que obtenga toda la población, dando preferencia en el juicio que se emita sobre la calidad a procedimientos que puedan satisfacer las necesidades de muchos, incluyendo la equidad y el acceso.

La calidad es, por tanto, un concepto relativo que demanda unos puntos de referencia para hacer comparaciones (estándares). Estos estándares reflejarán un consenso y una valoración social sobre el modo de obtener mayores beneficios para un paciente o para toda la población.

La preocupación por mejorar la calidad debe existir y puede ser evaluada por cada proveedor que preste individualmente un servicio, por un grupo de ellos que participe en la atención, por una institución que los agrupe, por las empresas que contraten sus servicios, por los usuarios, a nivel individual o en grupo, o por una localidad, municipio, departamento o país.

Calidad: el espacio del qué hacer y el del cómo hacerlo

Al definir la calidad en sentido lato, Juran la planteó como <<hacer lo correcto de manera correcta, de inmediato>>.⁸ Aparecen así dos espacios de análisis: el primero se refiere a la calidad entendida como *qué hacer*, y el segundo, como *cómo hacerlo*. Puede añadirse que estos

espacios habrán de plantearse en referencia a lograr la satisfacción del usuario, tanto a nivel individual como colectivo.

El espacio del qué hacer respecto al usuario colectivo e individual

Para que la calidad pueda darse en una perspectiva más amplia que la del acto clínico, deben existir relaciones de coherencia entre tres elementos fundamentales: la situación de salud de las personas, como problema específico, la situación social, como condicionante de la salud, y la situación institucional, como determinante de la respuesta al problema de salud. Esta coherencia permite que el sistema en su conjunto sea capaz de dar una respuesta efectiva que resuelva no sólo las manifestaciones más evidentes de la salud (la enfermedad individual), sino también sus causas subyacentes. Por ello, tendría poco sentido e impacto atender aisladamente el problema de la calidad clínica de la atención, si el sistema es desde el punto de vista social incapaz de producir un impacto razonable en función de los recursos invertidos en la salud y de los condicionantes sociales de la situación de salud.

Las relaciones de coherencia, esenciales como marco para la calidad, están condicionadas por la concepción política de la respuesta a los problemas de salud que se expresa en los modelos aplicados del sistema de salud. En la Región, muchos de estos modelos privilegian la organización de los sistemas de salud en torno a la separación de tres funciones principales: la conducción política (rectoría y regulación), el financiamiento y la prestación de servicios. La experiencia es reciente y difícil de caracterizar, pero tal parece que el eslabón más frágil es el de la conducción política y, por tanto, en él predomina la relación entre el ente financiero y el sistema de prestación de servicios. A su vez, el sistema de prestación de servicios adolece de algunos viejos problemas, cuyo peso relativo define el carácter del sistema de salud en su conjunto. En efecto, la presencia del hospital sigue siendo predominante, por su ubicación en los centros urbanos, la exposición de sus problemas en los medios de comunicación, el acceso a los centros de poder y la capacidad para expresar sus problemas en torno a la escasez de recursos, un tanto al margen de la eficiencia. Se presenta en consecuencia una situación de concentración de recursos inversamente proporcional a la contribución que el hospital aporta a la salud y al bienestar. De hecho, la prominencia económica e institucional de los hospitales imprime a la planificación de los sistemas de salud un carácter reactivo y una orientación biológica cuyas consecuencias sociales han sido ampliamente expuestas en la bibliografía sanitaria latinoamericana, tal como se expuso en capítulos precedentes.

Paralelamente, la práctica de la salud pública se debilita y comienzan a surgir dudas sobre la capacidad de los nuevos modelos para afrontar acciones tradicionalmente consideradas costo-efectivas de promoción de la salud y prevención de enfermedades transmisibles. La investigación de contactos en ciertas enfermedades transmisibles, la promoción de medidas preventivas cada vez que se producen contactos con grupos especiales de riesgo y la promoción de estilos saludables constituyen acciones que no encuentran el espacio apropiado en instituciones preocupadas muchas veces por la reducción de costos y el cumplimiento de los compromisos de gestión regulados por el financiamiento. Algunos países han hecho nuevas inversiones en infraestructura para fortalecer la atención primaria y mantener acciones tradicionales de salud pública consideradas de bajo costo y alta efectividad. Con frecuencia, estas decisiones conllevan la intención no siempre explícita de aliviar la congestión de los hospitales urbanos, sin atacar a fondo los problemas sustantivos que la generan.¹ Además, la cultura institucional prevaleciente se infiltra a la larga en dichas instituciones, generando formas de comportamiento similares a las del sistema hospitalario. De nuevo, se nota una resistencia a la acción comunitaria, la promoción y la prevención.

¹ El Capítulo 10 sobre financiamiento ilustra la ineficiencia como un factor limitante de la capacidad de oferta de servicios hospitalarios.

Si el producto que las instituciones y el sistema de salud ofrecen (el *qué hacer*) no guarda una relación de coherencia con las características sociales y epidemiológicas de la población, el impacto de cualquier otro elemento de calidad de la atención es exiguo. No obstante, se encuentran grandes limitaciones en el plano de los instrumentos que permiten medir o caracterizar objetivamente esa relación.

En ausencia de instrumentos de análisis y de control de esta coherencia, las instituciones mantienen, algunas veces durante décadas, un producto inapropiado para la naturaleza del problema e invierten cuantiosos recursos en acciones que poco aportan al desarrollo y al bienestar de la población. Las pruebas disponibles parecen indicar que éste es y ha sido el meollo de la crisis e incluso la raíz del conflicto ideológico sobre la función del Estado en el sector social. Los indicadores hablan por sí mismos: en décadas recientes el sector salud ha tenido, aún durante la llamada década perdida, aumentos importantes de recursos, pero el problema de salud ha mantenido sus características básicas.

¿Qué hacer entonces para dar coherencia a estas relaciones, de tal manera que se puedan realizar progresos sustantivos en la calidad como un medio hacia la excelencia y la competitividad? Primero, es necesario plantear el problema en los foros internacionales y que se promueva una actitud crítica frente a los modelos vigentes. En este esfuerzo existen serios riesgos y posibilidades. El reto principal es encontrar formas de reencauzar los modelos y los sistemas, para corregir algunas deficiencias obvias y hacerlo con la prontitud necesaria, de tal manera que el deterioro social de la salud se pueda corregir a tiempo.

Segundo, es menester replantear la problemática hospitalaria y sus soluciones, acaso rescatando los diagnósticos que no escasean en América Latina y el Caribe, y que con frecuencia han sido soslayados en los procesos de modernización. La medicalización de la salud, el desequilibrio en la distribución de los recursos, el síndrome de la escasez de recursos,¹¹ la segmentación, desintegración y deficiencias en la capacidad de trabajo en red de nuestros sistemas, y otros problemas están ampliamente documentados en la bibliografía sanitaria de la Región.

Tercero, es necesario rescatar los principios tradicionales de la salud pública y aumentar su presencia en la distribución de los recursos. En este sentido, es menester afinar los conceptos que regulan los compromisos o acuerdos de gestión, de tal manera que incorporen medidas de alto beneficio social y bajo costo relativo en el campo de promoción, la prevención y la proyección social y comunitaria de las acciones hospitalarias. Esto no es fácil, especialmente cuando el recurso invertido en la salud se ve en función de su efecto inmediato (por ej., la restauración de la salud individual) y no de su impacto social a corto, mediano y largo plazo (por ej., estilos de vida saludables, la lucha contra las enfermedades transmisibles, etc.).

A partir de una mejor caracterización de las necesidades de salud de la población, tanto en sus manifestaciones externas como en sus causas subyacentes, es preciso preguntarse si la composición de los programas (asociada con la estructura de recursos) es la adecuada para producir el cambio que se desea en las condiciones de salud de la población. En este proceso es posible encontrar formas más efectivas y a un tiempo económicas —no necesariamente alternativas, sino complementarias— de tratar el problema en sus causas fundamentales y observar, a corto, mediano y largo plazo, un impacto real en la transformación del problema de la salud.

¹¹ Este síndrome surge cuando se establece una relación *a priori* entre la presencia de un problema y la escasez de recursos. Por las razones consignadas, es frecuente que el hospital genere situaciones de crisis que se afrontan mediante la incorporación de recursos frescos son atacar las causas fundamentales. El resultado es que los problemas se mantienen, pero los niveles de ineficiencia tienden a aumentar.

La calidad es un proceso que trasciende la mera relación directa entre el médico y el paciente, aún cuando esta relación constituye un eslabón crítico del proceso que empieza por las relaciones de coherencia entre situación de salud, situación social y situación institucional, y que incluye procesos administrativos y logísticos que sientan las bases para que ciertos recursos esenciales tengan las características que exige la efectividad del acto médico y fluyan de forma oportuna.

En la dimensión del servicio es necesario desarrollar mecanismos para conocer las necesidades y expectativas de los usuarios y la forma como éstas se traducen en características de la atención. Con respecto a las expectativas, se ha de analizar el trato, la información recibida por el beneficiario y la facilidad de acceso, la oportunidad de respuesta, los tiempos de espera, así como las condiciones en que se presta la atención: el orden, el aseo, la comodidad y la intimidad; y si se tienen mecanismos sistemáticos de capacitación al usuario para hacerlo participe de las decisiones referentes a su propio cuidado.

El espacio del cómo hacerlo

Una vez definido el *qué hacer*, para responder a las necesidades del usuario o cliente en su dimensión colectiva e individual, el siguiente momento del enfoque de la calidad corresponde a establecer la forma adecuada en que las acciones escogidas de atención en salud deben llevarse a cabo. En este punto se introduce una idea fundamental: la atención en salud no puede prestarse de cualquier manera, ni del modo que le parece adecuado a cada proveedor de salud, sino que es necesario establecer una forma *correcta* de prestarla. Esta manera *correcta* se expresa en lo que se ha venido en llamar *estándares de calidad*. Un estándar de calidad representa un consenso sobre las características óptimas que debe tener un determinado insumo, proceso o resultado en la prestación de un servicio de salud. Tal consenso a menudo se fundamenta en el conocimiento o las pruebas o datos científico-técnicos (*evidence*), en un equilibrio con las necesidades y preferencias del usuario, dentro de los límites impuestos por las posibilidades del contexto. En este sentido, los estándares de calidad no son estáticos, sino que están en constante evolución y perfeccionamiento en dependencia de los avances de las bases en las que su definición se sustenta.

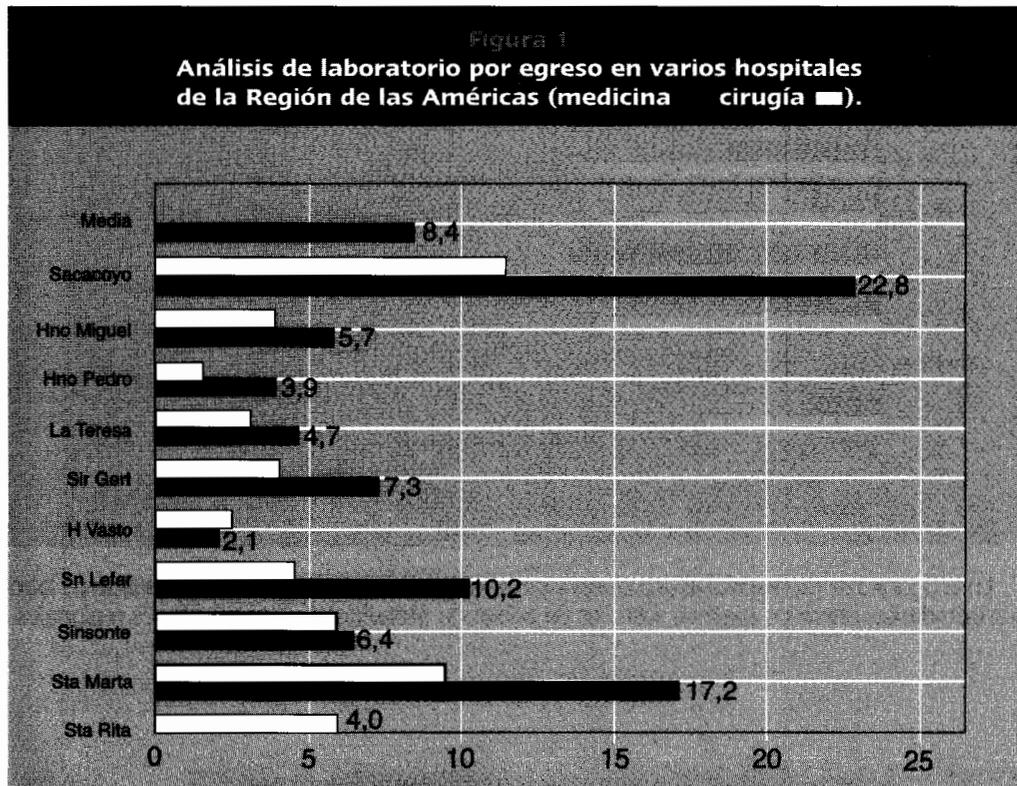
Puede decirse genéricamente que un estándar es <<Un estado de la calidad esperada>>, <<alguna cosa considerada por una autoridad o por el consenso general como una base de comparación>>, <<un modelo probado que es usado como base para emitir un juicio>>. Según otras definiciones <<Son las señales que se pueden utilizar y ayudan a orientar el desempeño; por lo tanto es necesario que estén bien definidas, claras y conocidas por todos>>. <<Son los requisitos y exigencias previamente conocidos y aceptados, con los cuales medimos la calidad de la atención>>. ⁹ Para el *proyecto de garantía de calidad* (QAP), un estándar de calidad <<es una declaración de la calidad esperada, expresada como pautas de ejecución, especificaciones, guías de práctica clínica, protocolos, procedimientos administrativos o gerenciales>>. ¹⁰ En algunas ocasiones, *norma* es otro término general utilizado para describir varios tipos de estándares, por lo cual se considera sinónimo.

Es evidente que el concepto de estándar refleja un acuerdo definido de manera consensuada por un grupo *ad hoc*. En este sentido, los estándares no serían verdades universales, sino acuerdos sobre la mejor manera de organizar y ejecutar las acciones que conduzcan a la obtención de los resultados que se buscan. Esto es verdad incluso para el caso de los estándares clínicos, que a pesar de estar basados en el conocimiento de la ciencia biomédica, suelen ser objeto de importantes debates antes y después de ser establecidos en un contexto determinado. Los estándares son útiles para los siguientes propósitos:

1. Para hacer una declaración explícita de la calidad esperada, del proceso de la atención y de sus productos.
2. Para identificar las deficiencias en los insumos, procesos y resultados.
3. Para indicar quién debería estar ejecutando determinadas partes del proceso y de qué forma.
4. Para medir la brecha entre el desempeño real y el esperado o previsto por la organización y encontrar oportunidades de mejora de la calidad.

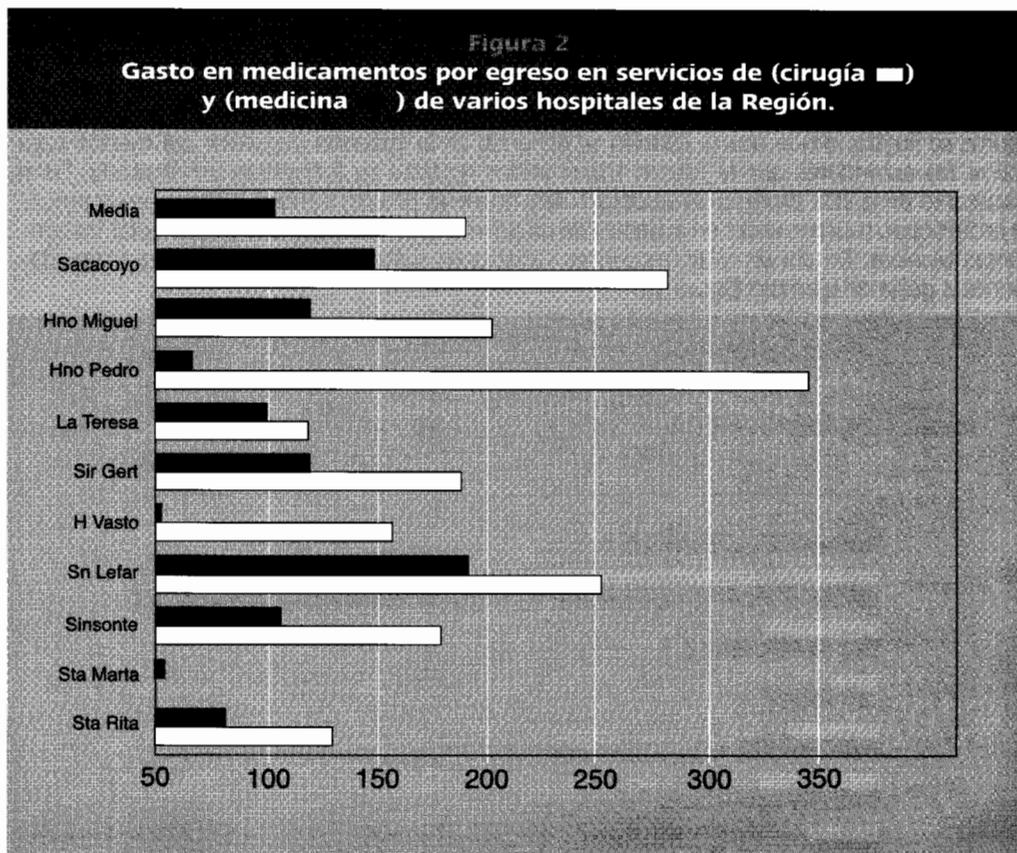
Frente a una cultura de actuación en contextos institucionales caracterizados por la indiferencia, la subjetividad o la incertidumbre, los estándares, los protocolos y las guías prácticas de atención establecen parámetros para actuar en el espacio y el tiempo. En ellos se debe enmarcar la acción individual y colectiva de la institución para lograr resultados o productos cuyas características han sido previamente estipuladas con claridad y objetividad.

En ausencia de estos estándares, cada agente de prestación de servicios crea su propio patrón de atención, esto es su propio estándar o protocolo que puede o no coincidir con el estado actual del conocimiento y de la tecnología. De otro modo no se explican las marcadas variaciones en la práctica clínica bajo condiciones aparentemente similares. En las siguientes figuras se ilustra lo que ocurre cuando se depende de la iniciativa particular del médico para aplicar los estándares que le fueron transmitidos durante su formación universitaria. En el transcurso de la vida profesional se desarrollan nuestras propias concepciones sobre la práctica profesional, muchas veces en ausencia de un patrón estandarizado que pueda guiar las conductas técnicas. De ahí las muy frecuentes variaciones sustanciales, que se ilustran seguidamente a guisa de ejemplo (figura 1).



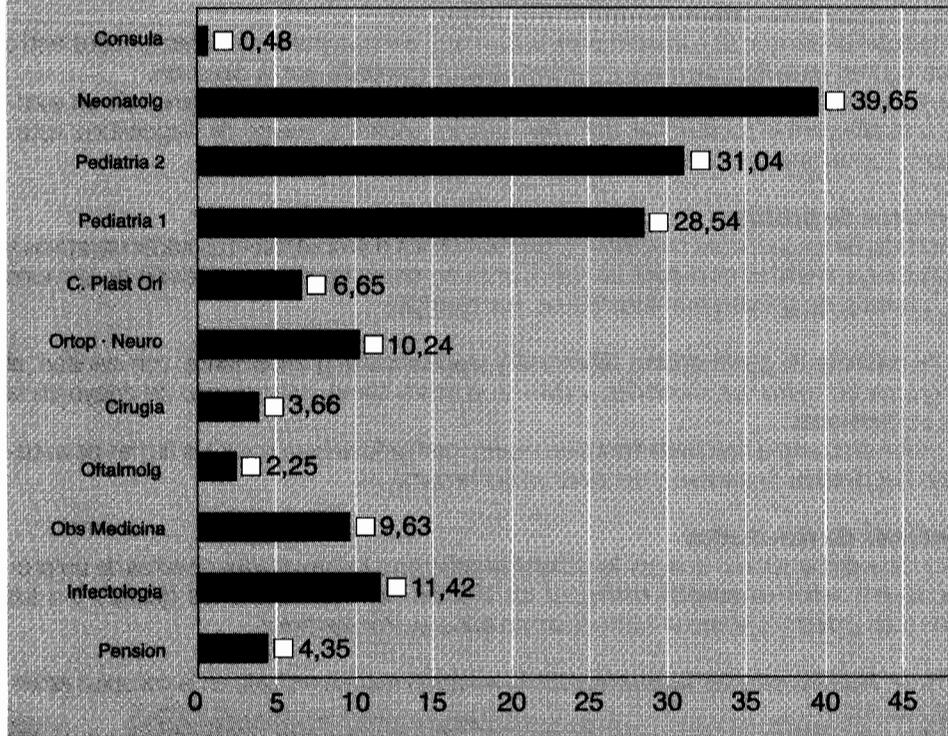
De los estándares para la atención directa y para otros procesos auxiliares diagnósticos y terapéuticos, así como de los administrativos, se generan indicadores de insumos, proceso y resultado que permiten evaluar la calidad de la atención. La aplicación de métodos cuantitativos confiere una característica especial a los logros en calidad y los torna objetivamente verificables. De otro modo, la evaluación de la calidad se reduciría a la aplicación de criterios subjetivos y apreciaciones personales que tienen una frágil base objetiva y científica.

Veamos sólo dos ejemplos. En la figura 2 se ilustran las variaciones en la dotación de medicamentos por unidad de producción, en la misma especialidad, entre hospitales regionales de un país pequeño de la Región, presumiblemente con una estructura de necesidades muy similares. De hecho, muchos de estos hospitales se encuentran relativamente cercanos, lo cual confirma la sospecha de uniformidad socioeconómica y epidemiológica.



En la figura 3 se representa el uso de un instrumento crítico de diagnóstico, el servicio de laboratorio clínico, entre los mismos sectores de población atendidos por los hospitales regionales.

Figura 3
Porcentajes de exámenes de laboratorio por consulta de un hospital pediátrico de la Región. (Datos SIG, 1999).



Aunque en años recientes ha aparecido y aumentado una tendencia hacia la estandarización en América Latina, la inmensa mayoría de los hospitales no cuentan aún con protocolos ni estándares para enfermedades y prestaciones específicas. Por ello, es frecuente escuchar afirmaciones sobre la calidad de la atención cargadas de subjetividad. Dos obstáculos importantes que se han observado son, por un lado, la cultura institucional que privilegia el individualismo en la práctica médica hospitalaria en detrimento del trabajo en equipo y, por otro, la opinión personal del médico de la más alta jerarquía en perjuicio de la medicina basada en pruebas (*evidence based medicine*) como criterio de validez y calidad técnica.

Los protocolos y guías de práctica clínica no sólo regulan las acciones más directas entre el médico y el paciente, sino también otros insumos y procesos de la atención sanitaria, lo cual los convierte en un parámetro regulador de servicios tan importantes como el quirófano, el laboratorio clínico, radiología. Por otra parte, constituyen una base científica para regular la provisión de insumos materiales esenciales (por ej., medicamentos y material médicoquirúrgico), así como de los procesos logísticos respectivos.

Los estándares pueden ser administrativos o clínicos dependiendo del campo en que se apliquen. Los estándares administrativos son declaraciones de la calidad esperada para el cumplimiento de las acciones administrativas que se desarrollan en el hospital, y los clínicos, declaraciones de la calidad esperada y relacionada con los aspectos clínicos de la atención. Ambos tipos de estándares, a su vez, pueden referirse a insumos, procesos o resultados.

Estándares de insumos (entradas)

Los estándares de insumos (entradas) declaran las condiciones deseadas de los recursos del sistema de salud, los requerimientos específicos de personal, políticas, planes, normas, procedimientos, equipos, local, muebles, materiales e insumos que sean necesarios para la entrega de servicios. Como ejemplos cabe citar los siguientes:

- a) Los medicamentos que se compran para la farmacia del hospital serán seleccionados entre los que figuren en la lista de medicamentos básicos aprobado por la dirección.
- b) Todos los consultorios de consultas externas del hospital dispondrán al menos de un escritorio, una silla para el profesional, dos sillas para los usuarios, equipo de diagnóstico, estetoscopio, formularios y material fungible.

Estándares de proceso

Son normas de ejecución de procesos de práctica clínica o procedimientos administrativos y gerenciales cuya finalidad es reducir las variaciones no deseadas en la prestación de servicios clínicos, técnicos, de apoyo y administrativos. Por ejemplo:

- a) En toda paciente de parto deberá rellenarse y representarse gráficamente, con claridad, el partograma en todas sus secciones, y éste se utilizará como instrumento de apoyo en la toma de decisiones.
- b) Toda orden de compra aprobada hasta un monto prefijado deberá llevar las firmas de autorización del director financiero y del director del hospital.

Estándares de resultados

Son aquellas declaraciones que por lo general se refieren a los resultados directos de un proceso, aunque a veces se pueden consignar los efectos indirectos sobre los clientes o a los impactos más indirectos sobre la comunidad en general. Por ejemplo:

- a) El 100% de usuarios estarán satisfechos con la atención médica recibida en la consulta externa del hospital.
- b) Todos los niños menores de 5 años del área de influencia estarán vacunados con terceras dosis de vacuna DPT.

Cuadro 1
Taxonomía de los estándares.¹¹

Estándares por		
Componentes del sistema	Campo de acción	
	Administrativo	Clinico
Insumo	Políticas administrativas: <ul style="list-style-type: none"> • Políticas de los departamentos • Reglamentos y disposiciones para el personal 	<ul style="list-style-type: none"> • Descripciones de funciones • Descripciones de equipos
Proceso	<ul style="list-style-type: none"> • Procedimientos operativos estandarizados 	<ul style="list-style-type: none"> • Algoritmos clínicoquirúrgicos • Mapas de atención • Pautas de práctica clínica • Procedimientos • Protocolos
Resultado	Resultados administrativos	Resultados clínicos o de satisfacción del usuario

Como es frecuente encontrar numerosos términos asociados con el concepto básico de estándar, a continuación se definen algunos de los usados con mayor frecuencia.

Campo administrativo. Procedimientos operativos estandarizados Son procesos de gestión que describen las etapas cronológicas que han de seguirse y las decisiones que deben tomarse en la realización de una tarea o el desempeño de una función. Sinónimo: procedimientos de gestión.

Reglamentos. Una o más declaraciones o instrucciones que especifican las decisiones y acciones que han de seguirse en situaciones específicas. Su omisión acarrea a menudo una sanción o consecuencia.

Campo clínico. Especificaciones: una declaración explícita de las características requeridas para un insumo utilizado en el sistema de atención de salud; por lo general se relacionan con los suministros, el equipo y las estructuras físicas empleadas en la prestación de los servicios de salud.

Descripciones de funciones Un documento que esboza el papel y las responsabilidades de un cargo concreto; suelen mencionarse el propósito del cargo, así como las calificaciones requeridas para desempeñarlo.

Algoritmo. Estrategias recomendadas para la gestión de pacientes y diseñadas para dirigir la toma de decisiones (por ej., diagrama estructurado, árbol de decisiones o matriz de decisiones).

Trayectorias clínicas. Son las herramientas de gestión de la atención al paciente que permiten organizar, determinar la secuencia y regular las grandes intervenciones del personal de enfermería, médico y de los departamentos en un paciente concreto (por ej., la atención del parto o una intervención quirúrgica como la histerectomía). Sinónimos: ruta crítica, mapa de atención.

Directrices de la práctica clínica. Constituyen planteamientos elaborados sistemáticamente y a menudo basados en pruebas científicas, cuya finalidad es ayudar a los médicos a tomar decisiones acerca de la atención de salud apropiada en circunstancias clínicas específicas. Sinónimos: directrices de prácticas, directrices, parámetros de prácticas.

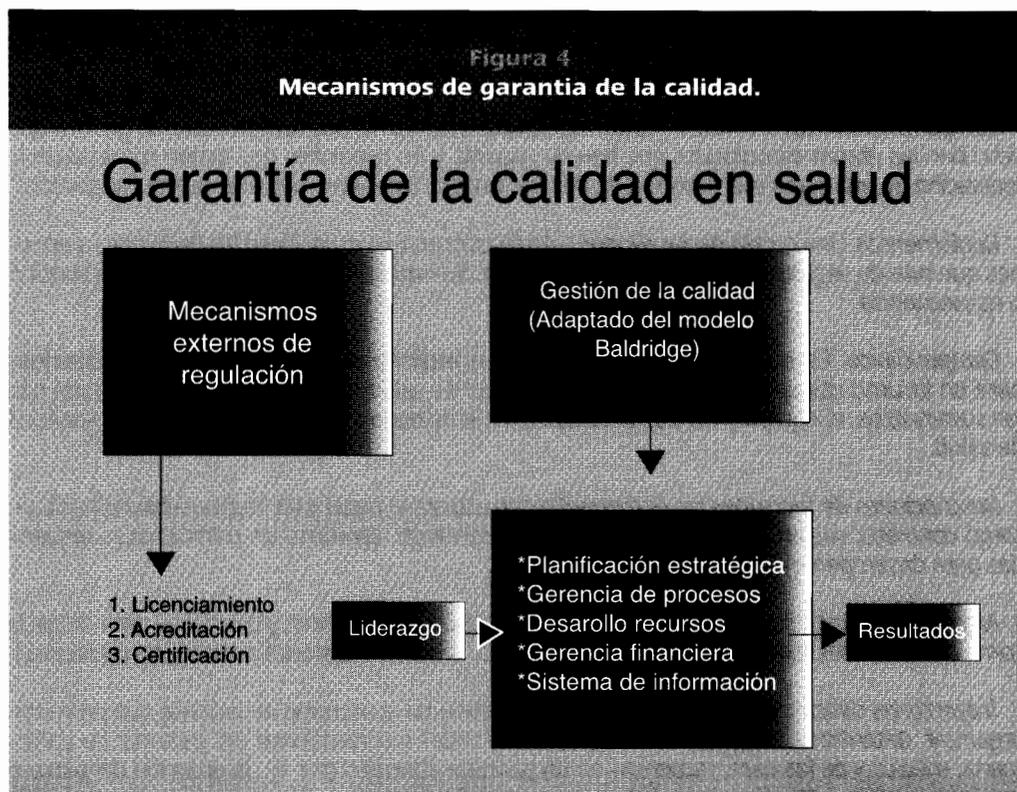
Normas. Un término utilizado en varias regiones del mundo como sinónimo de estándar.

Protocolo. Un plan o secuencia de etapas e instrucciones que deben seguirse en un estudio, una investigación, una intervención quirúrgica o un tratamiento específico.

La garantía de la calidad

Una vez establecidos los espacios del *qué hacer* y el *cómo hacer* respecto a la calidad de la atención, el siguiente momento metodológico consiste en conseguir que esta calidad se garantice operativamente. Para ello, los sistemas de salud disponen de dos tipos de mecanismos, que se ilustran en la figura 4:

- a) Mecanismos de regulación *externa* de la calidad, que generalmente actúan desde el exterior de las instituciones que prestan servicios.
- b) Mecanismos de gestión *interna* de la calidad, que se desarrollan desde dentro de la institución.



Aunque parezca obvio, es muy importante señalar que la calidad se garantiza mediante la aplicación sinérgica de ambos tipos de mecanismos. Un enfoque que privilegie a uno de ellos y olvide al otro es incompleto e ineficaz. Por ejemplo, en la actualidad es frecuente apreciar el interés que han despertado los mecanismos de regulación externa, en especial la acreditación, en el marco de la necesidad de calificar a potenciales nuevos proveedores de servicios que acceden a fondos que hasta ahora sólo se destinaban al sector público. Sin embargo, la mera calificación del grado de cumplimiento de un conjunto de estándares no garantiza la calidad de la atención, si ésta no se acompaña de un esfuerzo planificado de gestión de la calidad que permita actuar sobre las debilidades que se detecten.

Un aspecto crucial para garantizar que la calidad se mantenga y se supere es el grado y el tipo de incentivos que el hospital (como parte del sistema de servicios) ofrece en relación con niveles elevados de calidad. Si no existen incentivos adecuados y suficientes, es muy probable que la calidad se deteriore. En general, los posibles incentivos asociados con la calidad podrían entenderse como incentivos de carácter económico, ético, de satisfacción profesional, y los basados en los mecanismos de control externo.

Cabe esperar que en buena parte de nuestras sociedades los más poderosos sean los primeros. Cuando los servicios de salud son ofrecidos en el marco de la lógica del mercado, estos incentivos actúan bajo el modelo simplificado que reza *a más calidad, más clientes, a más clientes más ingresos económicos*. Este paradigma, sin embargo, no funciona cuando nos ubicamos en los servicios públicos cuyo financiamiento no está asociado con el volumen de servicios producidos, sino, por ejemplo, con presupuestos anuales asignados históricamente o

sobre la base del número de camas, como es aún el caso de numerosos hospitales en América Latina. En estas circunstancias, se produce a veces un mecanismo perverso disuasorio de la calidad, ya que los niveles más elevados de calidad significan, para el personal, *a más calidad, más usuarios, a más usuarios, más trabajo, con el mismo presupuesto y el mismo salario*. La introducción de nuevos mecanismos de financiación de hospitales con fondos públicos —basados en el volumen de producción y en el cumplimiento de estándares y metas y denominados a veces *compromisos* o *contratos de gestión*— establecen una lógica diferente que abre un espacio para introducir incentivos de financiamiento de la calidad del servicio. No obstante, es necesario y urgente que el tema y los mecanismos de la calidad se incluyan explícita y conscientemente en las nuevas modalidades de financiación, pues, de lo contrario, puede suceder que el objetivo de cumplir metas cuantitativas en los contratos de gestión se logre reduciendo costos a expensas de disminuir la calidad, en vez de hacerlo aumentando la producción derivada del aumento de la calidad y de la demanda.²¹

Mecanismos de regulación externa: licencia, acreditación y certificación¹²

La licencia. Es un proceso por medio del cual una autoridad gubernamental otorga el permiso a un médico individual o a una organización de salud para ejercer una profesión o prestar servicios de salud. Los reglamentos del licencia se establecen generalmente con el fin de asegurar que una organización o persona cumpla los estándares mínimos para proteger la salud y la seguridad pública. Los individuos suelen recibir la licencia después de aprobar algún tipo de examen o de dar pruebas de su educación. La licencia puede renovarse periódicamente superando una prueba de educación continuada o de competencia profesional. La licencia para organizaciones como las hospitalarias se otorga después de una inspección local para conocer si se han cumplido los estándares mínimos de salud y seguridad. La conservación de la licencia es un requisito continuo que la organización de salud tiene que cumplir para poder seguir funcionando y ofreciendo cuidado al paciente.

La acreditación. Es un proceso formal por medio del cual un cuerpo reconocido, generalmente una organización externa a la institución que ha de ser acreditada, valora y reconoce que una organización de salud cumple estándares publicados, aplicables y preestablecidos. Los estándares de acreditación suelen considerarse óptimos y factibles, y han sido diseñados para fomentar el mejoramiento continuo dentro de organizaciones acreditadas. La decisión acerca de la acreditación de una organización específica de salud se toma después de efectuar una evaluación local y periódica realizada por un equipo de colegas, y típicamente se lleva a cabo cada dos o tres años. La acreditación es a menudo un proceso voluntario en el cual las organizaciones deciden participar, en vez de ser exigido por la ley y los reglamentos.

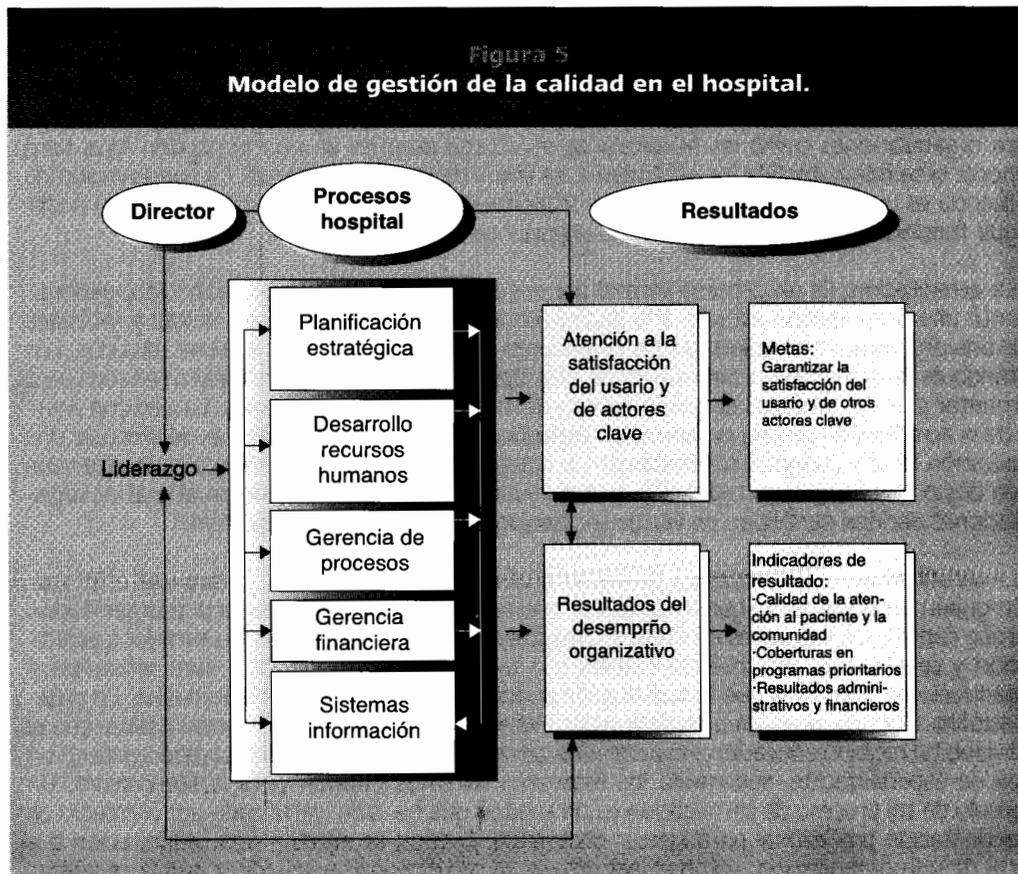
La certificación. Es un proceso a través del cual un cuerpo autorizado, ya sea una organización gubernamental o no gubernamental, evalúa y reconoce a una persona u organización porque cumple los requisitos o criterios preestablecidos. A pesar de que los términos acreditación y certificación son intercambiables con frecuencia, la acreditación hace referencia a organizaciones, mientras que la certificación puede aplicarse a personas individuales y a organizaciones. Cuando se aplica a profesionales individuales, la certificación suele implicar que el individuo ha recibido educación y capacitación adicionales y ha demostrado competencia en un área de especialización, superando los requisitos mínimos obtener para la licenciatura. Un ejemplo de tal proceso de certificación es un médico que ha sido certificado por el colegio de especialización profesional para ejercer obstetricia. Cuando se aplica a una organización o a parte de una organización, como el laboratorio, la certificación suele indicar que la organización tiene servicios, tecnología o capacidad adicionales más allá de lo que se encuentra en organizaciones similares.

Mecanismos internos: la gestión de la calidad de la atención en salud

La calidad no aparece per se en la atención, ni se logra por inercia. Tampoco es la calidad un instrumento o un paquete que se compra o que se instala y desinstala, ni es suficiente el hecho de evaluarla o el de tener la firme voluntad de mejorarla. Para lograr la calidad, es necesario ejercer un claro liderazgo en la alta dirección de las organizaciones de salud y utilizar métodos de gestión adecuados.

Se requieren acciones sistemáticas, continuas y deliberadas para lograr calidad. Ese conjunto de acciones se denomina gestión de la calidad. En virtud de dicha gestión, las instituciones y los hospitales, cualquiera que sea su tamaño y su nivel de complejidad, deben revisar a fondo su sistema de atención, pues en él subyacen los factores fundamentales de la buena o mala calidad, y diseñar e implantar sistemas de gestión de la calidad adaptados a sus cambiantes necesidades específicas.

La gestión de la calidad es un método de gestión administrativa que se vertebra en cuatro temas: 1) comprensión de los requerimientos y expectativas de los usuarios, 2) comprensión del proceso de prestación de los servicios, 3) medición del desempeño, y 4) un método de trabajo en equipo para asegurar el mejoramiento continuo de los procesos. La figura 5 muestra un modelo de gestión de la calidad, que ha sido adaptado por el Proyecto de Garantía de Calidad (QAP) del Modelo de Excelencia Baldrige.



Fuente: Modificado de Ashton J. Monitoring the quality of hospital care. The Quality Assurance Project. Bethesda, MD: Center of Human Services; 2000

Planificación estratégica para la calidad¹³

Como en el capítulo 6 de este libro se abordó el tema de la planificación estratégica en detalle, la presente sección será breve. Se recomienda al lector que revise dicho capítulo para abundar en otros aspectos de dicha planificación.

Todos los hospitales trabajan en ambientes variables y poco predecibles. No obstante, para que la gestión de la calidad en un hospital tenga éxito, su dirección deberá buscar la manera de hacer frente a estos escenarios y adaptarse al cambio y a la incertidumbre venideros. La planificación es un instrumento que emplea la gerencia para trazar su rumbo y adaptarse al cambio. Si el hospital no planifica sus acciones, en poco tiempo dependerá en buena medida de la suerte y el impulso que haya tomado anteriormente. Si el hospital quiere mantener el rumbo y tener éxito, irremisiblemente deberá; de lo contrario, tan sólo realizará acciones defensivas espontáneas para solucionar cada problema. Por consiguiente, la planificación estratégica es un proceso mediante el cual el hospital analiza su entorno interno y externo, se pregunta por su razón de ser en el seno de la comunidad a la cual pertenece, y expresa su finalidad, sus metas, objetivos y estrategias para alcanzar el bienestar y la salud de la población adscrita. Esto significa que las decisiones que se tomen en el hospital en el presente producirán resultados útiles para la comunidad en el futuro.

El plan estratégico ha de contemplarse entonces como un instrumento que guía y permite definir las características del hospital para construir el futuro que se desea para dicho servicio respecto al medio o entorno en que se encuentra. La planificación obliga al hospital a formularse y dar la debida respuesta a esta pregunta: ¿qué decisiones hay que tomar hoy para estar preparados para el mañana?

La planificación estratégica está relacionada con el largo plazo y es relativamente general, se centra en planes amplios y duraderos, asegura la efectividad y supervivencia del hospital para muchos años, establece típicamente la finalidad de la organización hospitalaria, y describe un conjunto de metas u objetivos, y las estrategias para alcanzarlas. Sin embargo, no es estática, sino dinámica y cambiante, se adapta a los cambios institucionales y de su entorno.

Gerencia de la calidad de los procesos de atención

El control de la calidad de los procesos: medición del cumplimiento de estándares mediante indicadores

El control de la calidad es la medición del desempeño de un proceso por medio de indicadores que ayudan a: a) vigilar que las declaraciones de la calidad esperada (estándares de calidad o normas) se cumplan según lo estipulado, b) verificar el logro de los objetivos propuestos, y c) desarrollar actividades de mejoramiento o rediseño de procesos según corresponda.

Estrategias operativas para el control de la calidad

1. Monitorización. Es la verificación sistemática y periódica del cumplimiento de estándares seleccionados, medido mediante indicadores. Se efectúa por medio de la recopilación y el análisis periódico de datos de registro continuo.
2. Evaluación. Consiste en la medición puntual de indicadores para conocer su valor actual. Se lleva a cabo analizando información de registros o por medio de encuestas, observaciones, entrevistas, etc.

Algunas etapas metodológicas generales para desarrollar un sistema de monitorización de indicadores de la calidad en un hospital son:

- Elaboración de estándares para los procesos prioritarios
- Identificación de los indicadores clave
- Establecimiento de un mecanismo regular para obtener datos y procesarlos
- Análisis de la información
- Identificación de problemas

Con fines didácticos, se pueden identificar al menos dos niveles de agregación de los procesos que han de controlarse o monitorizarse en un sistema de servicios de salud o en un hospital:

1. Nivel de mayor agregación de procesos (nivel estratégico del monitoreo de la calidad). En este nivel se hace hincapié en los resultados globales de algunos procesos e insumos clave agregados. Corresponde a la responsabilidad de las autoridades de dirección nacional, estadual, departamental, provincial o de dirección de un hospital. En el nivel de mayor agregación de procesos, los acontecimientos de la vida de las personas que ofrecen información sobre los resultados del proceso de la atención están incluidos en los sistemas de información convencionales. Estos acontecimientos son, por ejemplo, defunciones, nacimientos o egresos hospitalarios. No obstante, la mayor parte de las veces esta información no permite evaluar directamente la calidad de la atención de los servicios de salud. Algunos objetivos del sistema de monitorización a este nivel son los siguientes:

- Medir el desempeño global del proceso
- Comparar el desempeño del proceso con los objetivos de un programa
- Actuar sobre las diferencias entre el desempeño y los estándares (normas)
- Comparar el desempeño del proceso entre unidades de producción
- Consolidar la información sobre el desempeño del proceso de las diversas unidades de un sistema

2. Nivel de menor agregación de los procesos (nivel operativo de la monitorización de la calidad). En este nivel de subraya el desempeño del proceso en sí, la evaluación de insumos, productos, resultados clave y el cumplimiento de estándares (normas). Es responsabilidad de quienes manejan directamente un proceso, del cual generan y analizan información para la monitorización. Éstos suelen ser niveles de gerencia intermedia: jefaturas de servicios, departamento, área, programa, o los equipos de gestión de la calidad a nivel de procesos. El objetivo básico del sistema de monitorización de indicadores de la calidad a este nivel es vigilar que el desempeño de los procesos se ejecute de acuerdo con el estándar.

Si se pretende evaluar directamente la calidad de la atención de los servicios, es necesario monitorizar el desempeño de procesos desagregados utilizando sistemas de registro que permitan recabar datos con regularidad. Estos acontecimientos pueden ser, por ejemplo, tiempos de espera, satisfacción de usuarios, cumplimiento de estándares clínicos, disponibilidad de insumos, equipos e infraestructura, etc. A cada uno de estos niveles corresponde un tipo de indicadores y un sistema específico de registro de datos.

Algunas características generales de un sistema de monitorización basado en indicadores de la calidad son las siguientes:

- Recabar información a través de sistemas de registro continuo de datos, en lo posible utilizando el sistema de información vigente y sin crear sistemas de información especiales o verticales
- Depender lo menos posible de encuestas o estudios puntuales
- Requerir un procesamiento estadístico simple
- Concentrarse en la medición de procesos y resultados relevantes

- Identificar los cambios que se hayan producido con el tiempo en los valores de los indicadores
- Disponer de un esquema de interpretación de los resultados
- Ofrecer información para tomar decisiones

La definición de un sistema de monitorización debe considerar las funciones actuales de los funcionarios del sistema local y nacional de salud y evitar la duplicación de esfuerzos y que la carga de trabajo sobrepase la carga actual. Es necesario asimismo que los niveles que han de utilizar la información aportada por el sistema de monitorización y los niveles que deben generar, procesar y analizar el dato en primera instancia, tengan una clara conciencia de su uso y necesidad y, por tanto, comprometan su apoyo político para sustentar técnicamente el sistema.

En la medida en que algunas funciones del personal de los servicios puedan volverse a definir y diseñar, es menester disponer de un plan de comunicación sobre los cambios que propone introducir el sistema de monitorización de indicadores de la calidad. Además, se deben estimar los costos correspondientes a las actividades de monitorización y a su mantenimiento.

El sistema necesita contar con los instrumentos de recolección de información adecuados para producir los datos con que se deben construir los indicadores, para lo cual es necesario diseñar o revisar los formularios que correspondan. El personal que participa en la generación y recolección de los datos deberá ser capacitado convenientemente. Las fuentes de datos (historia clínica como una de las más importantes) deberán llenarse adecuadamente, para lo cual es preciso evaluar la necesidad de ofrecer capacitación adicional o de organizar un sistema de supervisión que permita mejorar la calidad del registro.

El procesamiento de la información obtenida podría ser manual, lo que no excluye la posibilidad de procesarla electrónicamente. La información debería analizarse en las mismas unidades de producción de servicios que las generan y procesan, mediante representación gráfica simplificada. Por último, el análisis será específico para cada nivel de gestión de la calidad en el sistema de servicios de salud, y los resultados de la monitorización habrán de permitir pasar a un proceso de toma de decisiones.

El mejoramiento de la calidad de los procesos¹⁴

El control de la calidad de los procesos, de la manera en que se ha descrito, podrá poner de manifiesto brechas entre el desempeño ideal del proceso y su desempeño real, medido a través de indicadores. Por ejemplo, en el proceso de atención al parto, un estándar establece que se deberá medir la frecuencia del latido cardíaco fetal cada treinta minutos. Sin embargo, se establece que en el hospital de que se trate, en el conjunto de los partos atendidos en un mes determinado, sólo en el 45% de ellos se cumplió este estándar. Esta brecha o discrepancia confirma la existencia de un problema en la calidad de la atención, que exige emprender una actividad para mejorarla.

El enfoque tradicional de auditoría médica no sirve para este propósito. Para ello, es necesario realizar un trabajo participativo basado en un análisis crítico y constructivo que conduzca a un claro entendimiento de los problemas, de sus posibles causas y posibles soluciones. Dicha tarea incluye mecanismos de comunicación, la creación de espacios de análisis y debate y el empleo de métodos sistemáticos para lograr que sea productivo.

En el pasado se creía que el mejoramiento consistía principalmente en agregar cosas nuevas, como una nueva máquina, procedimiento, capacitación o suministros. Se consideraba que la disponibilidad de un mayor número de estos recursos o insumos mejoraría la calidad. Posteriormente, se comprendió que el aumento de los recursos no siempre asegura el mejo-

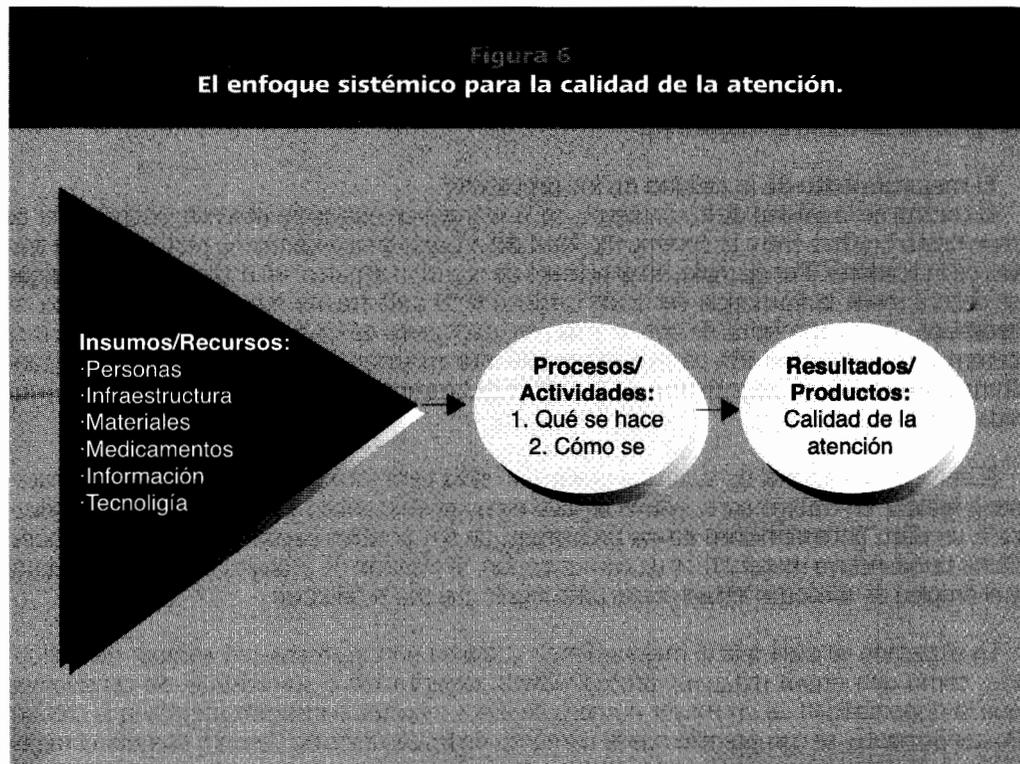
ramiento de la calidad de la atención. Por ejemplo, se pensaba que solamente la compra de una nueva máquina de diagnóstico en un hospital la mejoraba. Pero para que la máquina produzca mejoras, los empleados necesitan ser capacitados para utilizarla y los pacientes han de poder acceder a los servicios que proporciona. Por tanto, el mejoramiento de la calidad entraña no sólo añadir nuevos recursos a un sistema, sino sobre todo efectuar cambios en una organización para hacer el mejor uso de los recursos.

La inspección de los principales procesos o actividades es otra forma como la gerencia ha tratado de identificar los problemas y resolverlos aumentando el control del personal y culpando de los errores a las personas. Esta filosofía de mejoramiento de la calidad tuvo un éxito limitado, porque no identificaba necesariamente las barreras que se interponían a la mejora ni generaba el apoyo de los trabajadores que se mostraban reacios a ser evaluados.

La actual filosofía de mejoramiento de la calidad examina *la forma* en que las actividades pueden cambiar para que los empleados hagan mejor su trabajo. Por ejemplo, un desempeño deficiente de los empleados puede deberse a falta de suministros, procesos ineficientes, capacitación o guía insuficiente y no necesariamente a fallos de empleados individuales que trabajan en estas circunstancias.

El enfoque sistémico: un concepto fundamental para el mejoramiento

La filosofía en que se basan los enfoques de mejoramiento de la calidad presentados en este documento reconoce que hay que abordar, con el modelo sistémico, tanto los insumos o recursos, como los procesos o actividades realizados, con objeto de garantizar resultados o productos de calidad y mejorar la atención. La figura 6 muestra cómo los insumos y los procesos determinan el resultado deseado: la calidad de la atención.

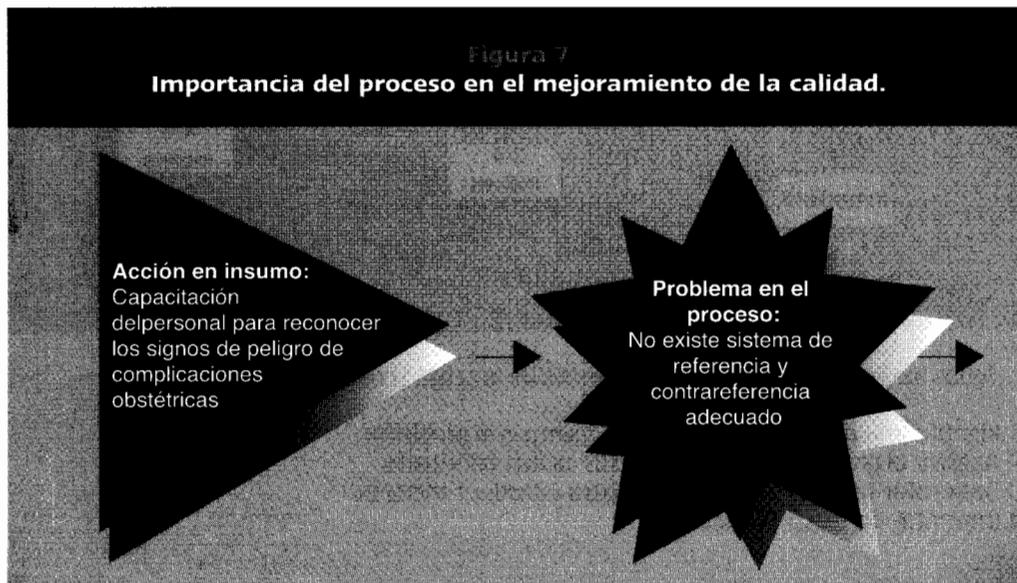


Asegurar los recursos (personas, infraestructura, materiales, medicamentos, información y tecnología) es una forma de mejorar lo que *entra* en la provisión de los servicios. Empero, el mejoramiento de la calidad se centra principalmente en cómo optimizar la operación de estos recursos combinados, es decir, los procesos, para lograr calidad en la provisión de la atención.

Los procesos incluyen dos componentes principales: qué proceso se hace o ejecuta y cómo se ejecuta el proceso; por tanto, el mejoramiento podrá lograrse abordando uno o ambos de estos componentes. El impacto más poderoso se consigue al abordar al mismo tiempo la decisión sobre qué proceso o pasos se ejecutarán ante una situación (algoritmos, guías clínicas, protocolos de atención, etc.) y la forma en que en realidad se presta la atención (ejecución de los protocolos o pasos de procedimientos, aplicación de normas clínicas, etc.). Esta filosofía de mejoramiento conduce a que las organizaciones sean más eficientes y capaces de proporcionar atención de calidad con mayor acceso, dilapidar menos recursos y con frecuencia reducir el gasto.

Citando a DM Berwick, <<Cada sistema está perfectamente diseñado para lograr exactamente los resultados que logra>>. Esta frase incorpora la idea central moderna del mejoramiento de la calidad. El desempeño es una característica de un sistema; por consiguiente, para alcanzar un nivel diferente de desempeño, es esencial efectuar cambios en el sistema. Los sistemas mal diseñados están expuestos a ineficiencias y a la mala calidad. Si un sistema no cambia, seguirá obteniendo los mismos resultados.

Los enfoques de mejoramiento de la calidad identifican partes innecesarias, redundantes u omitidas en los procesos y tratan de mejorar la calidad aclarando o simplificando los procedimientos. El cambio efectivo debe tomar en cuenta cómo se coordinan las partes de un sistema y cómo se vinculan entre sí. Como no todo el cambio es necesariamente una mejora, los cambios deberán someterse a pruebas y estudiarse o medirse para averiguar si mejoran la calidad de la atención. Por ejemplo, los cambios en las aptitudes y el conocimiento del personal mediante la capacitación sólo producirán mejora en la medida en que la falta de capacitación fuese la causa principal del desempeño deficiente del proceso. Si no se abordan también los problemas en los procesos, entonces ni el personal capacitado podrá realizar su trabajo óptimamente. Este caso se ejemplifica en la figura 7.



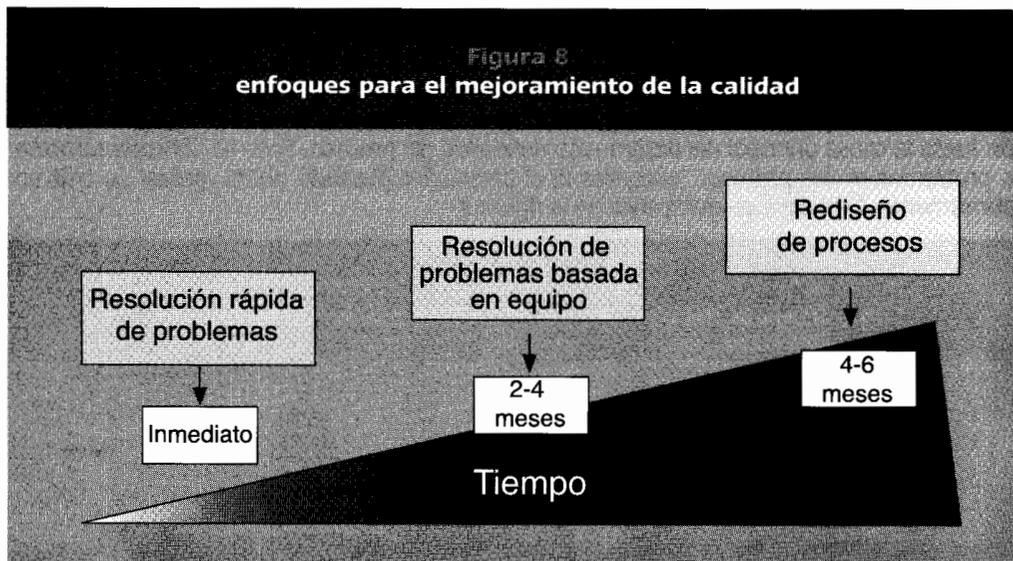
En síntesis, es importante recordar que en el concepto de mejoramiento de la calidad:

1. El desempeño es una característica del diseño del sistema.
2. Los insumos de un sistema producen mejora sólo en la medida en que pueden afectar el modo en que se realizan las cosas.
3. Los cambios deben abordar partes individuales de un sistema: insumos, procesos, resultados, y también los vínculos entre ellos.

Enfoques metodológicos para el mejoramiento de la calidad

Los enfoques que se pueden utilizar para el mejoramiento de la calidad son: a) la resolución rápida de problemas, b) la resolución de problemas basada en equipos, y c) el rediseño de los procesos. La decisión de utilizar uno u otro enfoque dependerá de la complejidad de los problemas que afectan a la calidad. Algunos de ellos atañen a procesos centrales y será necesario efectuar una investigación extensa, mientras otros son más sencillos y pueden resolverse más rápidamente, a veces sólo con acciones administrativas.

La complejidad de los problemas que afectan a la calidad, y en consecuencia el enfoque de mejoramiento que se elija, demandarán una inversión de tiempo y recursos diferente para cada uno de ellos. Mientras que el enfoque de resolución rápida de problemas no requiere inversión de tiempo, pues no demanda análisis ni organización del esfuerzo de mejoramiento, el enfoque basado en equipos puede requerir una inversión de dos a cuatro meses, y el de rediseño de los procesos hasta de seis meses en las condiciones habituales en que se realiza el trabajo de los hospitales, como ilustra la figura 8.



Todos los enfoques para el mejoramiento de la calidad comparten cuatro etapas:

1. Identificar la oportunidad de mejoramiento o el problema.
2. Analizar el problema identificando sus causas principales.
3. Desarrollar posibles intervenciones para introducir mejoras.
4. Implantar las intervenciones.

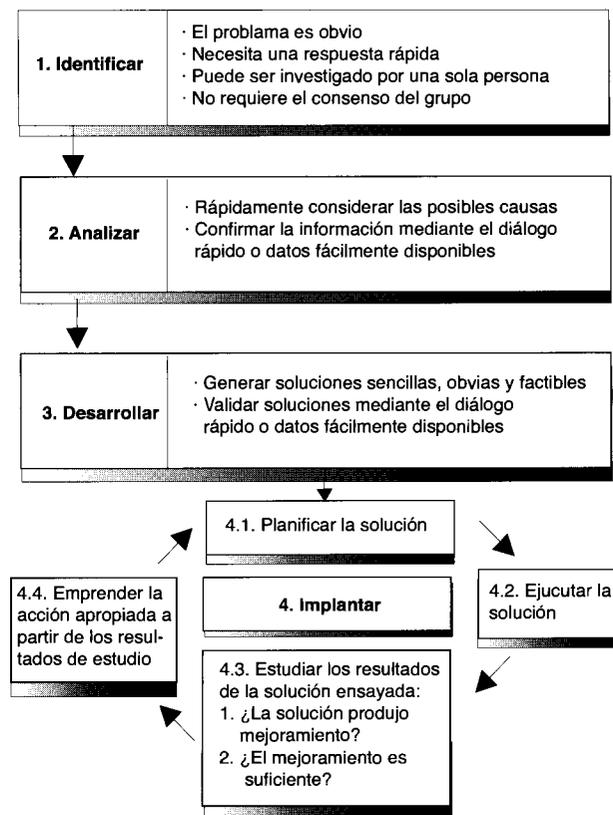
Aunque todos estos enfoques comparten estos cuatro pasos, cada uno de ellos es distinto respecto al rigor y la intensidad de los recursos que se necesiten.

El enfoque de resolución rápida de problemas

Este enfoque se adopta cuando el problema que ha de solventarse es obvio o evidente, necesita una respuesta muy rápida, sus causas no exigen obtener datos para su comprensión, la solución o las intervenciones necesarias para resolverlo son conocidas y claras, y no se requiere el consenso de un equipo para intervenir. Con frecuencia, el reconocimiento de este tipo de problemas y la aplicación de este enfoque lo realiza una sola persona como parte de sus actividades de trabajo habituales, pero también puede ser el producto de un esfuerzo consciente de identificación de problemas por parte de un equipo, que identifica algunos de ellos como susceptibles de ser resueltos a través de este enfoque.

Es posible que en las primeras etapas de la introducción de actividades de mejoramiento de la calidad en América Latina haya habido la tendencia a resolver la mayoría, si no la totalidad, de los problemas identificados mediante la aplicación de enfoques más complejos. Sin embargo, muchos participantes en dichos esfuerzos tempranos se han sorprendido al encontrar que buena parte de los problemas detectados se solucionan de una manera más eficiente aplicando el enfoque de resolución rápida. A continuación se presenta un modelo de este enfoque.

Esquema 1 Enfoque de la resolución rápida de problemas.¹⁸



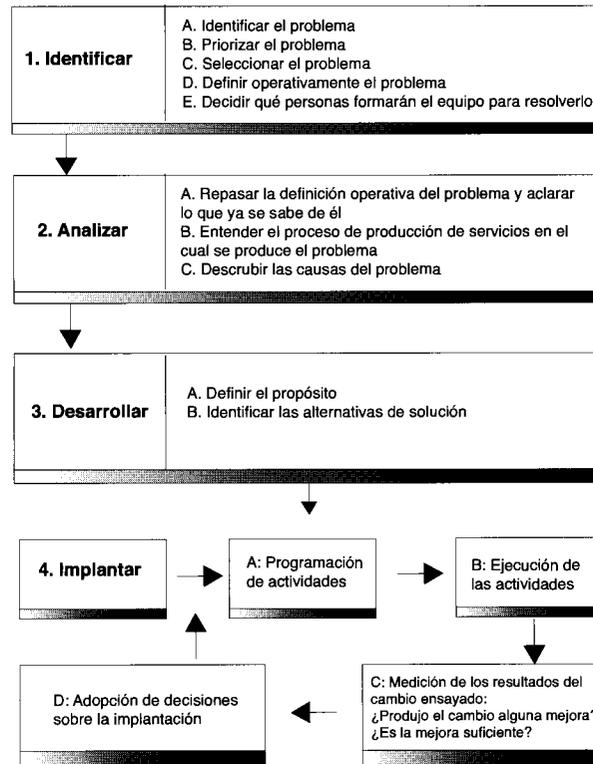
El enfoque de resolución de problemas basada en equipos

Este enfoque es adecuado cuando se trata de un problema de mayor complejidad, en el cual no queda claro cuáles son sus causas ni las mejores intervenciones que se han de realizar. Por ello, para aplicarlo se crea un equipo de mejoramiento de la calidad, que deberá agrupar a las personas que trabajan más cerca del problema y lo conocen más a fondo. Como la mayoría de los problemas operativos identificados tienen sus raíces más allá de los límites de un solo departamento o sección del hospital, es mejor que un equipo de mejoramiento esté integrado por individuos que trabajan en el problema desde distintos departamentos del hospital. Asimismo, estos equipos deberán ser multidisciplinarios, es decir, estarán integrados no sólo por médicos o enfermeras, sino también por diversos estamentos del personal que tienen que ver con la operación del proceso afectado por el problema. Es frecuente y deseable que también los usuarios externos puedan formar parte de estos equipos, aunque a veces ésta no es ni la única ni la mejor manera de garantizar que la perspectiva del usuario externo esté presente en el análisis. Por ejemplo, si el problema consiste en tiempos de espera demasiado largos en una sala de urgencias del hospital, el equipo de mejoramiento de la calidad correspondiente podría estar integrado por médicos, enfermeras, auxiliares, camilleros, el conductor de la ambulancia, el empleado responsable del acceso a la puerta de urgencias, y también por personal del laboratorio, de radiología y del banco de sangre.

El enfoque de resolución de problemas basado en equipos comprende los mismos pasos lógicos que el de resolución rápida. Empero, su complejidad es mayor y las herramientas que utiliza son diversas. La naturaleza y los límites de la extensión de este libro no permiten analizar a fondo dichas herramientas; por ello, nos limitaremos a mencionarlas.

Así, en la etapa de *identificación*, el problema se puede identificar 1) mediante indicadores del cumplimiento de estándares, que desde el proceso de monitorización regular de la calidad, que está basado principalmente en la revisión de historias clínicas y de otros documentos, registros escritos o mediciones *ad hoc*, 2) por medio de métodos de observación directa de los procesos, en los cuales es frecuente usar listas de comprobación (*check lists*), 3) realizando encuestas de satisfacción de usuarios externos o internos, o 4) a través de métodos de consenso basados en la opinión de los usuarios o los empleados del hospital. En la etapa de *priorización y selección del problema* se puede utilizar una matriz de selección basada en criterios múltiples de prioridad. Para el *análisis del problema y sus causas* suele ser útil emplear, por ejemplo, el diagrama de flujo y el diagrama de Ishikawa, también conocida como espina de pescado. Para el *desarrollo de intervenciones y su implantación* se suelen utilizar técnicas de apoyo al pensamiento creativo, como la técnica del sueño, matrices de programación de actividades, diagramas de Gantt, etc.¹⁹ A continuación se presenta un modelo que incluye los pasos metodológicos para poner en práctica este enfoque.

Esquema 2 Enfoque de la resolución de problemas basada en equipos.¹⁸



El rediseño de los procesos ¹⁵

Los esfuerzos de mejoramiento de la calidad reconocen que existen diferencias entre los servicios proporcionados y las expectativas del usuario del servicio. Estos enfoques de mejoramiento tratan de reducir estas diferencias y de mejorar la calidad de la atención para satisfacer las necesidades de los usuarios.

El rediseño de procesos es un enfoque metodológico de la gerencia de procesos en el cual se modifican procesos en salud con objeto de satisfacer los deseos y requisitos de los usuarios internos y externos sin soslayar las exigencias que impone la calidad técnica.

¿Cuándo se ha utilizar el rediseño de procesos?

1. Cuando el problema identificado revela un proceso que se realiza como resultado de modificaciones parciales *ad hoc* que se han ido acumulando por conveniencias circunstanciales, no en respuesta a necesidades claras de los usuarios externos o internos. El resultado neto es un proceso ilógico, ineficiente, con redundancias a veces invisibles, que no satisface necesidades ni requisitos.
2. Cuando el nivel de desempeño se encuentra muy lejos del nivel deseado.
3. Cuando se produce un cambio importante debido a factores organizativos, tales como

reducción de personal, introducción de nuevas habilidades profesionales o introducción de nuevas tecnologías.

Etapas metodológicas del rediseño de procesos

Para el rediseño de procesos se propone seguir nueve etapas, algunas de las cuales incluyen subetapas que deberán cumplirse sistemáticamente para consolidar un buen rediseño:

1. Selección y delimitación del proceso que se ha de rediseñar.
2. Identificación de los usuarios externos e internos en el proceso seleccionado.
3. Identificación de los requerimientos de los usuarios:
 - 3.1. Recolección de información sobre los requerimientos de los usuarios.
 - 3.2. Lista de los requerimientos de los usuarios.
4. Definición de la finalidad del nuevo diseño y de la forma de medir su cumplimiento.
5. Identificación de los elementos clave del nuevo diseño, vinculándolos con los requerimientos de los usuarios.
6. Creación de un diagrama de flujo del nuevo proceso.
7. Descripción escrita del nuevo diseño, siguiendo la secuencia de los bloques del proceso e incluyendo el desarrollo de todos los elementos clave seleccionados.
8. Prueba contra posibles fallos: evaluación en cada paso del proceso de lo que puede fallar y de las soluciones alternativas.
9. Planificación de la implantación e identificación de los recursos que se necesitan para poner en marcha el nuevo diseño.

La estructura organizativa de la gestión de la calidad¹⁶

Si bien parece no existir una única receta para conformar la estructura organizativa de la gestión de la calidad, se propone que es indispensable delimitar claramente los papeles y responsabilidades en la puesta en práctica de estas actividades, así como para proveer orientación global técnica y saber quiénes son los encargados de rendir cuentas sobre diferentes áreas de trabajo. Por lo tanto, y especialmente en las etapas iniciales de los esfuerzos de gestión de la calidad, debe existir algún nivel de estructura organizativa, la misma que seguramente evolucionará con el paso del tiempo, conforme avanza la institucionalización y maduran los esfuerzos de gestión de la calidad. Por los mismos motivos, se reconoce que diferentes tipos de estructura organizativa pueden ser apropiados para el momento particular de desarrollo de las actividades. Por ejemplo, en las primeras etapas, puede ser apropiado decidir que algunos individuos se dediquen exclusiva o principalmente a las actividades de gestión de la calidad y se organicen en lo que puede denominarse *unidad de calidad*. Esta unidad ha de centrar sus esfuerzos en desarrollar liderazgo, por ejemplo, en capacitación en métodos de calidad, establecimiento y difusión de estándares, apoyo técnico a grupos de mejoramiento en diferentes departamentos y elaboración de protocolos.

Algunas funciones generales que se identifican para dichos niveles organizativos de la gestión de la calidad son, por ejemplo, la provisión de liderazgo, la integración del enfoque de calidad en la planificación estratégica del hospital, el desarrollo y la conducción de un plan operativo de mejoramiento de la calidad, el apoyo al funcionamiento de equipos de mejoramiento, el apoyo técnico y bibliográfico, la documentación de los procesos, la organización de la capacitación en métodos y técnicas, el desarrollo de estándares y protocolos, la difusión de las experiencias y la abogacía ante actores externos.

El trabajo de estos grupos organizativos *ad hoc* ha de realizarse en estrecha coordinación con el de la gerencia de los departamentos o del hospital. Conforme avance el proceso de ins-

titucionalización de la gestión de la calidad, las responsabilidades se deberán ir integrando a las funciones regulares de cada puesto de trabajo a los diferentes niveles, y la gestión de la calidad, al proceso gerencial, clínico y administrativo, regular y normal de la organización. Sin embargo, ésto sólo se logra a través de un proceso de maduración de la organización, que exige tiempo y esfuerzo consciente y dirigido.

A nivel más operativo, en la gestión de la calidad de los procesos clínicos y administrativos, podrán operar equipos humanos *ad hoc* multidisciplinares, cuya función sea la de mejorar la operación de dichos procesos, guiados por los estándares establecidos y el objetivo de la satisfacción de las necesidades del usuario.

El papel de los gerentes en el desarrollo de un modelo de calidad¹⁶

Ishikawa ha enumerado algunas de las causas que pueden obstaculizar, en las organizaciones en general y en los hospitales en particular, el desarrollo de un modelo de la calidad. Entre ellas cabe destacar <<la pasividad de los gerentes que rehuyen sus responsabilidades>>. ¹⁶ En definitiva es el recurso humano el principal factor que puede atentar contra cualquier propuesta de cambio. Cuanto mayor responsabilidad se tiene en la estructura hospitalaria, tanto mayor es la posibilidad de generar cambios. No es posible realizar una gestión de calidad en una institución si su conducción no lidera el proceso. Es posible que el comienzo del proceso no se genere en la conducción, pero su viabilidad depende en buena medida de que sea asumida por dicha conducción.

La implantación del desarrollo de la calidad es una decisión estratégica que depende de la gerencia, supone necesariamente un cambio en la cultura del hospital, y precisa de tiempo e inversiones a corto plazo. Consecuencia de estas exigencias es la voluntad firme, el compromiso sin fisuras y la ejemplaridad por parte de aquélla, pues no se puede pedir a los trabajadores que modifiquen sus hábitos de trabajo mientras la gerencia mantiene sus antiguas modalidades de gestión y no participa en la gestión de la calidad. La participación de los gerentes en el desarrollo de la calidad puede definirse estructuralmente en dos modalidades de acción: participación pasiva y activa.

Participación pasiva. Significa ausencia de participación en el desarrollo de la calidad. Habitualmente no se asocia con una organización formal. Los gerentes eventualmente participan si surgen problemas y no asumen el liderazgo en el proceso.

Participación activa. En esta modalidad se puede delegar o efectuar una conducción efectiva del desarrollo de la calidad. Si se delega, se puede hacer a través de comisiones de trabajo, estableciendo programas específicos de calidad o con la creación de un área específica de calidad (por ej., el departamento de calidad). Para que la delegación sea efectiva se ha de:

- Disponer de objetivos claros y precisos.
- Contar con recursos y medios adecuados para alcanzar los objetivos prefijados.
- Desarrollar un sistema de capacitación idóneo.
- Realizar un seguimiento por parte de la dirección de las actividades delegadas.
- Diseñar un sistema de estímulos para los que trabajan en calidad.

Si no se delega, es la propia gerencia del hospital la que debe hacerse cargo de la conducción del proceso de mejora de la calidad. Ambas opciones no son mutuamente excluyentes, por cuanto incluso en la conducción efectiva más directa siempre hay elementos que se delegan y

la delegación siempre supone una conducción por parte de la gerencia. La diferencia entre dirección efectiva y delegación estriba en que la toma de decisiones corresponde en el primer caso, y de forma directa, a la dirección. Por otra parte, la elección de la modalidad que se adopte también dependerá de la dimensión del hospital, ya que a mayor tamaño o complejidad mayor será la necesidad de articular mecanismos de delegación.

Las dos misiones esenciales de la dirección, cuando opta por una participación efectiva, son garantizar la calidad, es decir, impulsar aquellas actividades que puedan dar sustento al proceso, y motivar al personal. Ahora bien, en relación con la motivación, existe un axioma fundamental según el cual nadie puede transmitir lo que no posee. No se puede motivar a nadie, si uno no está motivado.

Para desarrollar un plan de calidad, la gerencia del hospital ha de tener la voluntad de implicarse en él, lo cual es un requisito indispensable para que lidere el cambio que supone en la cultura de la organización implantar una estrategia de calidad. La calidad debe impregnar todas las actividades de una organización, incluida la toma de decisiones. Algunas actuaciones de la gerencia pueden influir directamente en el desarrollo de la calidad institucional.

El diseño y la ejecución de los planes de control sí es una de las obligaciones del gerente. Aunque la tendencia es que la mayor parte del control lo ejecuten los trabajadores, hay ciertos niveles de control indelegables. Una de las tareas primordiales de las funciones de control del directivo es influir en la motivación para trabajar en tareas de calidad asistencial. Por otra parte, el directivo tiene que aceptar que sus decisiones equivocadas pueden constituir la base de los problemas detectados y no ha de pensar que la mayoría de ellos se deben a fallos de los trabajadores. Uno de los supuestos erróneos de la calidad más frecuentes es creer que los problemas de la calidad radican fundamentalmente en las áreas de producción e ignorar que los errores cometidos por los directivos pueden ser mucho más graves. El obstáculo que se interpone al control de calidad ejercido por los directivos no es la falta de motivación. El control es una actividad consustancial a la dirección, sea cual fuere el nivel donde se ejerza. Otras cuestiones, como la existencia de muchos objetivos, los cambios del entorno y las deficiencias del propio sistema de control, dificultan a los directivos el ejercicio de esta actividad.

Cuando las manifestaciones de la gerencia son buenas y sus decisiones y actos se ajustan a ellas, serán dignas de crédito y eficaces. Otro elemento fundamental de la gerencia es diseñar un modelo de planificación estratégica que permita acotar las dimensiones de los escenarios, el contexto, los actores y las oportunidades, para desarrollar un programa de calidad institucional.

La dirección, en materia de calidad, no puede actuar simplemente solucionando problemas cotidianos; su papel fundamental es planificar el futuro, impulsar y participar programas de mejora de la calidad, cuya evaluación y control le competen, y dar con sus actos un ejemplo al resto de la empresa. La dirección ha de aceptar asimismo el cambio sustancial en el patrón cultural que se produzca: el control de calidad no significa sobrecargar el trabajo habitual, sino que ha de formar parte del trabajo ordinario. Esta incorporación debe reproducirse en todas las instancias, incluidos los denominados mandos intermedios, ya que los jefes de servicio, asistenciales y no asistenciales y los supervisores de enfermería, deben participar activamente en el proceso.

Con relación a estos mandos intermedios corresponde destacar las siguientes responsabilidades:

- La motivación de sus colaboradores para que trabajen con la máxima efectividad.
- La calidad de los resultados de su área de responsabilidad.
- La fijación de los estándares de calidad.
- El establecimiento de los procedimientos operativos.
- La definición de prioridades.
- La eliminación de los obstáculos que impiden el desempeño correcto del personal.

El mejor sistema de gestión de la calidad de los mandos intermedios es el desarrollo de una gestión participativa y la creación del equipo de mejora de la calidad, cuyas funciones deberían ser:

- Determinar la manera de medir la calidad de los resultados.
- Definir las necesidades de formación.
- Resolver los problemas que no hayan podido solucionarse en niveles inferiores.
- Desarrollar estrategias y tácticas a corto y medio plazo.
- Pasar de un estilo de dirección reactivo a un estilo preventivo.
- Funcionar como vehículo de comunicación ascendente y descendente.
- Identificar a los individuos que se han hecho merecedores de un reconocimiento.
- Evaluar los procesos interdepartamentales con objeto de mejorar su efectividad.

Un problema con que se enfrentan los jefes de servicio y supervisores es el elevado número de normas y especificaciones existentes sobre los productos de sus unidades. Esta multiplicidad normativa les obliga a establecer prioridades variables en el tiempo emprender acciones premeditadas que relegan los problemas de calidad en la escala jerárquica de asuntos pendientes de solución. Por ejemplo, ante una sobrecarga de trabajo como el que supone una ocupación de camas muy elevada, con frecuencia se incumplen las normas de calidad del servicio y se recurre a la instalación de otras camas supletorias o a su ubicación en los pasillos, hechos que deterioran la calidad de la asistencia y producen insatisfacción en el cliente. Una situación similar en consultas externas puede disminuir notablemente el tiempo de atención y aumentar el de espera.

En síntesis, la decisión de la gerencia de implantar el desarrollo de la calidad total es condición necesaria, pero no suficiente. Hace falta que todo el personal se adhiera al proyecto, de tal modo que todos participen en el proyecto de calidad total y se asocien voluntariamente con él. La calidad precisa de una dirección y unos empleados motivados. Esta motivación puede ayudar a desterrar la ignorancia, la visión muy reducida del ámbito de acción y los mitos de la cultura de la organización, porque nada es posible sin un cambio de la cultura.

Hacia una cultura de la calidad¹⁷

La cultura de una organización es un conjunto de valores, creencias, reglas no escritas y actitudes, aceptados o no por sus miembros. Entre los elementos que integran la cultura de una organización se encuentran los valores, los mitos, los ritos, los héroes y el lenguaje. Los hospitales giran en torno a una cultura hospitalaria impregnada de ciertos valores, como el papel del hospital, el comportamiento de los distintos trabajadores jerarquizados en función de su profesión, la forma de relacionarse con los usuarios o la imagen que se tiene de la comunidad.

Esa cultura también se alimenta de mitos y de rituales que conforman la cultura de los hospitales. Los mitos son explicaciones no racionales de hechos reales de la vida organizativa. Un ejemplo de mito de la vieja cultura hospitalaria es que en los hospitales no se puede desarrollar la estrategia de atención primaria de salud, porque dicha estrategia sólo incumbe al primer nivel de atención y es externa al hospital.

Los rituales hospitalarios también integran su cultura. Las modalidades de acción, la manera de los distintos estamentos de vincularse entre sí, los trámites administrativos e incluso la misma atención a los usuarios, pueden convertirse en ritos, con todo lo que ello significa. Un rito es una actividad relativamente estandarizada y sistematizada cuyas aportaciones a los objetivos organizativos no son esenciales y en muchos casos mejoran los resultados de la organización. Los ritos son aquellos procedimientos que se hacen de determinada manera, porque siempre se hicieron así sin saber a ciencia cierta si es bueno o malo para los objetivos del hospital. También forman parte de la cultura de una institución los personajes admirados cuyas cualidades se toman como ejemplo a seguir. Por último, el lenguaje de un hospital es reflejo de la cultura que se vive, puesto que es la manera de manifestar, transmitir y crear los valores de la organización. Entonces, para fomentar una cultura de la calidad en los hospitales es preciso trabajar, fijar pautas y desarrollarlas en torno a estas variables. Lo más importante es promover los valores vinculados con la calidad, entre los que cabe destacar los siguientes:

- La calidad supone dar respuestas con equidad, efectividad y eficiencia.
- El eje y sujeto primordial de los hospitales es el usuario de los servicios.
- La satisfacción de los usuarios debe ser a un tiempo individual y comunitaria.
- No menos importantes son para la calidad los que trabajan en el hospital, es decir, los clientes internos.
- Las adecuadas estructuras hospitalarias son condición necesaria pero no suficiente para proveer una atención de calidad. En ellas cobran especial importancia los procesos que se desarrollan y los resultados que se obtienen.
- La calidad no es sinónimo de complejidad o lujo y se puede desarrollar en cualquier nivel de atención. Para ello, sólo es necesario disponer de la estructura adecuada para las misiones y definir las funciones que deben realizarse.

No hay desarrollo de la calidad si todo el personal del hospital no está motivado, ya que la calidad no depende de algunos de los trabajadores, sino de todos. El personal debe sentirse orgulloso de pertenecer a la institución. La calidad es un proceso que puede ser medible, lo cual permite comparar a unos hospitales con otros y consigo mismos. Dichas comparaciones propician la mejora continua de la calidad. La mejor calidad de hoy no va a ser la mejor calidad de mañana. Nunca debemos darnos por satisfechos con los resultados alcanzados. Promover estos valores o principios e interiorizarlos es una labor que demanda esfuerzo, constancia y tenacidad, ya que la modificación de los patrones culturales es una de las actividades que entrañan mayor dificultad. La cultura de la calidad supone la destrucción de viejos mitos, la generación de nuevas rutinas o rituales, la conformación de nuevos héroes en la organización, es decir de las personas o las actitudes que se admiran y emulan. También exige que todo el personal aprenda las políticas y planes institucionales relacionados con este tema, así como el lenguaje de la calidad, ya que es imposible realizar alguna actividad sin una comunicación adecuada. Para esto último es fundamental que todos usen el mismo lenguaje.

Conclusiones

En síntesis, el cambio cultural de los hospitales es un desafío de capital importancia para conseguir una gestión hospitalaria adecuada que satisfaga los más altos propósitos institucionales planteados. Este desafío no es algo que se vaya a plantear solamente por voluntad de la propia organización; está sujeto a condicionantes externos, que se definieron al principio de este capítulo, entre los que sobresalen los siguientes:

- En el lado de la demanda se encuentra la actitud de los usuarios, cada vez más informados y exigentes y más conscientes de sus derechos y de las obligaciones de los que prestan servicios de salud.
- En el de la oferta destacan los costos crecientes de los servicios de salud y, en algunos casos, el exceso de oferta de servicios. Este excedente genera una competencia que ha de dirigir sus esfuerzos a aumentar la calidad de los servicios que se prestan y a lograr que la asignación de los recursos, siempre insuficientes del sector para atender todas las necesidades de la población, sea eficiente.

Bibliografía

- 1 Hillman A, Pauly MV, Kerstein J. How do financial incentives affect clinical decisions and the financial performance of health maintenance organizations (HMO). *N Engl J Med* 1989;321:86-92.
- 2 Feldstein PJ. *Health Care Economics*. Boston: Delmar Publishers, Inc.; 1993.
- 3 Ross AG, Zeballos JL, Infante A. La calidad y la reforma del sector de la salud en América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Pública* 2000;8(1 y 2):93-97.
- 4 Donabedian A. *La calidad de la atención médica*. México, DF: La Prensa Mexicana; 1984.
- 5 Palmer RH. *Evaluación de la asistencia ambulatoria. Principios y práctica*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1989.
- 6 Falconi V. *TQC control de la calidad total (al estilo japonés)*. Bello Horizonte: Universidad Federal de Minas Gerais (QFCO); 1992.
- 7 Hermida J, Nicholas D, Blumenfeld S. Comparative validity of three methods for assessment of the quality of primary health care. *Intl J Qual Health Care* 1999;2:429-433.
- 8 Juran JM. *Juran y el liderazgo para la calidad, un manual para directivos*. Madrid: Diaz de Santos; 1990.
- 9 University Research Corporation, Ministerio de Salud, Proyecto de Salud y Nutrición Básica. *Construcción de estándares e indicadores de calidad*. Lima: URC, PSNB; 1999.
- 10 Ministerio de Salud Pública, Ecuador. *Proyecto de Garantía de la Calidad (QAP). Monitoreo de la calidad a través de estándares e indicadores*. Quito: Ministerio de Salud Pública; 1999.
- 11 Ashton J. *Monitoring the quality of hospital care. The Quality Assurance Project*. Bethesda, MD: Center for Human Services; 2000.
- 12 Rooney A, Van Ostenberg P. *Licenciatura, acreditación y certificación: enfoques para la evaluación y administración de la calidad de los servicios de salud. Proyecto de Garantía de Calidad, Q.A.P.* Bethesda, MD: Center for Human Services; 1999.
- 13 Ministerio de Salud Pública, Ecuador. *Proyecto de Garantía de Calidad (QAP). Guía metodológica de planeación estratégica para hospitales en proceso de modernización*. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2000.

- 14 Ministerio de Salud Pública, Ecuador. Proyecto de Garantía de Calidad (Q.A.P.). El mejoramiento de la calidad: paradigmas y enfoques. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2000.
- 15 Ministerio de Salud Pública, Ecuador. Proyecto de Garantía de Calidad (Q.A.P.). El rediseño de procesos de atención en salud. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2000.
- 16 Center for Human Services. Quality Assurance Project (Q.A.P.). Institutionalization of quality assurance. Bethesda, MD: Center for Human Services; 2000.
- 17 Ishikawa K. What is total quality control? The Japanese way. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1985.
- 17 Varo J. Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Madrid: Díaz de Santos; 1994.
- 18 Ministerio de Salud Pública, Ecuador. Proyecto de Garantía de Calidad (Q.A.P.). El mejoramiento de la calidad: paradigmas y enfoques. Quito: Ministerio de Salud Pública; 2000.
- 19 Brassard M, Ritter D. El impulsor de la memoria. Una guía de herramientas para el mejoramiento continuo y la planificación eficaz. Methuen, MA: GOAL/PC; 1994.
- 20 Hermida J. The road to institutionalizing quality assurance in Ecuador in an environment of health sector reform. *Intl J Qual Health Care* 1999;11:447-450.

Capítulo 9

La gestión del recurso humano

Si quieres construir un barco, no empieces por buscar madera, cortar tablas o distribuir el trabajo, sino que primero has de evocar en los hombres el anhelo de mar libre y ancho. Antoine de Saint-Exupéry

El recurso humano en salud

El recurso humano no es un recurso similar a otros: sólo las personas realizan acciones que construyen la sociedad y la orientan hacia un derrotero definido. En esta medida, el carácter deliberante del recurso humano le permite proyectar su acción en una dirección determinada. La capacidad del recurso humano de tomar determinada opción es una característica que lo diferencia de cualquier otro, que constituye su identidad (creatividad, libertad y responsabilidad).¹

Esta capacidad de tomar opciones se fundamenta en la percepción del sujeto, la misma que se construye históricamente a través de complejas conexiones que se establecen en las dimensiones simbólicas de la acción social; es decir, sus decisiones se construyen de forma intersubjetiva y tiene las particularidades del entorno en que se desenvuelve el ser humano.¹

El trabajo en salud conlleva una relación directa entre el recurso humano y la población. En esta relación, el conocimiento científico y técnico que posee el profesional debería permitirle actuar como intérprete de las necesidades de salud de la comunidad. Este carácter de intérprete exige al recurso humano una adecuada preparación para desempeñar una compleja intermediación que, de cumplirse adecuadamente, proyecta su protagonismo en la formulación de cualquier propuesta de acción y cambio que se plantee. Ya no es posible pensar en procesos de cambio en salud o en formas modernas de gerencia hospitalaria que no consideren la necesaria participación y acción de sus recursos humanos.

Los procesos de reforma sectorial, en los cuales se incluyen la modernización organizativa y la incorporación de nuevas formas de gestión, deberán promover el respeto de la identidad del recurso humano, a fin de desarrollar acciones que, en el marco global de cambio, reconozcan la autenticidad insustituible de las aspiraciones de realización de los diferentes actores y sujetos que participan en esos procesos.

En general, cuando se alude al recurso humano se hace referencia a sujetos estratégicos capaces de actuar de manera compleja, que ajustan sus propias metas a las del contexto en que actúan y que, por tanto, lejos de ser objetos de intervención, son protagonistas de cualquier proceso en que se encuentren inmersos.

Las personas no son recursos, tienen recursos (conocimientos, capacidad, experiencia), lo cual fundamenta la idea de que quien maneja recursos humanos hoy día en realidad administra talentos, competencias y valores. En otras palabras, no son las instituciones las que tienen personas, sino las personas las que hacen las instituciones.

Se ha reconocido a nivel internacional que en los procesos de reforma del sector salud el recurso humano tiene una importancia estructural y se constituye en factor crítico para cualquier cambio que se proponga. La complejidad de este hecho aumenta aún más en la medida en que es el personal actual del sector el que protagonizará sus transformaciones necesarias.²

¹ <<El entorno no se restringe al mundo sistémico regido por la racionalidad, sino que debe considerar al mundo de la vida que se forja en la acción comunicativa entre sujetos sociales>>. (Referencia 1.)

la descentralización y la autonomía de gestión. Estos procesos sociales reorganizan la dinámica del mercado de trabajo, modifican las condiciones de trabajo para producir servicios de salud, y trasladan las decisiones sobre recursos humanos hacia instancias cada vez más descentralizadas.

La dinámica del mercado de trabajo en salud

Los procesos de ajuste económico y la crisis fiscal en los países de la Región, así como los intentos de configurar economías abiertas, han propiciado transformaciones en la dinámica de los mercados de trabajo en general y, particularmente, en las profesiones del campo de la salud. En el sector de la salud se observa un cambio cualitativo en el perfil de empleo debido, por un lado, al aumento de la participación de personal con mayor formación en áreas de gerencia, y a la búsqueda de mecanismos de contención de costos y de mejora de la productividad y la eficiencia. Por otro lado, han aumentado las exigencias para el ingreso de personal (principalmente el de apoyo) asociado con los procesos de *tercerización*,^{II} lo cual reduce las oportunidades de empleo de los trabajadores con menor nivel educativo (personal de limpieza, alimentación e incluso auxiliares de enfermería, quirófano, odontología, etc.).

Otro fenómeno es la generalización de los mecanismos de tercerización de la fuerza de trabajo en salud, incluidos los servicios profesionales. Si bien la tercerización en salud se centraba al principio en servicios generales (limpieza, vigilancia, alimentación o mantenimiento), actualmente incluye la contratación de servicios profesionales tales como los que ofrecen cooperativas médicas, organizaciones de enfermería para la atención domiciliaria o la rehabilitación.

Por último, cabe mencionar el crecimiento de los mercados de trabajo en zonas de menor desarrollo. Otra tendencia asociada con los procesos de desconcentración y descentralización es el cambio producido en la distribución de las oportunidades de empleo hacia niveles descentralizados, lo que para algunos países representa una modificación de la oferta de empleo generalmente restringida a las grandes ciudades. Esta tendencia, que también satura los mercados de trabajo, modifica en cierto modo la tradicional concentración de profesionales de grandes centros urbanos y establecimientos hospitalarios en detrimento de los de áreas rurales y servicios de atención ambulatoria.

Flexibilización

En el contexto de la reforma estatal y sectorial, en el cual se considera la rigidez de los sistemas como el mayor obstáculo a la transformación, la flexibilización aparece como una de las posibilidades para las gerencias de garantizar la viabilidad de los cambios requeridos. La introducción de numerosas medidas legales y administrativas a este respecto en los países explica el comportamiento del mercado de trabajo expuesto previamente.

La flexibilidad hace referencia a una modificación de las regulaciones existentes del funcionamiento de los procesos de producción, en este caso de servicios de salud, orientados principalmente al aumento de la productividad y la competencia.^{III} En el cuadro 1 se resumen los distintos tipos de flexibilidad y se hacen advertencias sobre su aplicación. La aplicación de prin-

^{II} Tercerización es un neologismo que significa contratación a terceros; en el lenguaje de gestión también se conoce como externalización y, en inglés, *outsourcing*.

^{III} La función de regular es inherente al Estado moderno, al margen de que éste ejerza un papel promotor del desarrollo, de garante del bien público o de jugador complementario a los mecanismos del mercado. En este sentido, la responsabilidad política de la aplicación de medidas tales como la flexibilización recae directamente sobre los equipos de gobierno. En el caso del sector salud, las corrientes que proponen la desregulación deben aceptar que el Estado no debe regular menos sino mejor. (Referencia 8.)

cipios de flexibilización laboral exige el cambio de paradigmas aparentemente incuestionables, como el trabajo valorado por tiempo y no por producción, el empleo vitalicio al margen del mérito, la protección del empleado sin evaluar su desempeño, la imposibilidad de acceder a otros ingresos (estímulos, trabajos por producto) cuando se tiene un cargo estatal, el control de los niveles salariales desde la legalidad pública, etc. Estos cambios corresponden a modificaciones generales de las regulaciones estatales y su aplicación institucional; por ello, el grado de flexibilización alcanzado en distintos países ha variado en función de la evolución del sistema sanitario y del nivel de participación política del sector salud en las decisiones estatales, máxime en el sector salud.

En el caso de la salud, es necesario recordar que el objetivo de productividad y competitividad que se busca no responde a una lógica automatizada de producción en cadena de servicios de bajo costo y dirigida a mercados masivos cuyo nivel de consumo permita abstraer el rendimiento del capital invertido en el proceso, sino que la relación personalizada constituye la esencia del producto y la garantía de su calidad. Esto imprime un carácter distinto al proceso de producción de servicios de salud, que debe ser considerado cuando se modifican los procesos de trabajo.

Uno de los riesgos más importantes de la flexibilización laboral es la precariedad de las condiciones del trabajo. Según Luis Oviedo «Los precarizados cobran salarios inferiores (a veces hasta un 60%) por la misma tarea, no tienen jubilación, indemnización por accidente o seguro de desempleo, y como no pueden sindicalizarse, están sometidos a jornadas más largas y a ritmos de trabajo más intensos [...] constituyen la "nueva clase de miserables"».⁷ Esta afirmación refleja los efectos que pueden tener las medidas de flexibilización en países con un marco desregulado o de libre mercado, donde predomina la idea de productividad. Ello favorece las formas precarias de contratación y supedita el bienestar del trabajador a criterios de rendimiento y productividad. La teoría que subyace a estas afirmaciones es que ninguna medida adoptada para cumplir los objetivos institucionales debería atentar contra la estabilidad o seguridad laboral del personal. Por ello, se han de evitar aquellas medidas que propicien la precariedad de las condiciones laborales.

Cuadro 1
Formas de flexibilidad.

Formas	Decisiones	Advertencias
Externa o estratégica: decisiones que modifican la relación de la organización con el entorno	Diversificación de productos Tercerización de actividades Tránsito de trabajo temporal a contrato de duración determinada (flexibilidad numérica)	La importancia de no generar precariedad y mantener la calidad de la producción
Interna o táctica: aplicación de cambios en el funcionamiento organizativo		
Tecnología: de la mecanización a la información	Selección participativa de tecnologías y adecuación institucional	Importancia de una propuesta antropocéntrica en el cambio tecnológico
De las competencias: de la especialización a la polivalencia (funcional)	Reconversión profesional Ampliación del espectro de desempeño Entrenamiento en servicio Educación permanente	La importancia del aprendizaje continuo y de la remuneración por competencias
Estructural: de la estructura piramidal a la estructura policelular (redes funcionales)	Plan de cargos y movilidad Sistemas de carrera Formas de remuneración	La importancia de la consolidación de las células (equipos) de trabajo
De las condiciones de trabajo: del trabajo por jornadas a las horas de trabajo	Horario variable Horario comprimido Trabajo a distancia (teletrabajo)	La importancia de una aproximación personalizada del manejo de los tiempos y de la línea de prestación del trabajo
De las relaciones de trabajo: de una aproximación legal a una aproximación renovada de las relaciones humanas en el trabajo	Mediación preventiva Prearbitral Negociación continua de contrato colectivo Gestión participativa Comités mixtos de análisis de problemas	La importancia de encontrar soluciones internas a los problemas de las relaciones de trabajo

Fuente: Jacob R, Bach S. Flexibilité organisationelle et gestion des ressources humaines. Gran Bretaña: Universidad de Warwick; 1993.

La tercerización de servicios como medio o instrumento de productividad se está imponiendo en el sector salud. Desde el punto de vista del enfoque estratégico de la gestión, las empresas hospitalarias tienden a separar en *unidades estratégicas de negocios* sus distintas unidades internas (departamentos y servicios) para verificar y controlar, incluso a nivel contable, su valor agregado, tal como se observa en el caso de los servicios de salud españoles. Si esto tiene alguna incidencia en un posible desempleo o en sueldos más reales es porque el valor agregado de numerosas unidades puede ser negativo, un aspecto que se ha heredado de una organización de servicios de salud orientada desde la oferta. De hecho, hoy en día los hospitales, los servicios de laboratorio, la farmacia institucional, los servicios generales (limpieza, dietética) y las propias unidades operativas (hospitalización, cirugía y otras) se establecen como centros de costos con claras implicaciones sobre la cantidad de recursos humanos requeridos y sus respectivas remuneraciones.

La última década ha permitido aprender lecciones sobre la flexibilidad en la gestión de servicios de salud. En el ámbito regional, la introducción de estas medidas no ha podido superar las limitaciones estructurales propias de los países de la Región, y en algunos casos la flexibilidad externa ha producido como secuela la inestabilidad laboral, la precariedad en las condiciones de trabajo y el deterioro de las condiciones básicas para el desempeño, que han agravado los problemas existentes.

Algunos investigadores han señalado las ventajas de la flexibilización —específicamente en la reorganización del trabajo, el cambio de las organizaciones, el aumento de la calidad, la libertad en la gestión de la jornada laboral, los rangos de productividad y la composición de la remuneración— como medida adoptada en el marco de normas previamente consensuadas que permitan potenciar el desarrollo personal y profesional del recurso humano del propio hospital y de otros estratos del mercado de trabajo.⁹ La aplicación de la flexibilidad es una decisión que corresponde a los niveles político y técnico altos del hospital.

El conflicto laboral en el hospital

En el marco de los procesos actuales del sector salud se observa una profunda modificación de las relaciones y las condiciones laborales. En dicha transformación los conflictos laborales adquieren relevancia y aumentan su complejidad al tiempo que surgen nuevas relaciones de poder en el seno de un contexto acotado por la flexibilización, la descentralización y la autonomía de gestión o de la organización de servicios orientados al usuario. Las exigencias que han de afrontar los directivos de hospitales, los gremios y los sindicatos cambian radicalmente y demandan modificar el estilo vertical de gestión, la tradicional representación corporativa y la lucha por beneficios aislados.

En general, la relación entre empleados y empleadores se ha caracterizado por tensiones vertebradas en tres dimensiones específicas:

- Económica, o de intercambio de trabajo por un salario.
- Político-ideológica, que incluye relaciones de poder que se expresan en la concepción de la salud y conflicto de intereses entre el trabajador, la institución y los usuarios.
- En la organización de la producción de servicios, derivada de la división técnica del trabajo.

Las reformas sectoriales sugieren que las modificaciones que conllevan ha de producirse en estas tres dimensiones, como puede inferirse al analizar los tipos de flexibilización que se aplican actualmente en las organizaciones sanitarias. Por otro lado, la desconcentración y la descentralización creciente de los servicios de salud y, más aún, la constitución de los hospitales públicos en empresas sociales, debilitan las representaciones centrales de gremios y sindicatos y exigen más fortaleza a sus representaciones locales, lo que modifica la naturaleza de la negociación laboral.

Otro factor importante en el cambio de las relaciones de negociación laboral es el establecimiento de sistemas de medición de indicadores de productividad en función de los costos del personal. Estos sistemas proporcionan información que pone en entredicho las exigencias laborales, muchas veces incompatibles con la baja producción y calidad de los servicios. Un análisis pormenorizado permite descubrir en algunos casos que, para el que paga, los costos de servicios de deficiente calidad superan los precios del mercado, incluidos los márgenes de utilidad de los servicios privados. Estos argumentos modifican las condiciones de negociación sobre las remuneraciones e introducen principios de medición de la productividad y la calidad relacionados con la retribución. Sobre este punto cabe preguntarse hasta qué punto un servicio público de salud en el cual no existe la explotación del capital, sino las penurias de un Estado empobrecido, puede justificar un conflicto laboral centrado en beneficios gremiales y no en el servicio de calidad que requieren los ciudadanos.

El gran cambio en el escenario actual es la modificación de la condición estable del empleo como derecho adquirido y la introducción de formas inciertas de vinculación al mercado de trabajo. Las experiencias de la Región a este respecto son desiguales, pero en general siguen esta tendencia. En

el caso colombiano, por citar un ejemplo, en un marco de municipalización de servicios de salud y autonomía de gestión de los hospitales como empresas sociales, el recurso humano cambia su dependencia y, por consiguiente, la regulación de su contratación y la asociación de otras formas de pago a la producción. La contratación flexible ha afectado la dinámica ocupacional principalmente en la profesión médica, ha reducido el rango de dispersión de los ingresos por retribución de esa profesión y aumentando el número de cargos con contratación flexible. En general, la estabilidad se mantiene como derecho adquirido de quienes ya la disfrutaban y en las nuevas contrataciones se aprecia una tendencia a utilizar las formas flexibles de contratación.

En el caso chileno, el personal municipalizado (18.000 trabajadores) ha conseguido la aprobación de una ley que reconoce la carrera de los funcionarios locales, modificaciones en la remuneración, incentivos al desempeño y la experiencia. Esto pone de relieve que la negociación en temas de regulación y concertación avanza hacia la reglamentación y la delimitación de los efectos de la flexibilización, protegiendo al personal sanitario de la salud y buscando su desarrollo.⁸ Estos casos permiten documentar la complejidad de los procesos de regulación y negociación y advertir sobre las nuevas exigencias de la negociación laboral, que, además de las cuestiones referentes a las condiciones de trabajo, incorporan consideraciones sobre el modelo de atención, el financiamiento del sistema y la defensa de la salud como bien público.

En la actualidad, la huelga, máxima expresión de un conflicto laboral, se presenta como mecanismo de presión cada vez más desgastado e insuficiente para afrontar la corriente de reforma. De ahí que el afán de reglamentar o prohibir por medio de la ley la paralización de los servicios de salud, aunque dificulta esta medida, no modifica los problemas de base que han generado los conflictos.

En el nuevo escenario, la negociación de las condiciones de trabajo deberá convertirse en un mecanismo de diálogo permanente orientado a conseguir beneficios para el trabajador, la institución y, principalmente, para la población, no en un sentido de asistencia pública, sino como el derecho de una ciudadanía que debe ejercer el control sobre las prestaciones que recibe.

La aceptación social de la salud como bien público exige cada vez más que los ciudadanos de los Estados, individualmente o en grupo, subordinen sus intereses a los de la colectividad, lo cual marca un límite infranqueable que no puede ser superado por pactos colectivos del trabajo ni por cuerpos normativos de las organizaciones gremiales.

La tendencia actual es que el hospital autónomo ejerza su propia capacidad de negociación de los pactos colectivos, respetando los derechos legítimos de los trabajadores y circunscribiendo la vigencia de esos derechos a la supremacía de la salud entendida como bien público.

Formación de recursos humanos en salud

Según Bosch, el sistema de formación de recursos humanos debe ajustar su producción cuantitativa y cualitativa con arreglo a las exigencias de la reforma sectorial.¹⁰ En la esfera de lo cuantitativo debe intentarse producir ni más ni menos que lo que se prevé que utilizará el sistema. Una producción inadecuada es un despilfarro económico y humano que produce dramas personales y genera peligros sociales, técnicos y económicos. Los errores de sobreproducción que en este siglo se han cometido en casi todas partes son tan evidentes y están tan bien documentados que no merecen otro comentario que el afirma que nadie parece haberse dado por enterado porque continúan perpetuándose. Es importante reflexionar sobre dos aspectos negativos de la autonomía educativa: la proliferación de profesionales que induce y su repercusión en el empleo.

En la esfera cualitativa es fundamental que los formadores se acerquen a la realidad social y sanitaria con objeto de superar los modelos tradicionales que privilegian una formación teórica que no logra afrontar la complejidad de la realidad. El mayor desafío para la formación de recursos humanos en salud es superar la cultura jerárquica y cerrada a la racionalidad científica que desconoce la diversidad, que no incorpora la necesidad de subordinar el interés profesional al beneficio colectivo, y que no identifica la diferencia entre un paciente sumiso y un ciudadano.

Además, los sistemas de salud deben aumentar su presencia en los procesos educativos de los profesionales de la salud. Los servicios de salud están en su derecho y tienen la obligación de determinar el perfil de los profesionales que necesitan y pedir al sistema educativo que organice su trabajo académico para obtener recursos humanos formados cuyas capacidades coincidan con estos perfiles. La definición clara de perfiles profesionales por competencias permitirá reformular los ámbitos de responsabilidad de las distintas profesiones de la salud desde la perspectiva del servicio al ciudadano y de la conformación de equipos interprofesionales.

Por otro lado, los servicios deben contribuir con el aparato productivo en todos los ciclos del proceso educativo, tanto en los hospitales como en el ámbito de la atención primaria de salud. En este contexto es preciso recordar las características específicas del hospital universitario como espacio de investigación de docencia asistencial. Es en este espacio donde se modelan los profesionales y se van definiendo las características técnicas, humanas y éticas de los futuros profesionales de la salud.

Es preciso consignar que la gerencia y la formación médica vertebran el eje del funcionamiento de los hospitales y que la mera experiencia en la gestión de los servicios médicos es claramente insuficiente para dirigir un hospital. El perfil profesional de los gerentes de hospital debe incluir, además de una formación en salud, otra posterior o anterior en gerencia, junto con la experiencia administrativa suficiente en el sector que corresponda, privado o público. Este tema ha sido desarrollado ampliamente en el capítulo 7.

La gestión hospitalaria: un escenario particular para la gestión del recurso humano

El hospital ha evolucionado a lo largo de la historia desde concepciones asistencialistas, religiosas y de beneficencia social —expresiones de obligación del Estado benefactor— hasta la adopción progresiva de formas organizativas empresariales, una evolución que se está imponiendo a nivel mundial a principios del siglo XXI.

En general, se puede afirmar que el hospital se ha mantenido como una instancia aislada de provisión de servicios, dependiente del ministerio de salud, la seguridad social, organizaciones sociales, gobiernos locales (municipios), e instituciones privadas, con diferentes grados de desarrollo y cobertura y, en muy pocos países, organizado como parte de un sistema nacional de salud. En la actualidad, y no obstante la heterogeneidad conceptual y organizativa del hospital en la Región, la tendencia que predomina es la de los hospitales públicos administrados directamente por entidades del Estado que coexisten con hospitales privados con y sin fines de lucro.

Desde sus inicios, el hospital se concibe como una unidad de oferta asistencial de servicios en la cual se aprecia una división del trabajo por tareas (aplicación en salud del modelo taylorista) orientada en función de la curación de enfermedades, con una alta tendencia a la especialización de procedimientos y con una jerarquización de funciones basada en la práctica de la medicina, lo que supedita a criterios médicos la relación con otras profesiones y define el carácter de las prácticas institucionales.

Los hospitales de la Región están afectados por la crisis general del sector público, caracterizada por una restricción presupuestaria creciente y severas debilidades de organización y gestión asociadas con la disminución del poder adquisitivo de la población. Hoy el hospital se ve abocado a modificar su tradicional funcionamiento frente a una poderosa tendencia de reforma sectorial que busca articular mecanismos para universalizar la atención, aprovechando la capacidad instalada tanto pública como privada sobre la base de esquemas de aseguramiento, sistemas nacionales de salud, y separación de funciones entre financiamiento y provisión, fondos nacionales o locales para compra de servicios a redes plurales de atención

Todos estos cambios convierten a la autonomía hospitalaria en un paradigma que ayuda a responder a las necesidades de salud de los usuarios y a facilitar la toma de decisiones en el hospital y sus relaciones con el entorno. Sin embargo, pocos equipos humanos, y mucho menos los del sector público, pueden alcanzar su autonomía sin pasar previamente por un doloroso proceso de cambio.

En la situación actual, prácticamente todos los principios de organización hospitalaria conocidos deben modificarse en respuesta a las siguientes necesidades:

- Prestar servicios de calidad y orientados al usuario
- Lograr autonomía, responsabilidad y compromiso del profesional
- Convertir a los jefes en líderes facilitadores
- Disponer de estructuras aplanadas y ágiles
- Alcanzar un equilibrio entre las perspectivas gerencial y clínica, para considerar a los productos ofertados en el hospital no sólo desde el ámbito de la oferta médica, sino como una necesidad o no de la demanda
- Incorporar criterios de costo, eficiencia, eficacia, efectividad e impacto en el análisis de las condiciones de salud

En muchos países se están elaborando propuestas para mejorar la capacidad de respuesta de los hospitales como parte de políticas nacionales, experiencias particulares y alternativas innovadoras. Aunque las propuestas de cambio son similares a nivel mundial, la evolución desde una gestión hospitalaria tradicional hacia lo que se podría llamar el hospital del futuro es muy heterogénea y depende de numerosos condicionantes de cada país. El cuadro 2 resume las características de la gestión hospitalaria tradicional y las necesidades que habrá de satisfacer el hospital del futuro.

Cuadro 2
La gestión hospitalaria
tradicional y la del futuro.

Parámetros	Administración tradicional	Administración necesaria
Ambiente en que mejor funciona	Rutina	Necesidad de innovación
Tipo de usuario	Pacientes sumisos	Ciudadano informado con derecho explícito a participar, a manifestar preferencias y a ejercer control social
Gestión general	Burocrática, sin orientación a clientes	Centrada en personas y procesos y orientada a la excelencia y la competencia
Tipo de liderazgo organizativo, toma de decisiones	Autoritario, jerarquizado con centralización del poder, comunicación unidireccional	Democrática y conductora de transformaciones, descentralización del poder, gestión participativa de las decisiones, comunicación multidireccional
Estructura	Piramidal, vertical, compartimentalizada	Aplanada y basada en redes funcionales
Organización	Funcional, sin consideración de procesos	La importancia de una aproximación personalizada del manejo de los tiempos y de la línea de prestación del trabajo
Administración	Rígida, orientada a la legalidad	Flexible, orientada a resultados
Jefaturas de servicio	Selección según criterio técnico-científico médico-gerencial	Selección según criterio de gestión por productos y capacidad gerencial
Política de calidad	Débil, en función del cumplimiento de procedimientos	Mejoramiento continuo de calidad
Reglamentación técnica	Amplia variabilidad, según criterios médicos	Gestión clínica, protocolización para asegurar calidad y eficiencia (prescripción controlada sobre la base de prácticas exitosas y evidencias)
Administración de recursos humanos	Centralizada, normativa, rígida, de orden y control, fragmentada, de régimen laboral cerrado, función administrativa aislada	Descentralizada, estratégica, participativa, de calidad y productividad, flexible, de régimen laboral abierto, función de la alta dirección
Política salarial	Según categorías y niveles	Incentivos según producción y resultados
Presupuestos	Repartición fija de recursos, histórica	Repartición variable de recursos, presupuestación prospectiva basada en costos, producción y demanda
Contabilidad	De registro, sin criterio de costos	De costos, ligada a presupuestos
Política de adquisiciones	Centralizada, sobre la base de concursos	Descentralizada, por unidades de gestión
Rendición de cuentas	Inexistente	Auditorías de procedimientos clínicoquirúrgicos, información abierta a la comunidad ligada a la evaluación
Información	Como ejercicio formal	Como recurso para toma de decisiones y garantía de transparencia
Participación social en gestión	Débil	Órganos participativos de gobierno hospitalario
Aspectos que se perciben como valores	Disciplina, conformismo, lealtad, cumplimiento de la norma, respeto a la autoridad, antigüedad	Cambio, desarrollo, aprendizaje, creatividad, confianza, comunicación

Fuentes: Consultoría i Gestió, S.A. El hospital reinventado. Barcelona: Consultoría i Gestió, S.A.; 1998; Artaza O. Documento de posición. Santiago de Chile: FUNDARED; 2000. Elaboración: Fundación Ecuatoriana de la Salud, 2000.

Gestión del recurso humano en el hospital

La gestión del recurso humano está determinada tanto por las expresiones o formas organizativas, estructurales y funcionales del hospital en su conjunto y su relación con el resto del sistema de salud, como por las tendencias vigentes sobre las formas de organización social, el papel del Estado y las posibilidades de expresión ciudadana. En este sentido, la gestión de los recursos humanos se ha desarrollado en un marco general que muestra las siguientes particularidades:

- Ausencia del recurso humano en la conducción de los procesos de cambio.
- Inadecuada distribución en el hospital sobre la base de una organización y división del trabajo fragmentada en función de la oferta y organizada según las posibilidades de trabajo del médico asistencial, que convive con el trabajo liberal.
- Influencia exagerada del criterio profesional, particularmente médico, en el funcionamiento del hospital, lo que condiciona que cada profesional trabaje sobre la base de los conocimientos propios de su especialidad y desarrolle un trabajo de alta complejidad, difícil de ser supervisado y protocolizado, con alto grado de autonomía de los profesionales con relación al proceso productivo.
- Condiciones jurídicas para la gestión administrativa, financiera y de recursos humanos rígidas, generadas fuera del hospital y, por tanto, sin control por parte del gerente.
- Excesiva centralización de las decisiones en materia de recursos humanos.
- Nula carrera profesional; sólo permite articular carreras jerárquicas de tipo burocrático.
- Sistema incapaz de competir y con separación total entre rendimiento en el puesto de trabajo y retribución.
- Débil control social sobre el servicio de salud y la relación directa paciente-profesional de la salud.

En el marco de los procesos de reforma, la gestión del recurso humano como factor crítico para el cambio requiere una orientación técnica y política equilibrada, que no sólo permita responder a los problemas cotidianos, sino que se proyecte hacia el futuro como parte de la respuesta que una sociedad equitativa ofrece a la ciudadanía en el cuidado y el servicio a su salud. En el cuadro 3 se resumen las características de la gestión de recursos humanos vigentes (gestión normativa) y las exigencias del nuevo escenario de reforma sectorial y hospitalaria (gestión estratégica de valores).

Cuadro 3
**Características de la
 gestión del recurso humano.**

	Gestión normativa	Gestión estratégica de valores
Concepción	Fuerza de trabajo no protagonista	Factor estratégico
Políticas	Predeterminadas externamente	Diseñadas para el hospital
Gestión financiera del recurso humano	Administración del papel de pagos	Planificada y financiada (incluyendo presupuesto para incentivos, entrenamiento en servicio y desarrollo)
Selección	Criterios generales y acceso de la clientela	Según perfiles profesionales acordes con la demanda institucional
Condiciones de trabajo	Salarios poco competitivos y muy heterogéneos Heterogeneidad de regímenes laborales Conflictividad laboral larvada o manifiesta	Retribuciones mixtas con fracciones fijas y variables asociadas con resultados, régimen laboral abierto con personal de planta y modalidades flexibles según la dinámica institucional, garantía de derechos laborales básicos negociados
Motivación e incentivos	Baja, incentivos negativos (menor esfuerzo, evasión del trabajo, ausentismo, etc.)	Parte de la política de retribución, que impulsa la autorregulación y la responsabilización profesional
Evaluación del desempeño	Bajo nivel de desempeño del personal e insuficientes criterios de evaluación sin relación con políticas de retribución	De acuerdo con resultados y competencias requeridas para la contratación. Ámbitos individual y colectivo
Educación	No sistemática, sin relación directa con necesidades estratégicas del hospital	Proceso sistemático de entrenamiento en servicio de acuerdo con las necesidades educativas individuales ajustadas a los procesos de trabajo
Sistema de información	Muy poco desarrollo	Diseñada para la institución como criterio fundamental para la toma de decisiones
Quien administra el recurso humano	Unidades de personal aplicando la legislación vigente con baja participación en las decisiones institucionales	Alta gerencia institucional

Fuentes: Brito P. Gestión descentralizada de recursos humanos en salud en la reforma sectorial. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1996:1-23; Artaza O. Documento de posición. Santiago de Chile: FUNDARE; 2000. Elaboración: Fundación Ecuatoriana de la Salud, 2000.

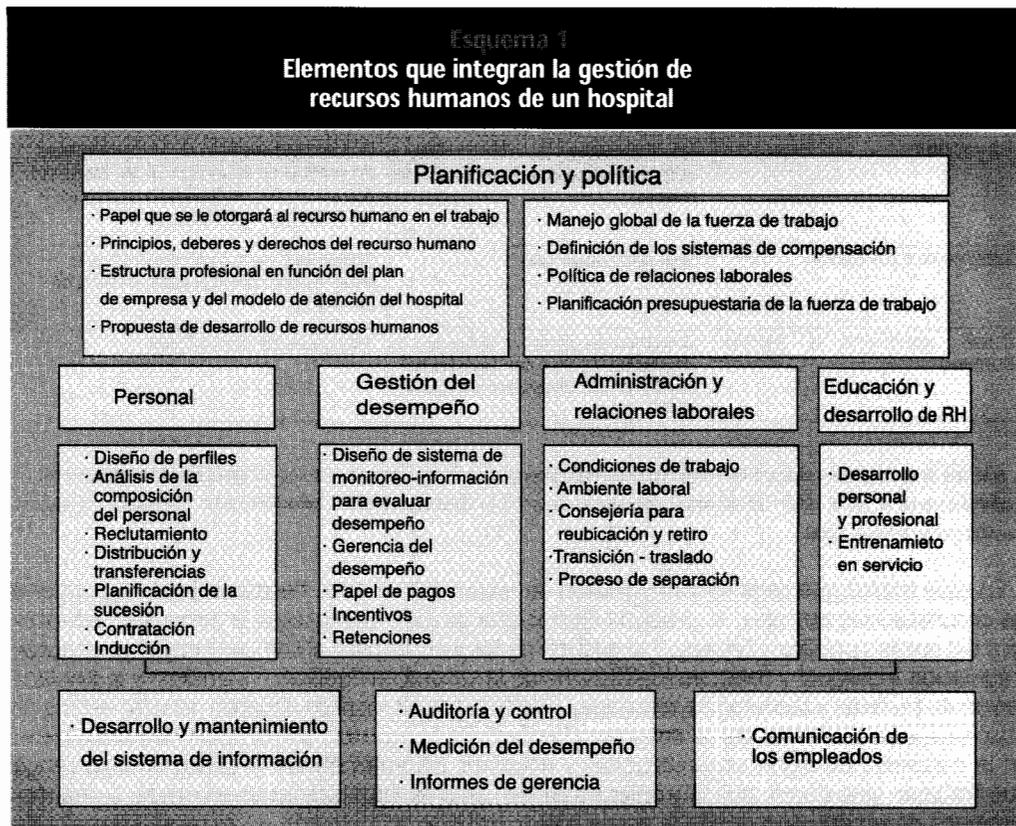
En este marco que caracteriza la gestión de recursos humanos necesaria para responder a las circunstancias actuales, se propone ejercer una gestión que integre la dimensión estratégica del análisis político y técnico,¹¹ la gestión de los valores para el cambio,³ impulsar la autorregulación individual y colectiva,¹ la filosofía de la calidad, el equilibrio financiero y la implantación de técnicas y tecnologías avanzadas. Todos estos elementos deberán generar estilos de acción capaces de responder al entorno. El énfasis de la gerencia de recursos humanos recae en la necesidad de lograr organizaciones y entornos laborales donde la gente no sólo tenga que trabajar, sino donde pueda y quiera trabajar, esto es, organizaciones efectivas. El mantenimiento de un entorno donde la gente quiere trabajar se inicia con un sistema salarial y de beneficios netamente ligado al rendimiento del personal, enmarcado en la ley, pero con claras diferenciaciones del pago por rendimiento y las responsabilidades asumidas. Una organización efectiva requiere evaluar el rendimiento y la calidad. En el origen de la calidad de la organiza-

ción hospitalaria se encuentra la definición de la estructura organizativa y, sobre todo, la dotación de recursos de calidad. De ahí la importancia de seleccionar personal adecuado y evaluarlo continuamente, y de disponer de políticas de terminación de la relación laboral.

La función de los recursos humanos en el hospital: algunas propuestas

El reto actual que afrontan los gerentes es administrar los valores y las capacidades de las personas y adaptarlos a las exigencias de la demanda en un clima organizativo favorable. En el caso del hospital, la gestión debe responder a una visión de servicios orientados a interactuar con el usuario en la medida de lo posible.

La gestión de los recursos humanos está integrada por los elementos que aparecen en el esquema 1, en el cual se ofrece, además, una visión general de la multiplicidad de aspectos que se deben abordar en un hospital. Esta función exige la aplicación de conocimientos, técnicas e instrumentos y su aplicación abarca los campos de la planificación y la política, la definición y el mantenimiento contingente de recursos humanos (*staffing*), la gestión del desempeño, la administración del personal y la gestión de las relaciones de trabajo, así como la educación del personal y el desarrollo de la capacidad de trabajo. Estos elementos se describen sucintamente a continuación.



Fuentes: Price Waterhouse and Coopers. Documento de consultoría. Quito: Ministerio de Salud Pública; 1999; World Health Organization. Training manual on management of human resources for health. Geneva: WHO; 1993. (Document WHO/EDUC/93.201.)
Elaboración: Fundación Ecuatoriana de la Salud, 2000.

Planificación y política

La política institucional de recursos humanos se relaciona directamente con la política de desarrollo del hospital y, en este sentido, está subordinada a la orientación que éste se proponga, y que sólo podrá seguir si cuenta con recursos humanos capaces y convencidos de alcanzar los objetivos propuestos. La definición de una política se refiere a todas las decisiones y acciones que influyen en la forma de seleccionar, contratar, distribuir y gestionar los recursos humanos de la institución. Al diseñarla, se debe realizar un análisis estratégico del lugar que ocupan en el hospital sus actores, así como de los determinantes externos de la gestión de recursos humanos. Algunas áreas que tienen una clara incidencia en la gerencia de personal son la influencia de los propios empleados y trabajadores en las decisiones de personal, delimitada por las leyes, los estatutos y los contratos colectivos, las formas de trabajo, que incluyen normas disciplinarias y el ejercicio adecuado de derechos, las remuneraciones en el contexto legal y dentro de la organización, y el flujo interno (de ingresos, promociones y despidos).

Basta efectuar un análisis de estas cuatro áreas en el sector público para mostrar la escasa flexibilidad y factibilidad de administrar efectivamente los recursos humanos, incluso en instituciones con cierta delegación. En ello estriba la importancia de los recursos humanos cuando se consideran como un aspecto estratégico que afecta la negociación y el cambio tanto intra como suprainstitucional.

Es necesario que cada hospital explicita una estrategia de recursos humanos que garantice que las decisiones que se tomen cuenten con el respaldo político necesario. Los contenidos de dicha política pueden incluir temas relacionados con la consecución de resultados concretos, la descentralización del poder y las decisiones que se toman en el hospital, la flexibilización interna y externa, las modificaciones hospitalarias en función de su integración a una red, la comunicación y la negociación de relaciones laborales, la transparencia de los procesos de contratación, el uso y el acceso a la información, los sistemas de retribución justos y relacionados con el desempeño, la capacitación en servicio y, por último, el desarrollo personal y profesional.

Definición y mantenimiento contingente de recursos humanos

Una vez identificados los objetivos de las organizaciones, es fundamental conformar equipos de trabajo con personas que reúnan las competencias, habilidades y los valores adecuados para asegurar que la institución pueda alcanzarlos. El objetivo del mantenimiento contingente de recursos humanos consiste en desarrollar una estrategia global para conformar equipos de trabajo en el hospital, coordinar el desempeño de los funcionarios de carrera y nombramiento, y realizar contrataciones colectivas o contratos ocasionales a personas o empresas a las cuales se han comprado servicios. En el caso del hospital, es primordial analizar toda la información respecto a los estudios de mercado institucional, la producción por servicio y las percepciones de los usuarios y trabajadores, a fin de conocer las demandas a las que el personal hospitalario deberá responder.

Para organizar el contingente de recursos humanos, se responderá a preguntas tales como: ¿qué personas se necesitan?, ¿de qué tipo de personas se dispone? (lo cual permitirá definir la brecha de necesidades), ¿qué se debe hacer para ajustar las necesidades de recursos humanos del hospital al personal existente?, ¿cómo se consigue personal para desempeñar las nuevas funciones? Para responder operativamente a estas preguntas, es preciso, por un lado, definir perfiles profesionales y ocupacionales y, por otro, elaborar la normativa del hospital respecto a la dotación del personal.

Configuración de perfiles profesionales

Como se mencionó anteriormente, los perfiles profesionales y ocupacionales requeridos (al margen de que se refieran a individuos o empresas) se basan en los planes de empresa, la visión institucional y la misión de cada servicio y departamento, así como en los productos que se pretende obtener. También es necesario especificar las competencias de los recursos humanos, pues ello permite clarificar los requisitos que debe reunir el responsable de desempeñar determinadas funciones. Por añadidura, este nivel de definición facilita la evaluación del desempeño de ese grupo de recursos humanos. (En el ejemplo 1 del anexo se describe un instrumento de contratación por producto a empresas y los términos de referencia para individuos o empresas en el ámbito de los servicios de salud.) Un perfil profesional consta de los siguientes elementos, que deben ser definidos con claridad:

- Denominación: ¿cuál es la ocupación fundamental que tendrá el trabajador o la empresa que se contrate?
- Dependencia: ¿cuál es la línea jerárquica a la que responde el trabajador, la prensa y las personas con que se coordina para trabajar?
- Descripción de competencias necesarias para el desempeño de las funciones (formación profesional individual o de equipo, experiencia en temas específicos, descripción concisa de funciones).
- Descripción de productos que se esperan de su trabajo.

Dotación de personal hospitalario

Para dotar de personal al hospital se dispone de varas técnicas. En general, se estima la dedicación profesional y no profesional en horas de acuerdo con la demanda y la productividad de las diferentes unidades operacionales de la institución. A pesar de las dudas que existen en cuanto a la aplicación de normas de dotación, es importante subrayar la necesidad de definir en el hospital, y con arreglo a sus peculiaridades, un referente que permita evaluar la estructura y el volumen del personal. (El ejemplo 2 del anexo se describen modelos de dotación del personal de salud.) Seguidamente se resumen los tipos de normativas que se pueden utilizar a tal efecto:

- Servicio ideal: suele basarse en indicadores óptimos que sirven como referentes a largo plazo y permiten realizar análisis de avances.
- Política institucional: se define según investigaciones de productividad, buenas prácticas gerenciales y opiniones de expertos en los niveles deseables de composición y distribución del personal respecto al patrón de servicios ofertados.
- Estándar mínimo: aquellas necesidades mínimas para el funcionamiento de la institución.
- Norma de buena práctica: son útiles para hacer comparaciones y establecer referencias (*benchmarking*) que cambian constantemente.
- Escenarios (norma *si-entonces*): están sujetos a las variaciones de la oferta y la demanda de servicios, y se utilizan para hacer proyecciones de la modificación del número y la complejidad de los servicios que se van a ofertar.
- En general, la norma es un referente de planificación y control cuyos límites deben entenderse en función de estructuras flexibles y cambiantes.

El establecimiento y el control de la composición del equipo humano del hospital es una tarea permanente que debe permitir hacer los ajustes pertinentes. Para ello, es útil formularse las siguientes preguntas:

- ¿Son correctos el número y la composición del personal actual?
- ¿Qué modificaciones deben hacerse para responder a las demandas de la población adscrita al hospital?
- ¿Qué estrategias gerenciales pueden mejorar la organización y desempeño del recurso humano?
- ¿Qué impacto en la composición de personal podría tener la innovación tecnológica?

Definidos la composición del equipo humano del hospital y los perfiles que se buscan, se puede proceder a la selección, contratación e incorporación del personal en su nueva función.

Selección de personal

La selección del personal permite concretar la elección adecuada de empleados para el hospital con el fin de complementar la oferta institucional de servicios de salud. Para llevarla a cabo, se habrá de decidir qué opción es la más adecuada: selección interna, selección externa, o bien la compra de servicios a terceros. (En el ejemplo 3 del anexo se presenta un formulario para registro de información de solicitantes de empleo.) Por otra parte, la selección puede efectuarse utilizando distintos mecanismos: calificación por la normativa vigente en el país (colegios profesionales, instituciones públicas y leyes de Servicio Civil), valoración de hojas de vida, oposiciones, valoración cuantitativa de las solicitudes de trabajo, entrevistas individuales, entrevistas corporativas, solución de problemas específicos de acuerdo con las competencias solicitadas, etc.

La selección es en muchos países una tarea que corre a cargo de los gremios profesionales y que se realiza con muy poco o ningún control por parte de los gerentes de los hospitales. Esto da lugar origen a dificultades adicionales y constituye, sin lugar a dudas, un aspecto que deberá modificarse a mediano plazo mediante un serio proceso de negociación.

La selección y contratación del personal tiende a superar las formas legales vigentes, respetando los principios constitucionales de igualdad, mérito y capacidad. En algunos casos se observa la creación de sistemas de selección que agrupan a varios hospitales con planes de empleo coordinados.

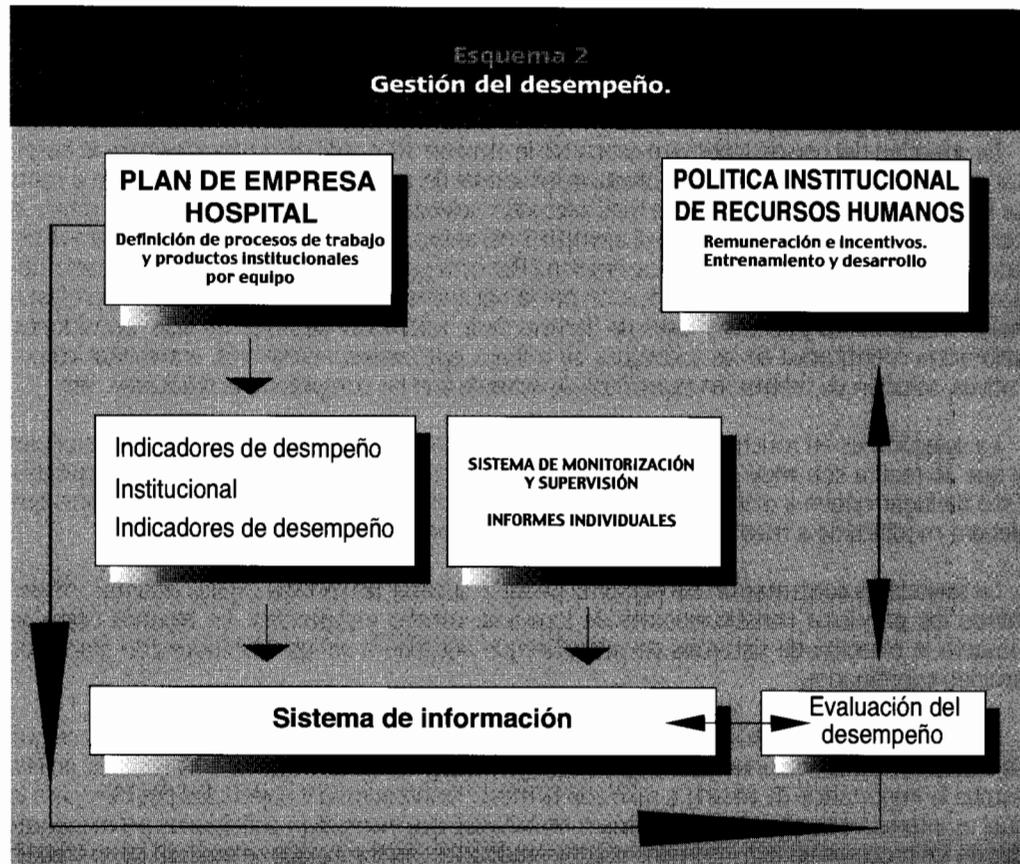
La contratación del personal seleccionado es el momento de aplicar los formatos legales en que se establecen las condiciones de trabajo, las obligaciones y los derechos de los trabajadores; en ello estriba la importancia de llevarla a cabo con la mayor transparencia y objetividad posibles, para lo cual es interesante revisar instrumentos contractuales que incorporan definiciones pormenorizadas de los procesos en que interviene el contratado y los resultados que se esperan de su trabajo (términos de referencia y compromisos de gestión, principalmente). La existencia de documentos legales que especifican las condiciones laborales permite, en un contexto de gestión descentralizada, mejorar el desempeño de los empleados, reducir los índices de ausentismo y rotación, y, a la vez, establece las obligaciones del empleador en cuanto a la seguridad en el trabajo.

Una vez contratado el candidato, y a efectos de agilizar su inserción, debe procederse a su incorporación o inducción, que ha de comenzar con su orientación en la institución. (En el ejemplo 4 del anexo se resume un plan de inducción.)

Gestión del desempeño

La gestión del desempeño es la capacidad de movilizar voluntades, competencias y valores en función de resultados institucionales, personales y de servicio a la comunidad. La gestión del desempeño de una burocracia profesional, como la que caracteriza al hospital, exige realizar un importante esfuerzo de normalización de habilidades y conocimientos en la asistencia directa. Esta línea de acción corresponde a la denominada gestión clínica, una técnica gerencial especialmente aplicada en organizaciones de salud que parte de procesos participativos de protocolización, búsqueda de consenso y nuevas formas de comunicación interna, que permiten disminuir la variabilidad de la práctica clínica y establecer, por consenso y con casi total autonomía, las prestaciones.

La utilización de cualquier técnica para evaluar el desempeño debe considerar la posibilidad real de relacionar los resultados obtenidos con los sistemas de retribución e incentivación, capacitación y reciclaje y promoción. En el esquema 2 se representan algunas de estas relaciones:



Fuente (y elaboración): Fundación Ecuatoriana de la Salud, 2000.

Evaluación del desempeño

Respecto a la evaluación del desempeño cabe decir, además, que la elaboración y aplicación de una propuesta de evaluación es una tarea técnica que debe partir de las competencias (conjunto de habilidades, capacidades, conocimientos, patrones de comportamiento y clases de actitud que definen un desempeño superior y resolutivo frente a determinado problema) para desarrollar acciones concretas en el trabajo individual y colectivo que la institución haya considerado necesarias para alcanzar sus objetivos de producción. La traducción de estas competencias y productos a indicadores cualitativos y cuantitativos concretos, la definición de técnicas para obtener sistemáticamente información, la implantación de un sistema de información que registre las mediciones y procese los resultados, la disponibilidad de los mecanismos para hacer valoraciones finales (individuales y colectivas) y su relación con los sistemas de pago e incentivo, son algunas de las tareas del equipo responsable de la gestión de recursos humanos del hospital. Es importante recalcar que todo este proceso debe desarrollarse de forma participativa y consensuada. (En el ejemplo 5 del anexo se expone el caso del Hospital Luis Calvo Mackena, de Santiago de Chile, donde se emplea un sistema de gestión del desempeño en el marco de un proceso global de transformación hospitalaria.)

Tanto para diseñar un nuevo sistema de evaluación del desempeño como para valorar sistemas en aplicación puede ser útil responder a las siguientes preguntas:¹²

- ¿Existe algún mecanismo de gestión del desempeño que se esté utilizando en la institución?
- ¿Estos mecanismos se basan en supervisión, evaluación, recompensa, habilidades y competencias o disciplina?
- ¿Forman parte todos estos mecanismos de una propuesta de gestión del desempeño o se privilegia alguno de ellos?
- ¿Cómo perciben los diferentes niveles del hospital los aspectos de gestión del desempeño?, ¿se utiliza esta gestión como herramienta gerencial?
- ¿Aceptan los gerentes de los diferentes niveles de la organización la responsabilidad según los niveles de desempeño acumulados?, ¿están capacitados para decidir la mejor forma de medir el desempeño en la práctica y decidir los criterios que se han de utilizar a ese efecto?
- ¿Se relaciona la evaluación del desempeño con la rendición de cuentas (*accountability*) del hospital: carrera, asignación de puestos de más responsabilidad?
- ¿Cuáles son los criterios, requisitos y procedimientos necesarios para acreditar la experiencia profesional que se aplican en el hospital?
- ¿Qué requisitos externos deben cumplir los miembros de los equipos de trabajo para su desempeño (sobre todo los grupos de profesionales)?
- ¿Cuán efectivos son los requisitos externos para identificar profesionales de bajo rendimiento?
- ¿Cuáles son las oportunidades y amenazas que se derivan de las políticas nacionales e institucionales sobre gestión del recurso humano?
- ¿Las nuevas formas de contratación permitirán elevar el nivel de desempeño?
- ¿Qué sistema se necesita para aprovechar la nueva forma de contratación con objeto de mejorar el desempeño individual y de la organización?

Formas de compensación e incentivos

La política y el manejo de retribuciones es un instrumento de gestión, el punto de partida de una estrategia de cambio, no solamente una herramienta administrativa. Esta política debe orientarse al aumento de la consistencia interna, respecto a la estructura y la evaluación de cargos de la institución, y externa, en relación con el mercado de trabajo (investigación salarial). Todo sistema retributivo debe ser claro y concreto para que toda persona sepa lo que percibe y por qué lo percibe.

Tradicionalmente la composición salarial se establece con arreglo a las siguientes variables:¹³ política salarial de la empresa, capacidad financiera y de desempeño de la misma, situación del mercado de trabajo, coyuntura económica (inflación, costo de la vida, etc.), condicionantes en la negociación colectiva y reglamentación de organizaciones profesionales, y legislación laboral. En general, los salarios de las áreas de salud de los distintos países de la Región han puesto de manifiesto un deterioro y que las decisiones de los montos salariales dependen generalmente de disposiciones estatales en las cuales el gerente de recursos humanos no se inmiscuye. Sin embargo, en el marco de los procesos de desconcentración, pero sobre todo de descentralización y autonomía hospitalaria, se han incorporado algunos mecanismos que permiten modificar las retribuciones del personal de salud.

Existen tres formas básicas de remuneración. Primero, por tiempo, en la cual no se acostumbra controlar la calidad de la producción y el pago es fijo. Segundo, por resultado, generalmente asociada con la calidad de la producción y en la cual el pago es variable. Y, tercero, mixta, que consiste en una combinación de las dos anteriores, esto es, un pago fijo y otra fracción variable relacionada con el desempeño.

Actualmente, además de las formas de remuneración y contratación vigentes por la ley, y en el marco de una tendencia de flexibilización de las condiciones de trabajo, se han incorporado nuevas formas de retribución y contratación. Dos investigadores describen las siguientes formas de contrato y pago en salud:¹⁴

- Salario fijo por tiempo fijo, generalmente bajo regímenes jurídicos únicos que incluyen los servicios civiles con cargos de confianza o libre remoción, nombramientos, contratos por tiempo fijo y la contratación colectiva.
- Pago directo de honorarios libremente negociados entre proveedor (profesional) y cliente (paciente) sin intervención de un tercer pagador.
- Pago por tabla de valores preestablecidos por terceros (corporaciones profesionales, seguros).
- Pago por caso resuelto, independiente del número de exámenes, visitas o actos médicos realizados.
- Pago por capitación.
- Salario mixto, compuesto por una parte fija por tiempo y una parte variable por rendimiento o por procedimiento realizado.
- Pago de remuneración variable en función del volumen y la calidad de actos y procedimientos.
- Pago a terceros, modalidad alternativa de contrato de grupos de profesionales, empresas u otras organizaciones para desarrollar actividades específicas.
- Bolsas de trabajo generalmente destinadas a pasantes en formación.

Las tendencias actuales parecen privilegiar la estructuración de un sistema de pagos mixto que incorpora una fracción fija y otra variable asociada con la productividad individual o colectiva. Las diferentes figuras de contratación y pago deberán definirse en el marco de la política institucional de recursos humanos. En este marco de multiplicidad de mecanismos de pago es esencial identificar los comportamientos que estos mecanismos inducen en el recurso humano (por ej., si el pago es por prestación, se tiende a aumentar el número aunque esto atente contra la calidad). Según los diferentes enfoques de las teorías de motivación, el efecto motivador de la remuneración en el desempeño de los trabajadores se atribuye a que la remuneración no sólo representa una variable económica, sino a que también simboliza una parte de las recompensas psicológicas que el individuo busca en su ambiente de trabajo. Los aspectos no monetarios (responsabilidad, realización personal, reconocimiento, relaciones humanas) son otros factores de motivación importantes a la hora de diseñar una propuesta de retribución en el hospital. (En el ejemplo 6 del anexo se describe un modelo gerencial de GRID.)

Incentivos

En este capítulo el término incentivo se utiliza en sentido lato para denominar aquellas intervenciones que modulan la conducta del trabajador de la salud en el desempeño de su labor cotidiana. La utilización de incentivos se inscribe en el marco de distintas formas de pago o compensación salarial, concebidas como parte de esa compensación que, junto con la remuneración base (salario, sueldo, tarifa básica) y los beneficios que incluye el acuerdo o contrato laboral, conforman la compensación o retribución que recibe el empleado por su trabajo.

En una división muy general, los incentivos pueden ser financieros y no financieros, y los efectos que la utilización de unos u otros genera corresponden tanto al nivel de la productividad y el rendimiento individual y de grupos de trabajo, como al del desempeño global de las instituciones de salud.

Un primer tipo de incentivos que deben mencionarse son aquellos que están asociados con la forma de pago por servicios de salud (cuadro 4).

Cuadro 4
Efecto de las distintas formas de pago.

Efecto	Forma de pago				
	Pago por producto			Pago por tiempo	
	Pago por acto	Pago por caso resuelto suma global ¹	Capitación ²	Pago adicional por productividad individual o por grupo de trabajo	Salario fijo
Individual	Aumenta la producción	Disminuye las pruebas complementarias	Se da la mínima atención posible y disminuyen los ingresos	Mejora la productividad	Incentiva el menor esfuerzo
Institucional	Aumenta el costo. Incluye las prestaciones más caras	Menor resolución de procedimientos más baratos. Aumenta los tratamientos más complejos e invasivos	Se excluyen los pacientes complicados o crónicos	Aumenta la productividad y la competitividad	Producción básica

¹ El costo se calcula sobre la base de un diagnóstico y un proceso de resolución de un grupo relacionado con el diagnóstico.

² Valor fijo por paciente atendido, que generalmente incluye un paquete de servicios definido.

El empleo de topes salariales (*ceilings*) para el pago de actos médicos —muy utilizado por las empresas aseguradoras y por los propios servicios de salud— constituye un incentivo financiero que funciona como reguladores de costos.

Otros tipos de incentivos en la gestión dirigidos a regular las prácticas de trabajo en la prestación de servicios de salud, racionalizar la atención y contener costos son los siguientes:¹⁵

1. Colocar como puerta de entrada (atención primaria de salud) de la prestación de servicios de salud a médicos generalistas o de familia a fin de minimizar las intervenciones de mayor complejidad y costo.
2. Exigir certificados de preadmisión a nivel ambulatorio como requisito para el ingreso hospitalario.
3. Segunda opinión obligatoria para realizar una intervención quirúrgica.
4. Evaluación concurrente de la estancia en el hospital.
5. Administración de casos.
6. Revisión por pares.
7. Contratación de médicos con alta capacidad de resolución.
8. Guías de práctica clínica costo-efectivas.

Diversos estudios indican que, si bien el incentivo financiero es determinante al definir la conducta frente al trabajo, también existen otros incentivos que aumentan la satisfacción de quien trabaja y, por ende, el desempeño individual y organizativo. Algunos ejemplos de este tipo de incentivos son los siguientes:

1. Participación consultiva (sugerencias de cambios institucionales), sustantiva (en decisiones de horarios, capacitación, organización de procesos, etc.) o representativa (parte de la junta directiva u otras formas de dirección).

2. Reparto de ganancias según rendimiento, generalmente con fondos comunes distribuidos periódicamente.
3. Garantía de vínculos de trabajo a largo plazo.
4. Garantías y derechos individuales especiales (apoyo en gastos familiares, educativos, etc.).
5. Pertenencia a organizaciones con objetivos claros.

Todos estos elementos no constituyen sino una referencia del amplio capítulo de los incentivos, muy relacionados con el tema actual de medición de la productividad y la calidad de los servicios de salud y la evaluación del desempeño del personal.

Motivación

Uno de los elementos clave para la gestión del desempeño es la motivación. No obstante, en un entorno de salarios, incertidumbre para el desarrollo de la carrera profesional, mínima o ninguna recompensa al buen desempeño, y supervisión punitiva antes que apoyo, el éxito que puede esperarse de las modalidades de motivación es a menudo escaso. En los países de la Región, los procesos de reforma han comenzado por aumentar las exigencias de productividad de los recursos humanos sin modificar sus condiciones de trabajo (salarios, recompensas, estímulos, posibilidades de desarrollo individual y profesional) ni prepararlos para mejorar su desempeño y la calidad de los servicios. Estos aspectos han contribuido a desmotivarlos.

Los factores de motivación individual se relacionan directamente con la satisfacción de las necesidades individuales. El trabajo puede satisfacer muchas de las necesidades del individuo, aunque corresponde a cada organización identificar los factores que estimulan y desmotivan a las personas, un aspecto muy vinculado con la dinámica gerencial de la institución y, por supuesto, con el marco global de cada país. La motivación es un elemento crítico para el éxito de la organización, si bien no es el único para asegurar un alto nivel de desempeño. Éste se logra en un contexto de amplia participación y autorregulación individual y de grupo, orientados hacia la calidad y la trascendencia de prestar servicios a la comunidad. El ejemplo 7 del anexo describe un caso de remuneración mixta y en el ejemplo 8 se enumeran los factores que afectan las actitudes en el trabajo.

Administración del personal y gestión de las relaciones laborales

La administración del personal se refiere a la gestión de las condiciones de trabajo tanto desde el punto de vista de la legislación como desde el de las relaciones de trabajo individuales y colectivas (representaciones gremiales, sindicales). El logro de un adecuado equilibrio entre la influencia de los empleados y el poder de la dirección es un factor estratégico del éxito de la gerencia.

La administración del personal, especialmente en el sector público, ha sido sinónimo de la aplicación de normas en la gestión del recurso humano. Uno de los problemas que se afrontan en este campo es la diversidad de regímenes laborales, aspecto que merece ser analizado con detenimiento.

Al parecer, el futuro de las relaciones laborales se encuentra en la delegación de las funciones operativas para mejorar la interlocución social (valoración y clasificación de puestos de trabajo, selección y modelos de contratación, causas de despido, régimen disciplinario, etc.) con la creación de procesos de arbitraje interno que disminuyan la judicialización externa.

Gestión de recursos humanos en presencia de distintos regímenes laborales

En un escenario de gestión hospitalaria orientado hacia la autonomía adquiere relevancia la gestión de recursos humanos en presencia de distintos regímenes de prestación de servicios. Los regímenes civiles se rigen por normas de derecho público, por medio de las cuales los funcionarios no pueden hacer otra cosa que lo previsto en la Constitución y las leyes de sus países, a diferencia de lo que sucede en el derecho privado, que permite hacer todo lo que no está prohibido por la ley.

En la mayor parte de los países de la Región coexisten dos regímenes fundamentales para la gestión de recursos humanos: el Servicio Civil y los Códigos del Trabajo. En el seno de cada régimen existen algunas modalidades de contratación como los nombramientos definitivos, nombramientos provisionales, contratos temporales, periodos de prueba, etc., a las cuales se suman actualmente las formas alternativas de contratación mencionadas anteriormente. Todo ello aumenta la complejidad de la gestión de recursos humanos.

En la gestión de recursos humanos hay que tener en cuenta, por otro lado, que las leyes de derecho público y los contratos colectivos de trabajo no son fines en sí mismos, sino instrumentos para la alcanzar los objetivos institucionales. Al negociar las condiciones laborales, los interlocutores de los pactos colectivos de trabajo (sindicatos, organizaciones profesionales o gremiales) son quienes ejercen presión y obtienen conquistas sociales o derechos. Estas conquistas son de aplicación obligatoria en instituciones, principalmente en las públicas, lo que en muchos casos no guarda relación con sus objetivos y políticas, pues se convierte en trabas para la gestión de recursos humanos. Un ejemplo de ello es la administración directa de concursos por parte de los gremios médicos o la aplicación de los sistemas de escalafón para estimar el salario, independientemente del rendimiento del contratado.

Gestión de las relaciones de trabajo (ambiente laboral favorable)

El objetivo central de la gestión de las relaciones laborales debe ser la creación de un ambiente de trabajo que permita el desarrollo de los recursos humanos y la búsqueda de personas idóneas, capacitadas, comprometidas y estimuladas para satisfacer las necesidades de sus usuarios. Esto exige que el hospital conceda importancia estratégica a la potenciación de su personal, estimule la creatividad, la capacidad innovadora y el compromiso de su personal con nuevos estilos de interacción con los usuarios, la comunidad y la red de servicios. La gestión de las relaciones laborales requiere aplicar algunos principios y técnicas, entre las cuales destacan las siguientes:¹⁶

- Eficiencia en el uso de distintos estilos gerenciales, de acuerdo con las necesidades específicas del hospital.
- Uso de técnicas de delegación, para aumentar la responsabilidad y estimular el desarrollo de los equipos de trabajo. Para ello es preciso decidir qué tareas son delegables y quién puede realizarlas en un ambiente que fomente el desarrollo del personal y su futura movilidad.
- La utilización de distintos mecanismos para asegurar una conducta corporativa adecuada, mediante la definición participativa de principios y valores organizativos, dando facilidades al trabajador, responsabilizándolo de sus productos y fomentando su autorregulación. Las reglas y procedimientos disciplinarios deben ser claros y conocidos por todos al tiempo que se han de prever mecanismos de apelación y aplicación de sanciones en conformidad con la ley vigente y la gravedad de los actos.

Manejo de conflictos

Una de las competencias de mayor importancia en este tema es la de manejar conflictos. Para alcanzarla, es necesario que los integrantes de los distintos grupos laborales se aproximen sistemáticamente con objeto de analizar sus procesos de trabajo, definir necesidades, detectar problemas y solucionarlos. A tal efecto, es preciso seguir ciertos pasos, que se resumen a continuación:

- Definir los requisitos y las necesidades
- Recabar información
- Identificar la correlación de fuerzas y las probabilidades de solucionar los problemas en las circunstancias actuales
- Generar soluciones alternativas
- Definir mínimos y máximos permisibles y alcanzables
- Estructurar una estrategia de negociación

Educación y capacitación

La preparación de las estrategias de formación en ambientes de cambio y reforma conduce necesariamente a preguntarse por la vigencia de los viejos paradigmas. Sin plantearnos previamente la reconceptualización del proceso de aprendizaje de las profesiones y del papel central del ciudadano como usuario activo o potencial del sistema en la toma de decisiones, difícilmente se podrán elaborar estrategias formativas útiles para que las reformas sanitarias puedan tener éxito.¹⁷

Si el ser humano debe pasar la mayor parte de su vida en el trabajo, éste debe constituirse en la fuente de sus desafíos para avanzar en el conocimiento y el perfeccionamiento de sus destrezas, más aún en el espacio hospitalario, que constituye un escenario privilegiado de aprendizaje y enseñanza, tradicionalmente restringido a los temas técnicos de las profesiones de la salud, que en la actualidad incluye las complejidades de la gerencia de servicios de salud, economía y financiamiento de servicios sociales.

Como ha planteado un investigador, los procesos de educación permanente deben responder a ciertos principios que garantizan su impacto en el desempeño organizativo hacia el cambio. Dichos principios de la educación permanente son los siguientes:¹⁸

- Que movilice el pensamiento de quienes participan
- Que motive la realización de acciones reflexivas y diferentes
- Que sea actual, tanto por su relación con el desarrollo del conocimiento como por la oportunidad del tema
- Que permita formular preguntas nuevas y desafiantes
- Que incluya a todas las personas que tienen que ver con su trabajo cotidiano

Metodológicamente, la educación permanente se inscribe en una propuesta educativa que pretende superar el tradicional paradigma educativo y puede compararse con un sistema de llenado de vasos vacíos donde el instructor vierte contenidos.¹⁹ Dicha educación aplica la enseñanza para adultos, se basa en la experiencia, es participativa y utiliza medios de comunicación y audiovisuales. Además, se diseña, organiza y ejecuta y se basa en la concepción del aprendizaje como un proceso personal de incorporación de nuevos elementos en las personas de forma organizada y a modo de un sistema de filtros que permiten al ser humano <<hacerse consciente de lo que sabe, algo más complejo que recordar, que es el reflexionar, un elemento básico del aprender, un fenómeno activo que configura el paradigma en el que deben basarse las nuevas estrategias educativas>>.¹⁹

Para incidir en los procesos de trabajo, la educación permanente debe partir desde el trabajo mismo e identificar los cambios que en él se requieren; para ello, la gerencia debe preguntarse: ¿quién y qué hace falta para cumplir con la visión del hospital, servicio o departamento? La respuesta que se emita ha de permitir identificar problemas concretos a cuya solución se ha dirigido el proceso de aprendizaje. Evidentemente, la resolución de problemas a través de la educación se convierte en un ejercicio permanente. En ello estriba el carácter periódico y sistemático que adquiere la educación permanente, que en el hospital deberá constituir uno de los elementos que contribuyan a viabilizar el cumplimiento de su plan de empresa previsto.

Para diseñar y ejecutar un proyecto de educación permanente se pueden seguir los siguientes pasos:

1. Analizar e interiorizar la visión del hospital y la misión de la unidad de atención en que se intervendrá, por medio de un programa de educación permanente (la dimensión del análisis puede ser institucional, por servicio, departamento, grupo profesional, etc.).
2. Hacer un diagnóstico de necesidades educativas utilizando diferentes abordajes:
 - Por el perfil epidemiológico de las enfermedades diagnosticadas y tratadas en cada servicio del hospital.
 - Por errores en las prestaciones por servicio o proceso de trabajo.
 - Por los vacíos detectados en la evaluación del desempeño individual y colectivo (supervisión, auditorías de trabajo).
 - Por la comparación del proceso de trabajo deseado con el que actualmente tiene un servicio u organización.
 - Por las percepciones de los usuarios externos e internos (informantes clave, grupos focales, etc.).
3. Definir los ejes educativos de la intervención (clínico-quirúrgico, epidemiológico, gerencial, de participación y movilización social, investigación etc.).
4. Definir, de acuerdo con los métodos educativos planteados, experiencias de aprendizaje que se ajusten a las peculiaridades de la población a la cual se dirija el programa educativo.
5. Ejecutar el programa en el hospital, entendido como un proceso sistemático y permanente que busca mantener un personal actualizado y capaz de ejecutar con precisión procedimientos y técnicas específicas, pero también con capacidad de reflexionar sobre los procesos de trabajo, el ambiente interno y el externo de hospital.
6. Valorar el impacto educativo en los cambios de conducta (acomodación, ajuste, redirección o transformación).

Sistemas de información

Los sistemas de información en recursos humanos deben pasar de ser meramente administrativos a funcionar como instrumentos de gestión y toma de decisiones para optimizar el hospital. Deben incluir, asimismo, mecanismos sencillos de seguimiento automatizado de la jornada anual, altas, bajas, enfermedades profesionales y laborales, retribuciones, beneficios sociales, etc. En los sistemas de evaluación se han de incorporar indicadores de procesos, productos, informes gerenciales y de auditorías médicas, etc., y la información que se obtenga habrá de estratificarse por centro o servicio.

Todos los datos que se ofrecen en un sistema de información deben ser ampliamente debatidos y analizados, pues la comunicación es uno de los canales de influencia para el cambio de mayor potencia. Por ello, los sistemas de información siguen siendo un elemento clave del éxito de la gestión del hospital, pues permiten tomar decisiones oportuna y adecuadamente. Lo contrario debilita a la autoridad, fomenta la aparición de grupos de poder que concentran información relevante y retrasa acciones necesarias que se deban acometer.

¿Cómo dinamizar acciones para poner en marcha los procesos de cambio y renovar la gestión de los recursos humanos del hospital?

Partiendo del protagonismo del recurso humano en los procesos de cambio del hospital, es necesario reiterar que su gestión corresponde al más alto nivel directivo de la institución y que forma parte fundamental de su estrategia de desarrollo. En el caso del hospital la gestión de recursos humanos no se agota en la dirección o en las instancias responsables de la administración, sino que se desarrolla en cada servicio y departamento de la organización; de ahí que dicha gestión se considere como parte integrante esencial de la estrategia gerencial global del hospital. Para dinamizar esta integración de la estrategia de recursos humanos en la del hospital se recomienda:

- a) Explicitar una filosofía de mejoramiento continuo de la calidad impulsada por la gerencia y la constitución de equipos de calidad en cada servicio que orienten la cultura organizativa hacia el servicio al cliente. Por la alta complejidad del hospital como organización, el liderazgo y la motivación han de ser el cometido de todo un equipo y no únicamente del gerente. No puede producirse un cambio sin un liderazgo que lo comunique con fuerza y claridad y que luche por él con tenacidad hasta alcanzarlo.
- b) Impulsar el establecimiento de equipos técnicos capacitados, que apoyen las decisiones estratégicas de la dirección hospitalaria y que garanticen que la estrategia de recursos humanos es congruente con la de la institución.
- c) Definir una política de recursos humanos que privilegie su capacidad creadora y ratifique su importancia para la institución mediante acciones concretas.
- d) Promover el uso compartido de indicadores. Para gestionar los procesos de cambio en los hospitales, la gerencia debe promover el uso de indicadores de productividad de los recursos. El conocimiento compartido de indicadores de costo por egreso o por paciente atendido, del nivel de satisfacción de los usuarios, y su comparación con los de otros centros de salud o con los obtenidos anteriormente por el mismo hospital, son la fuente de ideas y propuestas de mejoramiento. La realización de estas tareas debe correr a cargo de grupos de pares (equipos responsables de la gestión del recurso humano en distintos hospitales).

Bibliografía

- 1 Granda E. Lineamiento para el desarrollo de recursos humanos en salud en el marco de la reforma del sector. Rev Instit Juan César García (La Habana) 1998;8:51-59.
- 2 Organización Panamericana de la Salud. Reunión regional de recursos humanos: un factor crítico de la reforma sectorial. San José, Costa Rica: OPS; 1998. (Serie Desarrollo de recursos humanos No. 8.)
- 3 Artaza O. Gestión de recursos humanos. Santiago de Chile, 2000. (Documento mimeografiado.)
- 4 FIOCRUZ. Gestión de recursos humanos en salud. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1999. (Módulo 14. Gestión en salud. Material de trabajo académico.)
- 5 Weiss D. La función de los recursos humanos. Les Editions d'Organisation. Madrid: Editions Cofias; 1992.
- 6 Cuervo J, Varela J, Belenes R. Gestión de hospitales. Madrid: Vicens Vives; 1984.
- 7 Oviedo L. La precarización laboral en Europa y los Estados Unidos. Quito, 1997. (Documento mimeografiado.)

- 8 Organización Panamericana de la Salud. Funciones de la salud pública. Washington, DC: OPS; 1997. (Documento de trabajo.)
- 9 Mintzberg H. La estructuración de las organizaciones. En: Cuervo J, Varela J, Belenes R. Gestión de hospitales. Madrid: Vicens Vives; 1984.
- 10 Bosch O. La organización de los órganos de gobierno de las instituciones sociales con responsabilidad pública: perspectivas y retos para los hospitales. En: Cuervo J, Varela J, Belenes R. Gestión de hospitales. Madrid: Vicens Vives; 1984.
- 11 Rovere M. Planificación estratégica de recursos humanos en salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1993. (Serie Desarrollo de recursos humanos No. 96.)
- 12 Martineau T, Martínez R. Resources in the health sector. Geneva: World Health Organization; 1997.
- 13 Chiavenatto I. Recursos humanos. São Paulo: Atlas, S.A.; 1986.
- 14 Dal Poz M, Varella Th. Observatorio de recursos humanos en el marco de las reformas sectoriales. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1999. (Serie Desarrollo de recursos humanos No. 10.)
- 15 Seixas PE. Incentivos financieros: revisión y elementos de reflexión. En: Organización Panamericana de la Salud. Gestión de recursos humanos en las reformas sectoriales en salud: cambios y oportunidades. Washington, DC: OPS; 1996.
- 16 World Health Organization. Training manual on management of human resources for health. Geneva: WHO; 1993. (Document WHO/EDUC/93.201.)
- 17 Bosch O. La organización de los órganos de gobierno de las instituciones sociales con responsabilidad pública: perspectivas y retos para los hospitales. En: Cuervo J, Varela J, Belenes R. Gestión de hospitales. Madrid: Vicens Vives; 1984.
- 18 Davini MC. La educación permanente en los servicios de salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1996. (Serie Paltex 38.)
- 19 Bosch O, Oriol A. La reforma de los sistemas sanitarios y el papel de la formación de los profesionales. Barcelona: Vicens Vives; 1998.

ANEXO 1. Ejemplos

Ejemplo 1.

Instrumento de contratación por producto a empresas: términos de referencia.

Fuente y elaboración. Fundación Ecuatoriana de la Salud, Quito, 2000 (Mónica Padilla, Fernando Sacoto, Alfredo Campaña).

Antecedentes. Descripción sucinta del contexto en que se inscribe la contratación y cómo contribuye a determinado proceso de trabajo.

Denominación. Definición de la labor central que ha de desarrollar la empresa que ha de contratarse. Entidad responsable de la capacitación del personal encargado de la administración de recursos humanos del Ministerio de Salud en el ámbito de la auditoría de procesos des-concentrados de gestión de recursos humanos.

Dependencia. Quién es el responsable directo de la supervisión y aprobación del producto, con quién coordina su desarrollo.

Funciones. Descripción detallada de las funciones que desarrollará en el marco de la contratación prevista: organizar una propuesta educativa, teórica y aplicada, presentar una propuesta, definir un sistema exigente de calificación para los profesionales asistentes, y evaluar y entregar certificado individual calificado.

Productos esperados. Curso de gerencia moderna y auditoría de procesos desconcentrados de recursos humanos para el Ministerio de Salud Pública ejecutado, 80% de funcionarios del Ministerio asistentes al programa de educación, capaces de desarrollar procesos de auditoría de gestión desconcentrada de recursos humanos, y nómina de participantes evaluados de acuerdo con su desempeño y rendimiento en el curso mencionado.

Perfil de la empresa. Empresa nacional calificada por la Contraloría del Estado para el ejercicio de la auditoría, con experiencia en la realización de exámenes en el ámbito de la gestión de recursos humanos y en el desarrollo de instrumentos de control interno para el sector público. Con experiencia en la organización y ejecución de eventos de capacitación en los temas de gerencia estratégica con énfasis en recursos humanos, auditoría de procesos y derecho administrativo, principalmente.

Condiciones de contratación. El presente contrato cubre 60 horas de docencia presencial, 30 horas de trabajo planificado para su ejecución en el terreno y 16 horas de evaluación presencial de cierre. El valor estimado incluye la preparación de la actividad y su ejecución.

Costo y forma de pago.			
Concepto	Unidad	Valor unitario \$US	Valor total \$US
Actividad docente			
Docencia	60 horas		
Evaluación presencial	16 horas		
Materiales de apoyo			
Paquete bibliográfico	40 personas		

El pago se efectuará del siguiente modo: un 30% a la firma del contrato, 40% al término de la jornada presencial de la docencia, y el 30% restante al término de la evaluación y presentación de trabajos de campo y evaluación por parte de la entidad de capacitación.

ejemplo 2
Modelos de dotación de personal en salud.

Método	Formulas y equivalencia	Ejemplo	Información
Necesidades de salud	$RT = P \times C \times V \times D \times W$ RT = recursos necesarios P = población C = número medio de condiciones específicas/año/persona V = número medio de servicios/condición/año/persona D = tiempo medio requerido para dar cada servicio W = tiempo medio trabajado por el recurso disponible al año	Ejemplo: N°. Trabajadores sanitarios del programa de control del paludismo. $RT = 5.000.000 \times 0,002 \times 5 \times 1,5 = 50$ 1.500 RT = 50 trabajadores sanitarios P = 5.000.000 C = 2 casos paludismo x 1000 hab/año V = 5 visitas D = 1,5 h, incluye tiempo de desplazamiento W = 1.500 horas	
Metas de los servicios	Población x servicios requeridos por persona Productividad del recurso $Rt = V \times P = N$ (q x a) RT = No. recursos necesarios para el año t V = No. servicios requeridos/año/persona P = población objetivo anual N = V x P = No. total de servicios por año para una población dada a = norma óptima de actuación o de capacidad productiva del recurso q = capacidad máxima de producción de un recurso específico	Cálculo del N°. adicional de pediatras para una visita de cribaje al 75% de niños < 14 años de la zona de referencia del hospital $Rt = 1 \times 697.000 = 319$ (1.092 x 2) RT = 319 pediatras/año V = 1 consulta niño/año P = 697.000 niños < 14 años N = 697.000 a = 2 visitas hora q = 1092 horas de trabajo/año	Población total: 2.000.000 40% < 14 años Crecimiento poblacional: 2% año Tasa bruta de natalidad: 40/1000 Tasa bruta de mortalidad: 20/1000 Tasa de mortalidad por grupo de edad Población objetivo + 75% (nacimientos-defunciones-abandonos) = 697.500 < 14 años que han de ser visitados año

Ejemplo 3	
Formularios para registro de información sobre solicitantes de empleo.	
Áreas	Información
Información general	Nombres, documentos oficiales de nacionalidad y ciudadanía, lugar de vivienda, teléfono, correo electrónico, personas que dependen económicamente.
Disponibilidad para el empleo	Puesto que solicita, disponibilidad de inicio, tiempo de dedicación, aspiración salarial.
Motivación de ingreso	Razón por la que postula a este puesto.
Formación profesional	Preguntas de acuerdo con el perfil definido para el puesto, títulos de grado, postgrado, entrenamiento nacional e internacional en x tema (s) (no) adjuntar documentación certificada, detalle de lugares, direcciones, fechas y supervisores directos.
Experiencia profesional	Preguntas de acuerdo con el perfil de experiencia solicitado para el puesto, tiene experiencia en x área, dónde (detallar Institución), direcciones y teléfonos, tiempo, supervisores directos, salarios percibidos, razón de cambio de empleo.
Competencias específicas requeridas	De acuerdo con el perfil solicitado: idiomas, informática (programas básicos, específicos), diseño gráfico, etc.
Antecedentes	Principales logros o dificultades en su historial, problemas de despido, problemas de salud que deban ser notificados.
Autorización para uso de información e investigación de antecedentes	Cláusula del formulario.

Fuente y elaboración: Fundación Ecuatoriana de la Salud, Quito, 2000 (Mónica Padilla, Fernando Sacoto, Alfredo Campaña).

Ejemplo 4	
Plan de orientación al ingresar al hospital.	
Áreas	Contenidos
Inducción general sobre el hospital	Bienvenida Descripción del hospital (historia, servicios, filosofía, misión, visión, política de calidad) Organización, principales autoridades
Políticas y procedimientos	Principios disciplinarios Normas de comportamiento institucional y sanciones Procedimientos administrativos relacionados Política de retribuciones e incentivos Proyecciones profesionales de acuerdo con el desempeño
Sobre el nuevo trabajo	Revisión detallada de su papel, funciones y productos de su responsabilidad Explicar líneas de coordinación y dependencia Asignación de espacio físico de trabajo y apoyo para su ubicación Revisar tiempos de dedicación (horarios, manejo de días feriados, vacaciones y otros) Definir quién evalúa su trabajo y las implicaciones de dicha evaluación Recorrido por todas las instalaciones del hospital Presentación a todo el personal

Fuente y elaboración: Fundación Ecuatoriana de la Salud, Quito, 2000 (Mónica Padilla, Fernando Sacoto, Alfredo Campaña).

Ejemplo 5.**Caso de gestión del desempeño en un marco global de cambio hospitalario en el hospital Luis Calvo Mackenna, Santiago de Chile.**

Fuente y elaboración. Osvaldo Artaza. Gestión de Recursos Humanos, FUNDARED, Santiago de Chile. 2000.

La realidad del Hospital Luis Calvo Mackenna de Santiago de Chile se caracterizaba, entre otros hechos, por la incapacidad de generar políticas efectivas de recursos humanos a consecuencia de la dificultad legal de introducir estímulos económicos y una planta rígida de cargos fijada por ley, por la dificultad de hacer contratos transitorios y flexibles, reforzar unidades críticas, y hacer un uso intensivo de la capacidad instalada las 24 horas del día.

En 1994, inició proceso de cambio orientado a mejorar la calidad. Se conformó un equipo directivo, se realizó un análisis colectivo del clima organizativo y se diseñó un plan estratégico. En el tema de recursos humanos se definió la necesidad de disponer de una unidad profesional que apoyara las decisiones estratégicas de la dirección del hospital. Además, se inició un proceso sostenido de capacitación en las jefaturas intermedias y líderes naturales en los ámbitos de la gestión, calidad, liderazgo, trabajo en equipo, y relaciones humanas, y se consiguieron fondos propios en colaboración con organizaciones sin fines de lucro. Se ofertaron servicios y se hicieron inversiones para ampliar la oferta de servicios del hospital, con el consiguiente aumento de personal. La contratación se logró a través de la conformación de una entidad privada sin fines de lucro, la Fundación Profesor Anibal Ariztia, cuyo directorio era del tipo *empresa de trabajadores*, en el cual todos los sectores de la organización tiene representación democrática. Esta entidad tiene capacidad de administrar los fondos propios del hospital y de contratar en régimen privado a parte del nuevo personal.

Por añadidura, se diseñó una propuesta de incentivos y de evaluación del desempeño basada en criterios de calidad y cumplimiento de metas, por medio de un formulario complementario al del estatuto del funcionario de la administración pública. Se analizó colectivamente y fue aceptada. La publicación de las ubicaciones generó fuerte rechazo y se percibió como una amenaza, lo que se redujo imprimiéndole un carácter de experimental. Los efectos de esta experiencia son una mejor calificación por los métodos tradicionales, la elaboración de una propuesta que ha de ser aplicada al sector, y la inclusión de un formulario llenado por el funcionario y el jefe en conversación personal sobre las metas y los compromisos del año suscritas por dicho funcionario.

Respecto a los incentivos y para socializar el perfil ideal del funcionario en el ámbito de los valores, se crearon distintos premios, como el del funcionario amable, el del mejor proyecto de mejoría continua de calidad o el de los mejores funcionarios. Lo importante de los premios era el proceso participativo de selección, en el cual se destacaba el sentido del reconocimiento. Los premios consistían en diplomas, comidas de gala para la unidad e incluso viajes de turismo con los gastos pagados, que eran financiados con recursos propios. Algunos de ellos debieron ser suspendidos por no estar contemplados expresamente por la ley.

El proceso seguido generó gran debate nacional y presión por parte de los grupos más conservadores del sector sanitario, y culminó con el enjuiciamiento del equipo de dirección y su salida en 1998. Un año después el equipo fue rehabilitado y sus acciones fueron validadas legalmente.

La experiencia de este hospital chileno en materia de gestión de recursos humanos contri-

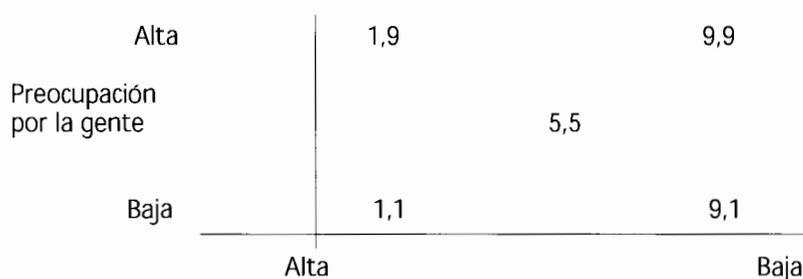
buyó a debatir públicamente las limitaciones existentes para su adecuada gestión y permitió la formulación de propuestas de cambios reglamentarios y legales que están siendo analizados para su generalización.

Ejemplo 6.

Análisis del estilo gerencial. Modelo gerencial de GRID.

Fuente: Blake R, Mouton J. Training manual on management of human resources of health. Geneva: World Health Organization; 1993. (Document WHO/EDU/93.201.)

Elaboración: Fundación Ecuatoriana de la Salud, Quito, 2000 (Mónica Padilla, Fernando Sacoto, Alfredo Campaña).



Ejemplo 7. Estudio de un caso de remuneración mixta. (Resumen ejecutivo.)

Fuente y elaboración. Cherchiglia ML, Girardi SN, Vieira R de C, Marques RB de, Rocha P MW da, Pereira LA C. Remuneración y productividad: el caso de la Fundación Hospitalaria del Estado de Minas Gerais, Brasil. Rev Panam Salud Pública 1998;4:112-120.

Desde 1993, en la red pública de hospitales de Minas Gerais, Brasil, se implantó un sistema de recompensas por buen desempeño complementarias a la remuneración salarial. Este sistema surgió luego de una huelga de más de dos meses de duración, que se solucionó con la iniciativa de distribuir parte de las ganancias a los empleados si aumentaba la producción. En esta estrategia gerencial se llamó gratificación de incentivo al aumento de la eficiencia de los servicios (GIEFS), que, posteriormente, se reglamentó como ley. La efectividad de la estrategia se midió mediante un estudio transversal de la evolución de varios aspectos e indicadores, como resume el siguiente cuadro.

Aspecto evaluado	Indicador
Producción	Número de autorizaciones de internación hospitalaria (AIH) Valor de la producción de AIH (\$US) Número de procedimientos en pacientes ambulatorios Valor de la producción ambulatoria
Productividad de la capacidad instalada	Número de camas disponibles Número de AIH por cama disponible Valor de AIH por cama disponible
Productividad de los recursos humanos	Número de recursos humanos (RH) Número de AIH por RH Valor de AIH por RH Servicios ambulatorios por RH RH por cama disponible
General	Estancia media Tasa de ocupación

Los datos se obtuvieron del DATASUS, un sistema de información del Ministerio de Salud, y los valores, de la producción pagada por el Sistema Único de Salud el último día del mes siguiente contra entrega de factura a la Fundación Hospitalaria del Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Los datos de los servicios ambulatorios se recabaron en las Guías de pago de cada unidad de la División de planeamiento e informática de la FHEMIG. La demanda, que se monitorizó a través de artículos de prensa sobre hacinamiento hospitalario o necesidad insatisfecha, resultó ser mayor que la producción.

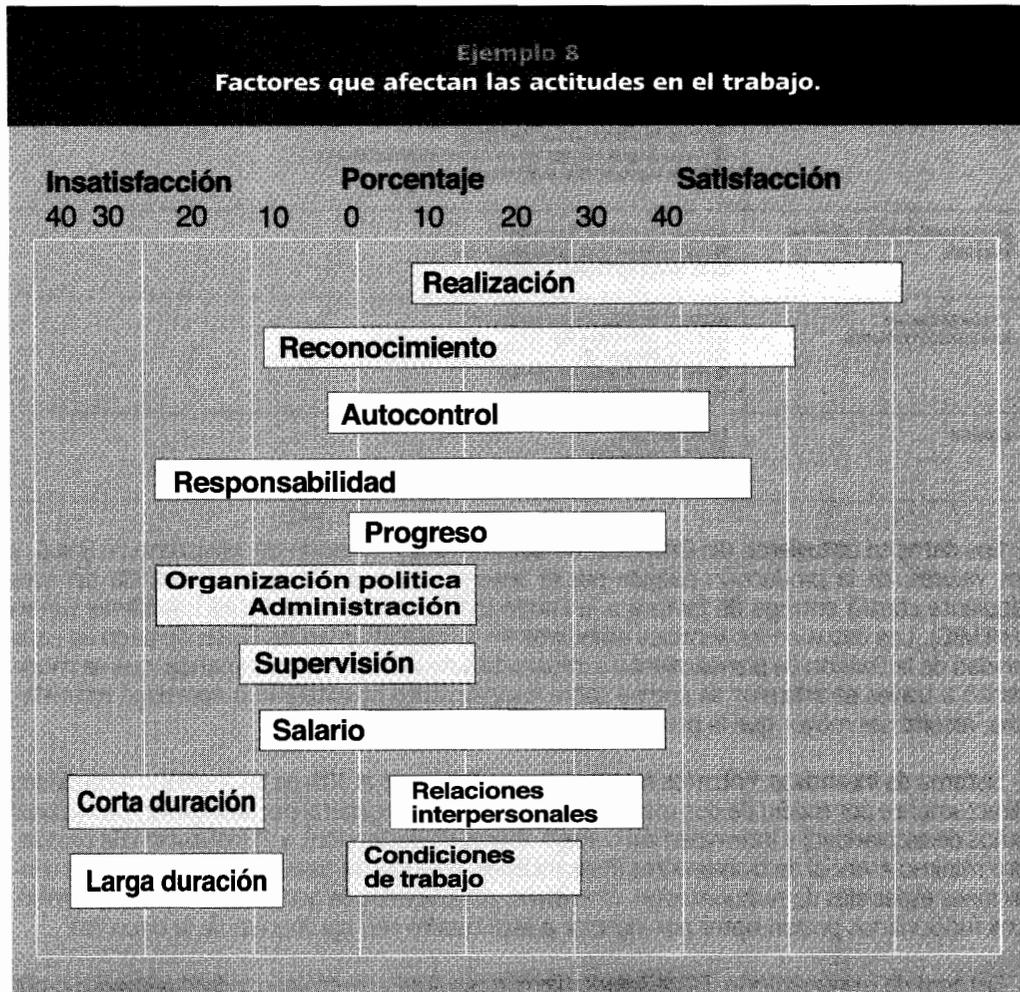
Sistema de incentivos. Entre los funcionarios se distribuyó el 30% de los ingresos recaudados directamente por medio de dos mecanismos: 1) valoración general por calificación profesional (años de escolaridad) e intensidad del trabajo (horas de dedicación), y 2) institución de un cuadro mínimo esencial de trabajadores (hasta 50% de la fuerza de trabajo de la unidad) con condiciones especiales de remuneración, incentivos, posibilidades de actualización y compromiso. Los funcionarios podían optar por ingresar a este cuadro con aprobación de la dirección.

Sistema de remuneración. Es de salario fijo con resultado controlado individualmente o por grupo. La combinación de estos mecanismos permitieron obtener una forma mixta de pago fija salarial y variable por producción. La creación del cuadro mínimo contribuyó generando un escenario de inestabilidad (virtual) que estimuló el compromiso de los trabajadores.

Durante los 4 años investigados aumentaron las entradas operacionales por hospitalización (72%) y la consulta ambulatoria (276%), y se redujo el ritmo de crecimiento del valor de la producción de servicios hospitalarios (36% entre 1992 y 1993 y 9% entre 1994 y 1995) y de los ambulatorios (60% entre 1992 y 1993 y 312% entre 1994 y 1995).

El número de autorizaciones de internamiento hospitalario (AIH) por cama disminuyó y el valor de las AIH por cama aumentó, lo que puede relacionarse con una mayor valoración de procedimientos para enfermedades crónicas o con la selección de procedimientos de mayor valor.

El número de empleados varió muy poco: de 1 al 7%. Entre 1992 y 1993, la productividad del sector ambulatorio fue de 371% en la producción y de 279% en el valor de esta última. El número de recursos humanos disponibles por cama se redujo un 17% entre 1992 y 1995, sin hacerlo el número de empleados. Por último, se logró una reducción general de la estancia de 30%.



Fuente: Herzberg F. One more time. How do you motivate employees? [<http://www.moph.go.th/ops/hrdj>].

Según Artaza, un hospital debe entenderse como un conjunto de personas que sirve a personas, lo que implica que los complejos procesos tecnológicos y productivos que allí se desarrollan se deben contemplar como el resultado de la voluntad, la inteligencia, el conocimiento y las emociones de quienes participan en dicho procesos.³

A los efectos de la gestión, se consideran recursos humanos del hospital al conjunto de personas que trabajan o prestan servicios para él, incluidas, además de los empleados fijos o de nombramiento regular, todas aquellas contratadas como terceros, subcontratadas o las sujetas a la compra ocasional de servicios personales.⁴

Los recursos humanos de un hospital tienen simultáneamente una doble dimensión: como factor estructural y como factor estructural. El *factor estructural* de los recursos humanos viene dado por su carácter de sujetos pensantes y activos que conforman las prácticas, establecen las formas de relación, definen valores y organizan y desarrollan el proceso de trabajo. Al gestionar el cambio institucional, la movilización de voluntades es un requisito básico para introducir modificaciones en las relaciones humanas y en las conductas y prácticas del trabajo. Todo ello es posible porque el recurso humano funciona como un sistema abierto capaz de aprender y reorganizar contenidos mentales que le permiten percibir la realidad y actuar en su entorno con autonomía.⁵

La dimensión del recurso humano como *factor productivo* procede del hecho de que se articula con los restantes factores para proveer servicios de salud y de que quizá constituye el principal recurso de este proceso productivo. Ello explica que el costo de los recursos humanos generalmente alcance el 70% de presupuesto global de los hospitales.

Por otro lado, el papel que desempeña el médico en la dinámica del mercado de servicios de salud y, por ende, en el proceso de producción, es fundamental, pues es quien define el producto final, quien actúa como apoderado de las decisiones del usuario, es un asalariado del hospital, un cliente a su vez de otros servicios generados por el hospital, un proveedor de parte de los servicios demandados y un generador simultáneo de demanda y de oferta. Este es uno de los elementos de los procesos de producción que más dificultades añade al análisis de los hospitales y sus gerencias.⁶

El recurso humano en salud en relación con el contexto de las tendencias actuales del régimen laboral

Aunque podría decirse que la gestión de recursos humanos del hospital se refiere a la capacidad de tomar decisiones y desarrollar acciones concretas y cotidianas que permiten su funcionamiento adecuado, es necesario puntualizar que a la vez esas decisiones se enmarcan en la dimensión política de la organización, pues tienen que ver directamente con las diferentes instituciones del Estado y la sociedad que regulan la formación, el mercado laboral, la legislación laboral o el conflicto frente a las exigencias sociales. La gestión del recurso humano del hospital tiene un doble carácter: por un lado, el de la operación diaria cuyos resultados se miden a corto plazo y, por otro, el de la planificación y la negociación estratégica interna y externa, aspectos que se ponen de manifiesto a mediano y largo plazo.

El doble carácter de la gestión de recursos humanos exige de quienes los gestionan un conocimiento de sus problemas, que trascienden el hospital e incluyen la dinámica general del recurso humano. En ello estriba la necesidad de analizar las grandes tendencias que en este momento caracterizan la situación del recurso humano en la Región.

En el marco de la corriente de la modernización estatal y las reformas sectoriales, las tendencias que mayor impacto han tenido en la gestión del recurso humano son la flexibilización,

Capítulo 10

La gestión económica y financiera

En este capítulo se analizan algunos problemas fundamentales de la gestión financiera y el financiamiento de los hospitales y las opciones que barajan el gerente del hospital y su equipo para solucionarlos. El contexto global y las nuevas corrientes de modernización constituyen un punto de partida importante del que parten nuevas expectativas sobre la organización hospitalaria en las cuales están ocupando en un lugar prominente el tema del financiamiento y la eficiencia. Los riesgos son obvios y se expresan en una corriente *eficientista* que ignora o relega a un plano secundario a las relaciones de equidad, efectividad y servicio al usuario que deben caracterizar la calidad como un todo. También puede ser arriesgado pensar que la eficiencia sólo se puede lograr en detrimento de otras dimensiones de la equidad. Esta postura soslaya los problemas reales que limitan el uso racional de los recursos y crean dificultades adicionales al hospital, al sistema de salud y a la sociedad.

Para ubicar el tema en una dimensión estratégica, el contenido se plantea en cuatro dimensiones interdependientes: la cobertura y su relación con la situación de salud, el tipo y el volumen de la oferta de servicios, la calidad de los servicios, y la eficiencia en el uso de los recursos, esta última concebida como una dimensión particular de la calidad, tal como se planteó en un capítulo precedente.

Sin menoscabar ciertas aportaciones importantes de la teoría y los instrumentos contenidos en el cuerpo de la doctrina financiera, el tema se sitúa como parte de un proceso más amplio de gestión, cuya responsabilidad principal no es del especialista, sino de los distintos niveles de la gerencia hospitalaria. Así, el financiamiento y la gestión financiera están asociados con el modelo global de organización y atención, los estilos de gerencia aplicados, la cultura institucional y otros aspectos que conforman un amplio marco de análisis. Pero lo inverso también es cierto. Es decir, los patrones de financiamiento pueden generar distorsiones globales en los modelos de organización y atención. Algunos de ellos son el efecto de la estructura de recursos en los productos del sistema de salud, la distribución de los beneficiarios potenciales y su impacto global en la solución del problema social de salud.

En este capítulo se hace especial referencia a la necesidad de desarrollar enfoques innovadores que permitan desarrollar prácticas e instrumentos modernos de gestión financiera, cuya aplicación tenga un costo económico aceptable y genere demandas operativas que garanticen su continuidad. Entre ellos destacan los sistemas de análisis de costos, su uso como instrumento de análisis de problemas relevantes y su articulación con el proceso programático y presupuestario como expresión concreta y cuantitativa de las metas de cambio. El uso de análisis costo-beneficio recibe un tratamiento preferente, al igual que el control por resultados asociado con el programa presupuestario y la descentralización.

Financiamiento y productividad

El contexto global, el sistema de salud y el hospital

El contexto global y de modernización descrito en detalle en los primeros capítulos de este libro ha situado en un lugar preferente las responsabilidades financieras que en el pasado fueron ignoradas en gran medida porque la asignación de recursos por parte de las entidades públicas presupuestarias resolvían sus problemas económicos. Un ambiente de competencias hacia afuera, producto de un mercado crecientemente competitivo, y hacia adentro, resultado de la presión de los distintos sectores del desarrollo por los mismos recursos, ha cambiado esta situación.

Las nuevas responsabilidades no son las mismas para todas las instituciones que operan en este nuevo contexto globalizado. En el hospital, que persigue una misión pública, cualquiera que sea su régimen jurídico y administrativo, la incorporación de las disciplinas económicas y financieras sólo tiene sentido en una relación de equilibrio con los principios rectores de la equidad, la efectividad y el interés del usuario. Un sesgo a favor del financiamiento puede generar serias restricciones en la consecución de los fines sustantivos de la institución que, a diferencia de sus contrapartidas en el sector privado, no son de naturaleza económica. La premisa de que *alguien proveerá* y la relación *a priori* entre problemas y escasez de recursos constituyen parte de una cultura que tiene que ser superada en el contexto de los procesos de cambio que atraviesan los países de la Región. ¿Cuáles son las responsabilidades en el campo financiero y económico que el nuevo contexto impone?

El crecimiento económico del hospital no puede hacerse a expensas de otros programas e instituciones de la salud o de otros sectores del desarrollo. La restauración de la salud es importante, no por sí misma, sino como parte de acciones más amplias que privilegian la salud y el bienestar de la población. La dimensión de equilibrio financiero de la institución hospitalaria, en un contexto de recursos escasos, es no sólo un concepto absoluto, sino de competencia legítima y sana entre sectores del desarrollo.

El gerente del hospital debe buscar en el análisis económico y financiero y en las opciones de costo-beneficio la ruta que genere una mejor economía de recursos para alcanzar las metas con equidad, efectividad y satisfacción del cliente.

Nuevos patrones de gestión

Se deberá establecer un marco lógico de relaciones entre propuestas operativas y recursos (programa/presupuesto), que incluye el uso de métodos cuantitativos como condición para una poner en práctica una gestión objetiva y verificable de las relaciones entre sus insumos, procesos, productos, resultados e impacto. Las relaciones de coherencia entre estos elementos constituyen una fuente principal de solidez del nuevo perfil de gestión en las instituciones con clara función social, y las premisas de eficiencia que las sustentan conforman el principal factor de equilibrio económico.

Esta función se origina en el valor estratégico de la gestión económica y financiera. Tradicionalmente, el gerente de hospital la ha delegado al especialista y la ha abordado en relación con la formulación del presupuesto fiscal o como respuesta a las crisis periódicas que producen la carencia de algún producto o recurso crítico. Las relaciones subyacentes entre los principios rectores mencionados, que orientan la nueva ola de reformas sectoriales en salud (eficiencia, equidad, efectividad y satisfacción del usuario), colocan a la gestión financiera y económica en un lugar superior de la jerarquía y como una función indelegable del gerente, apoyado por el recurso especializado que corresponda.¹

No es necesario ahondar sobre la relación entre productividad y financiamiento; baste señalar que la productividad guarda una relación inversa con los costos: a menor productividad, mayores costos, y viceversa, y a mayores costos, mayores requerimientos de financiamiento, y viceversa. La cuestión que se ha de definir es el criterio que permita establecer si una situación institucional dada es productiva o improductiva. Sin embargo, a diferencia de lo que ocurre en otros sectores productores de bienes, la evaluación de la productividad de los servicios es mucho más compleja. Esto se debe a que las instituciones de salud corresponden a lo que algunos autores denominan *sistemas blandos*, cuyo ámbito de acción está determinado por actividades humanas con áreas en las cuales confluyen valores diversos y muchas veces diver-

gentes, lo que hace mucho más difícil, aunque no imposible, identificar soluciones óptimamente eficientes. En la sección dedicada en este capítulo al análisis de costos y de la eficiencia hospitalaria se profundizará sobre este tema y se intentará dar alguna respuesta a la pregunta de si una situación es o no productiva.²

La racionalidad en cuatro procesos interdependientes

Para aplicar el principio de racionalidad a la gestión hospitalaria es necesario examinar varios procesos interdependientes: 1) la naturaleza y magnitud de la cobertura, 2) el volumen de producción de servicios que es necesario generar para cumplir las metas marcadas, 3) la calidad de los servicios, y 4) la eficiencia institucional como condicionante del financiamiento, definido simplemente como la determinación y consecución de los recursos de operación e inversión.

En realidad hay pocas diferencias prácticas, al menos en la visión del análisis que aquí se mantiene, entre financiamiento de la inversión y del funcionamiento, ya que la eficiencia del segundo determina la magnitud del primero y la inversión siempre genera costos de operación. De acuerdo con lo observado en macroproyectos de inversión desarrollados en algunos países de la Región en los últimos años, sólo en el rubro de mantenimiento de las inversiones se requiere considerar en los costos operacionales el equivalente a un 0,5 o 1% del costo total de la inversión en infraestructura y entre 3 y 4% para la inversión en equipamiento.²

Una pregunta relevante y evidente por sí misma es ¿qué queremos financiar? La respuesta tiene dos dimensiones relacionadas. La primera se refiere al fin último de las acciones que se emprenderían con determinados niveles de financiamiento. Ello impone la necesidad de definir las características del problema de salud y sus condicionantes fundamentales. La segunda consiste en definir cuáles son los productos (servicios de salud) que necesitamos para lograr determinados cambios en la situación de salud. Pero en este caso intervienen otros actores institucionales (ignoremos por ahora a los actores sociales), presumiblemente integrados en una red de servicios, con funciones especializadas y distintos niveles de complejidad. El concepto de red guarda relación directa con la pregunta formulada, porque se parte de la premisa de que el hospital no tiene capacidad para resolver el problema de salud por sí solo y que, por razones de efectividad y economías de escala, necesita actuar en asociación con otras instituciones y programas. El qué financiamos se convierte así en una función negociada y depende en gran medida de la articulación de los componentes de la red. A modo de ejemplo, considérese la complejidad de las intervenciones quirúrgicas realizadas en el nivel terciario de atención hospitalaria (hospital nacional) en Costa Rica.² La premisa de que se parte es que el sistema terciario cuenta con recursos especializados, de alta complejidad y costo, para atender intervenciones igualmente complejas. No obstante, el 26% de esas intervenciones quirúrgicas pueden ser realizadas en todos los niveles del sistema; el 29% en los hospitales regionales; el 20% en los hospitales periféricos y, sólo un 25%, en los hospitales nacionales. El conflicto, en la perspectiva del financiamiento, reside en el hecho de que la dotación de recursos no corresponde a la función que cumplen los hospitales del nivel terciario de atención o, en otras palabras, que se han asignado recursos para una función terciaria, pero el hospital los usa para actividades de nivel secundario o primario que pueden ser asumidas por otros establecimientos de la red a un costo mucho menor.¹ No escapan al lector las implicaciones que estos hechos tienen en la calidad del servicio, ya que en el nivel terciario de ese país, como en el de muchos otros de la Región, las intervenciones quirúrgicas, que están programadas, tienen largas espera.

¹ Datos tomados del estudio Organización Panamericana de la Salud, Caja Costarricense de Seguros Sociales. Capacidad Resolutiva del Nivel II y III: Caso de Costa Rica. San José: OPS, Caja Costarricense de Seguros Sociales; 1995. Las operaciones que pueden realizarse en todos los niveles se refieren a situaciones de emergencia o casos especiales (por ej., cesáreas), en las cuales es técnicamente difícil definir de forma excluyente un solo nivel de complejidad.

La determinación del qué se financiará, como producción hospitalaria, depende, en el contexto de la red asistencial, de al menos dos aspectos relevantes: por una parte, la capacidad resolutoria del nivel primario de atención; y, por otra, la capacidad de liderazgo que tenga la autoridad sanitaria responsable de la red de la cual el hospital forma parte. La respuesta a esta pregunta excede el ámbito de competencia de la gerencia hospitalaria y corresponde más a la esfera de responsabilidades de las cuales debería rendir cuentas la autoridad sanitaria.

Una segunda pregunta es ¿cuál es la mejor dotación y combinación y el monto de los recursos necesarios para generar los productos que se esperan del hospital? La respuesta, especialmente en cuanto a los criterios de calidad subyacentes, determina el volumen, tipo y composición de recursos y, por tanto, el nivel de financiamiento requerido. La respuesta a esta pregunta sí compete a la gerencia hospitalaria y es ésta la que ha de rendir cuentas de ella.

Para establecer los niveles de financiamiento, en concordancia con el principio enunciado en el primer párrafo de esta sección (productos de calidad con el menor financiamiento posible), es necesario conocer los procesos a través de los cuales se da respuesta a las preguntas formuladas.

Cuantificar la cobertura siempre fue un problema para las instituciones del sector, y tal parece que su complejidad aumenta con el advenimiento de nuevos modelos o formas de gestión, que fueron descritas en el capítulo 4 de este libro. El hospital no es ajeno a esta realidad, pero su labor en el establecimiento del tipo y los niveles de producción de servicios de salud es más compleja que la de otras unidades de la red asistencial. Primero, porque los hospitales tienden a ser reactivos y a conformar sus recursos en torno a los patrones históricos de la demanda. Segundo, porque los nuevos modelos no han resuelto con claridad la responsabilidad del hospital en la salud pública, presumiéndose en cierta forma que su función es casi exclusivamente de atención médica. Tercero, porque los sistemas de programación de la oferta de servicios hospitalarios son extremadamente frágiles por una serie de factores entre los cuales destacan las carencias metodológicas para analizar la demanda. Cuarto, las débiles y poco estructuradas relaciones entre el hospital y otros miembros de la red de servicios para identificar funciones particulares y compartidas. Y quinto, las restricciones de los marcos jurídico-institucionales que presentan los hospitales públicos para readecuar con flexibilidad sus recursos productivos.

Si la definición de la cobertura y del papel que ocupa el hospital en ella es un problema importante, también lo es establecer el tipo y los niveles de producción de servicios de salud. Por una parte, el concepto de servicios de salud, no de atención médica, entra en conflicto con la formación del médico, acostumbrado a mantener una visión y patrones de comportamiento condicionados por la relación médico-paciente. Por otra, existe poca teoría y menos práctica sobre las acciones que vinculan al hospital con otras instituciones de la red de servicios y el impacto económico y social correspondiente. Finalmente, tampoco se han hecho esfuerzos notables para clarificar la función del hospital en la salud pública. En varios países que han adoptado modelos de organización de los sistemas de salud, los ministerios rectores han dejado de hacer algo que hacían bien: enfocar a la salud pública hacia la promoción y la prevención de enfermedades. Existe preocupación por el deterioro de los niveles de inmunización y por la presencia de enfermedades —e incluso por las muertes evitables— como consecuencia de las nuevas modalidades de funcionamiento. En el plano de las hipótesis, se presume que este fenómeno implica pérdida de calidad y presiones sobre el financiamiento y que puede ejercer un impacto negativo en las condiciones de salud.

Tampoco los hospitales sistematizan la información sobre los perfiles de tratamiento por enfermedad de tal manera que puedan ser objeto de análisis y se puedan comparar con el estándar. Hay asimismo desinformación sobre el efecto de ciertos estándares. Los promedios

de estancia constituyen factores críticos de costo. Sin embargo, y sin omitir razones sociales de hospitalización, el esfuerzo sistemático por reintegrar al paciente a su ambiente familiar tan pronto como sea clínicamente posible no forma parte de la cultura vigente en los hospitales. Una actitud frecuente es la de retener al paciente en el hospital escudándose en un supuesto erróneo sobre la calidad de la atención. A este respecto cabe mencionar que la información muestra una correlación muy positiva entre promedio de estancia y tasas de letalidad. Esto puede sugerir que entre más tiempo pase el paciente en el hospital, mayor la posibilidad de un efecto adverso, tal como infecciones hospitalarias, ocurrirá.⁴ Aquí cabe traer a colación la relación entre concentración de recursos y tecnología, por una parte, y calidad de la atención, por otra, puesto que los hospitales docentes no proveen mejor calidad de atención que los hospitales sin docencia.⁴

El cuarto elemento mencionado como condicionante del financiamiento es la eficiencia institucional. Los factores anteriores entran en esta categoría, pero en los nuevos modelos de gestión es importante que cada componente estratégico, como el financiamiento, actúe como elemento de cambio. Para ello es necesario que no se asignen recursos cuando hay importantes niveles de ineficiencia, o que se supediten a un compromiso de incremento de la productividad. El cuadro 1¹¹ ofrece un ejemplo de cómo se puede enfocar la medición de la capacidad productiva en condiciones de eficiencia.³ La información corresponde a unos 15 hospitales regionales (de nivel secundario y que cuentan con las cuatros especialidades básicas y en dos o tres casos con alguna subespecialidad) de un país de la Región. El sector izquierdo del cuadro refleja una producción actual de poco más de 115.000 mil egresos por año, producto de tres variables principales: la dotación de personal (médicos en el ejemplo), el promedio de estancia y tiempo de dedicación médica por día cama ocupada. En el lado derecho del cuadro (situación potencial) se muestra la producción que sería posible alcanzar bajo determinadas hipótesis de eficiencia, producto de ajustes en los promedios de estancia de cinco servicios, y en tiempo de dedicación médica por día paciente. Bajo estas hipótesis, la producción se podría elevar a más de 547.000 egresos por año, es decir casi cinco veces más que la producción actual. Desde el punto de vista del financiamiento, esta situación podría desembocar en varios posibles escenarios con distintas implicaciones económicas: 1) aumentar sustancialmente la producción de servicios para mejorar la cobertura, si se demuestra que hay demanda no atendida; 2) mantener los niveles actuales de producción, pero reducir los recursos asignados; 3) decidir si hay deficiencias en las coberturas en otras áreas de la red de servicios y fortalecer dichos programas; 4) mejorar la calidad de la atención y buscar con ello una mejor utilización de los recursos, y 5) introducir otros cambios de fondo en el modelo de atención aprovechando la capacidad ociosa existente.

¹¹ El cuadro corresponde a un método de análisis asociado con el sistema de producción, rendimientos, recursos y costos (WINSIG) que ha desarrollado la OPS/OMS y que se ha aplicado en numerosos países. Aparece en varias publicaciones o materiales relacionados con dicho método.

Cuadro 1
Rendimiento de hospitales regionales sobre la base del recurso humano según datos SIG de 1994.

Servicios	Situación actual						Situación potencial			
	DCO	IO	PDE	Horas médico	Hrs médico por DCO	Egresos 1 año	PDE	DCO	Hrs médico por DCO	Egresos
1. Medicina	151.567	66,9	3,84	142.222	0,938	39.485	3,84	203.999	0,210	176.366
1.1 Pensionado	18.882	45,2	3,27	2.928	0,155	5.767	3,27	37.603	0,210	4.264
1.3 Cólera	9.873	43,5	1,05	6.408	0,649	9.404	1,05	20.439	0,210	29.061
2. Cirugía	142.013	77,2	7,31	117.396	0,827	10.414	7,00	165.564	0,210	79.861
2.1 Urología	3.727	55,3	5,60	2.880	0,773	665	3,00	6.071	0,210	4.571
2.2 Traum/ortop	11.951	96,3	13,00	7.935	0,664	861	7,00	11.169	0,210	5.398
3. Ginecología	17.821	90,8	3,34	16.081	0,902	5.341	3,00	17.660	0,210	25.525
4. Obstetricia	17.005	34,7	2,33	18.544	1,091	17.005	2,00	44.101	0,210	44.152
5. Gin/Obstetricia	17.059	27,0	2,71	63.585	3,727	17.059	2,71	56.834	0,210	111.728
6. Pediatría	25.821	15,2	4,51	104.160	4,034	25.821	4,51	152.615	0,210	109.978
Total	371.286	52,1	3,22	482.139	1,299	115.125	4,01	716.054	0,210	547.612

DCO= día cama ocupada; IO= índice de ocupación (%); PDE= estancia media (días); DCD= día cama disponible; HIP= hipótesis.

Fuente: Elaborado a partir de División de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud. Sistema de información gerencial WinSig. Manual de operación. Washington, DC: OPS; 2000.

También cabe señalar las experiencias en gestión clínica acumuladas en algunos hospitales. En ellas, los jefes de servicios clínicos del hospital, mediante un proceso progresivo de desconcentración desde la gerencia, van asumiendo más responsabilidad de sus respectivos servicios. Interesante también resulta el fortalecimiento de una función intermediadora de ciertos organismos centrales de abastecimiento, lo que significa que éstos compran por pedido o encargo de los hospitales, situación que incentiva una mejor planificación de insumos y medicamentos en los establecimientos hospitalarios. En el cuadro 1 se ha ilustrado un ejercicio efectuado con datos de una red de hospitales de un país de la Región, que indican que los egresos se podrían multiplicar varias veces con el mismo recurso humano. Esto significa que existen niveles importantes de ineficiencia, así como costos y requisitos innecesarios de financiamiento. Lamentablemente, en ello intervienen aspectos éticos que no serán objeto de análisis en esta sección.

En suma, en la Región existen claras deficiencias en la identificación de las necesidades de salud de la población, en la definición de metas de cobertura, en la cuantificación de la producción de servicios pertinentes, en la definición de los estándares de calidad y eficiencia y, en función de ello, de los recursos requeridos. En ausencia de este proceso lógico, los resultados son cuando menos erráticos, frecuentemente ineficientes y costosos y, por consiguiente, ejercen presiones irracionales sobre el financiamiento.⁵ Parecería razonable, primero, suponer que el financiamiento asignado no cumple los objetivos de servicio pretendidos y, segundo, que, a través de presiones irracionales, se afectan negativamente otras instituciones del sector y otros sectores de desarrollo.

Este análisis presenta dos riesgos importantes. Por una parte, a las autoridades del sector salud y a los gerentes de hospital les resulta difícil cuantificar los niveles de ineficiencia existentes, lo cual es atribuible a una cultura de financiamiento que privilegia la agregación de recursos y no la productividad. Esto se agrava con frecuencia cuando el director se percibe a sí mismo como coordinador de los servicios clínicos y delega la *administración* en personal auxiliar especializado. Peor aún, algunos profesionales de la salud consideran que la eficiencia siempre implica pérdida de efectividad, de equidad y de satisfacción del usuario. La realidad es que estos conceptos son totalmente complementarios y deben interpretarse como tales si se quiere avanzar en los procesos de cambio. El tema de los perfiles y estilos de gerencia se aborda en otro capítulo de este libro y refuerza los conceptos presentados.

Pero igualmente peligroso es la lectura que puedan hacer del problema de la eficiencia el gobierno central y las autoridades que se encargan de los presupuestos. Si bien es cierto que este es un problema real y serio, también lo es que los hospitales arrastran tanto excesos como carencias sustantivas que inciden en la calidad del servicio que el hospital presta a la comunidad. Por ejemplo, es evidente en muchos de los países de la Región el deterioro de instalaciones y equipos y las carencias en los recursos de inversión para su mantenimiento y renovación. Las autoridades presupuestarias nacionales también forman parte del problema cuando restringen, por medio de distintas artimañas fiscales, la ejecución del gasto, generan desequilibrios en la composición de los recursos y reducen la productividad. A esto hay que añadir que el flujo de fondos con frecuencia no es suficiente ágil para gestionar oportunamente los insumos esenciales. Por último, la sensibilidad política a los mecanismos de presión es en parte responsable de los problemas de distribución de recursos que se mencionarán posteriormente.⁵ En síntesis, el problema tiene distintas dimensiones, algunas de las cuales trascienden el ámbito inmediato de la gestión del hospital.

Un punto de interés, pero de difícil medición, sería conocer qué aporta a las condiciones de salud el nivel del financiamiento logrado; en otras palabras, ¿qué modalidades de financiamiento tienen mejores relaciones de costo-efectividad y de costo-equidad? De algún modo, esto exige conocer cuál es la mejor combinación de servicios de promoción, protección y rehabilitación y, en términos más específicos, cuál es la aportación del hospital. La efectividad guarda relación con el impacto en la salud y la equidad, con la distribución relativa de los beneficios entre los sectores socioeconómicos beneficiados (o, en sentido negativo, el nivel de exclusión). También convendría saber cómo los nuevos modelos de organización de los sistemas de servicios afectan estas relaciones. Las experiencias sobre este particular son muy recientes y la investigación para obtener conclusiones objetivas, muy limitada. Antes es necesario conocer cómo se conforman las estructuras de financiamiento en los países de la Región, de las cuales dependen en gran medida los productos y los beneficiarios de los servicios. Muchos analistas han señalado que los hospitales concentran una cantidad desproporcionada de recursos respecto a su aportación a la salud. Desde el punto de vista del financiamiento, interesa conocer si la concentración es un fenómeno real y cómo se produce. Algunos indicadores sugieren la presencia de importantes focos de ineficiencia en los hospitales de la Región. No obstante, en todos los países se viven situaciones de crisis que se atribuyen con excesiva frecuencia a la falta de recursos y no a las deficiencias internas. Si bajo estas condiciones se obtiene financiamiento adicional, se mantienen los focos de ineficiencia y los costos innecesariamente altos. Peor aún, las crisis no corregidas aflorarán en algún momento y a buen seguro tendrán el mismo abordaje.

La realidad es que, en ausencia de criterios objetivos de distribución de recursos, ausentes en la mayoría de los países de la Región, el financiamiento se produce por el juego de las estructuras de poder. Éste favorece al hospital y de manera especial a los llamados hospitales nacionales (como si fueran verdaderamente de referencia nacional) por su mayor cercanía a los centros de financiamiento, su mayor exposición a los medios de comunicación, la percepción social que asocia efectividad con instalaciones físicas y el mismo peso del gremio médico como grupo de interés especial.

Al analizar la estructura de los egresos por residencia de dos hospitales chilenos ubicados en la Región Metropolitana y formalmente definidos como centros de referencia nacional, se observa que la oferta a otras zonas del país no alcanza el 25%, en circunstancias en que sólo un 40% de la población nacional reside en la Región Metropolitana.⁴ El porcentaje de pacientes egresados con residencia en el Servicio de Salud en cual se ubica el establecimiento (Metropolitano Norte) es 33%, el de otro servicio de salud de la misma zona, 48%, y el de otras regiones, 20%.

El resultado de este tipo de situaciones es que el mayor perjuicio directo recae en los programas o establecimientos no hospitalarios, cuyo acceso al financiamiento es limitado precisamente por razones contrarias a las consignadas. Los resultados son claros en relación con las razones desfavorables de costo-efectividad y costo-equidad.

Financiamiento e incertidumbre de los modelos financieros

Una característica frecuente de los nuevos paradigmas es la relación entre un ente financiero con algún nivel de autonomía operativa y las entidades prestatarias de servicios de salud.⁶ En algunos casos esta relación es regulada por la presencia de compromisos o acuerdos de gestión. Generalmente, se supone que esta relación va a aumentar la eficiencia y reducir los costos, aunque no hay pruebas claras de que así ocurra, en parte porque la ineficiencia no se caracteriza y cuantifica previamente. Además, se generan nuevos costos de transacción, que tampoco se cuantifican adecuadamente. La mayor aportación de los compromisos de gestión es que aumentan la cultura de la responsabilidad (*accountability*) y conciencia sobre los costos, lo cual constituye un paso previo al esfuerzo de optimización del uso de los recursos.

Como ocurre a menudo, los nuevos modelos se levantan sobre las cenizas de los viejos. El efecto es que algunas experiencias valiosas se pierden, sin que se tenga certeza del impacto del nuevo modelo. Esto conlleva un alto riesgo económico y social, económico por las condiciones de incertidumbre que gravitan en torno a la inversión en el diseño y la aplicación del modelo, y social, porque si los resultados esperados no se producen, se habrá perdido la oportunidad de mejorar las condiciones de salud de la población, especialmente de los sectores más desfavorecidos, es decir de los que definen su perfil global.

Todo parece indicar que la visión de la salud pública vigente en los modelos anteriores ha desaparecido o que se ha debilitado en los nuevos. Esta visión es predominantemente reemplazada por una fuerte orientación financiera, en el mejor de los casos fortalecida por aportaciones de la clínica. Además, como la contención del gasto es un objetivo explícito o implícito, el hospital concentra la atención del ente financiero. Finalmente, en esta perspectiva económica los actos profesionales claros, específicos, que producen un producto inmediato y cuantificable en su costo parecen ser más manejables. Tal es el caso del egreso, de la consulta, de la intervención quirúrgica, del examen de laboratorio, etc, no de la acción sobre los estilos de vida, las inmunizaciones, la lucha contra los vectores, el control de las enfermedades transmisibles, etc. Con todo, la atención médica adquiere un papel relevante sobre las acciones asociadas con las causas subyacentes de la enfermedad. Quien haya examinado los acuerdos de gestión a menudo podrá apreciar un claro sesgo biomédico, con todas las consecuencias económicas y sociales que ello trae consigo.

El efecto es cambiar la combinación de los servicios (porque la estructura del financiamiento no se ha cambiado en lo fundamental o se ha fortalecido) a favor de los programas restauradores. Se corren grandes riesgos si esto se convierte en una tendencia consolidada (no lo sabremos a menos que se haga más investigación operativa). Algunos países están encontrando pruebas claras de situaciones individuales que crean dudas sobre la efectividad de los nuevos modelos, al menos en sus modalidades iniciales. Entre los ejemplos de esta situación se encuentran las dificultades de dar seguimiento y tratamiento a epidemias, porque los médicos no adoptan la actitud adecuada para registrar, notificar o participar en la realización de las pruebas necesarias, la defunción de personas porque no se hizo un seguimiento oportuno de contactos, el debilitamiento de los programas de vacunaciones, las acciones limitadas a la atención de la enfermedad más visible en grupos de riesgo especial que puedan requerir una acción más integral, y un crecimiento de la demanda de consulta médica en los establecimientos de

menor complejidad, un posible presagio del deterioro de las medidas de salud pública, que en todo caso limita la posibilidad de aplicar acciones más integrales de proyección social.

En estas circunstancias, podría plantearse la hipótesis de que los nuevos modelos están contribuyendo a encarecer la respuesta social al problema de la salud. Primero, porque la acción que podría cumplirse de forma integrada con la atención hospitalaria se tiene que realizar por separado y movilizándolo nuevamente al usuario (mayor costo social). Segundo, porque la red de servicios no actúa como tal (por aislamiento del hospital) y su comportamiento disperso disminuye no sólo su eficiencia, sino también la efectividad de la respuesta al problema global de salud. Estas situaciones, que constituyen riesgos evidentes, exigen un efectivo ejercicio del papel rector de la autoridad sanitaria, para dar coherencia al conjunto de la red, lo que significa que los compromisos de gestión con hospitales deben complementarse con los compromisos suscritos con otros actores de la red.

La red de servicios tiene sentido económico y social

El razonamiento según el cual la red ofrece numerosas economías de escala es lógico y difícil de rebatir. En cualquier momento y en cualquier contexto social y geográfico, es difícil aceptar que un establecimiento pueda por sí solo concentrar todos los recursos para satisfacer todas las necesidades de atención médica de la población. La estructura de las necesidades de la población permite estructurar los recursos por niveles de complejidad, de tal manera que las más numerosas encuentren respuestas en una configuración de recursos y tecnología de alta eficacia y bajo costo, y que el acceso a recursos de alto costo esté disponible cuando las necesidades más complejas y menos frecuentes así lo requieran. Esto tiene sentido social, presumiblemente porque los procesos de referencia garantizarían el acceso ordenado de la población a todos los niveles del sistema en la medida en que las necesidades de salud así lo demanden.

Es posible, sin embargo, que la frágil capacidad gerencial de los sistemas e instituciones produzca, como uno de sus efectos más perversos, que la población de más bajos recursos tenga como única respuesta a sus necesidades de salud los primeros niveles de atención, lo que viene a confirmar lo que ya ha sido descrito por los ingleses bajo el concepto de *inverse care law*, esto es que los recursos en salud se destinan donde menos se requieren a juzgar por las necesidades de las personas.

Esta es una forma de desequilibrio que tiene preocupado al analista sanitario y a las autoridades de salud de algunos países de la Región. Hay una sensación de deterioro de ciertas medidas básicas de salud pública y la sospecha de que a mediano plazo la sociedad podría experimentar problemas anteriormente superados. Más aún, se presume que el hospital en los nuevos modelos no tiene la sensibilidad necesaria para actuar fuera del marco de la atención médica. Por tanto, si este eslabón falla, algunas acciones van a ser deficitarias, de mayor complejidad y costo y a la larga perjudiciales para la sociedad.⁵

Una respuesta simple a este problema estriba en el ejercicio de la conducción política y, por esa vía, en la introducción de medidas correctivas. Sin embargo, de las tres funciones básicas que destacan los nuevos modelos (financiamiento, prestación de servicios y decisión política) la tercera es la más frágil a causa de las mismas deficiencias que arrastran los ministerios como entes del sector público. En cambio, los entes financieros con frecuencia se constituyen en organizaciones independientes, con autonomía administrativa y capacidad económica para dotarse de personal altamente competente.

¿Cómo crear condiciones favorables para el financiamiento, de tal manera que los recursos que la sociedad invierte en salud produzcan los mayores beneficios posibles para la población?

¿Cómo arrostrar esta situación? Posiblemente, la mayoría de los analistas coinciden en que los modelos tradicionales fracasaron en sus objetivos fundamentales.⁵ En efecto, el problema de la salud en la Región ha mantenido, con pocas excepciones, sus características fundamentales, a pesar de que el financiamiento ha aumentado de forma sostenida incluso durante la llamada década perdida.^{III} Pero esos modelos tradicionales contienen una reserva acumulada de experiencias, investigaciones, conocimientos y prácticas que individualmente fueron, sin duda alguna, exitosas. Tal vez lo que esto sugiere es que hay mucho que rechazar y mucho que recuperar de los viejos modelos, como también hay mucho que explorar en los nuevos, pero de una manera cauta y selectiva. Después de todo, las experiencias de reforma en la Región no ofrecen pruebas claras de éxito en la aplicación de medidas de privatización, desregulación, descentralización y otros principios fundamentales.^I Incluso en los Estados Unidos de América, la crisis energética en California,^{IV} de por sí una de las economías más fuertes del mundo, es un ejemplo de la incertidumbre del cambio y la desregulación.

Las soluciones deben incorporarse en la organización del modelo del sistema de salud y en sus instrumentos de funcionamiento. Los acuerdos o compromisos de gestión o cualquier otra modalidad de descentralización han de ser explícitos en sus contenidos específicos y adecuarse a las características de cada actor de la red. Así, los compromisos de gestión con el nivel primario serán más intensos en aspectos preventivos y de promoción de la salud, mientras que los compromisos con hospitales harán mucho más hincapié en actividades de atención médica propiamente dicha. La coherencia del conjunto, de la responsabilidad de la autoridad sanitaria, deberá incorporar una visión integral, incluyendo la atención de grupos de riesgo especial (por ej., inmunizaciones de niños, estilos de vida saludables para adultos, educación en casos de enfermedades crónicas); adoptar procedimientos de excepción (al margen de los factores económicos) para aceptar pacientes con condiciones sobre las cuales el interés público demanda medidas especiales de tratamiento, seguimiento y control; realizar o desencadenar acciones de investigación por razones similares; aplicar de forma estricta las normas de tratamiento; observar precisión y agilidad en la información requerida en situaciones epidémicas o endémicas, y reactivar los sistemas de referencia de pacientes como una forma crítica de articular la red de servicios.

Por otra parte, la programación debe ser un objetivo específico de una acción de consulta formal entre miembros de la red de servicios y contar con alguna prueba que refrende que la consulta se produjo. Finalmente, las implicaciones de estas acciones, presumiblemente mínimas, deben ser clarificadas por el ente de financiamiento. De esta forma se produce una acción más equilibrada en la respuesta al problema de la salud, que aporta beneficios en cuanto a su efectividad y eficiencia. Respecto al financiamiento, la posibilidad de que se cumplan los fines que se persiguen con una determinada asignación de recursos es mayor al tiempo que los costos sociales de las intervenciones serán necesariamente menores. La racionalidad implícita en este planteamiento es un garante de que la salud no está generando presiones innecesarias sobre los recursos para el desarrollo económico y social.

Un segundo punto de interés es definir con mayor precisión el tipo y el volumen de producción de servicios que serán responsabilidad del hospital. De nuevo, la relación con la red de servicios es esencial y determina las características cualitativas y cuantitativas de la oferta de servicios. Como ilustra el ejemplo mencionado sobre Costa Rica, el nivel terciario de un país de la Región podría eliminar la mitad de su demanda de intervenciones quirúrgicas, ya que pueden

^{III} Casi siempre se comprueba que la salud perdió su posición competitiva por los recursos, pero en términos absolutos el crecimiento de los recursos se mantuvo.

^{IV} Mientras se escriben estas notas, las noticias indican una fuerte disminución de la oferta de energía eléctrica y sus relaciones, todavía un tanto confusas, con el problema de liberalización y manipulación del mercado.

ser realizadas en otros niveles a un costo económico y social mucho menor (el costo social, determinado por el traslado físico de pacientes y familiares desde lugares distantes a la capital o principales centros urbanos del país).⁷ El efecto posible de esta medida es un mejor uso de recursos, ajustado a las características de los servicios, y una mejor calidad de atención, por la reducción de los periodos de espera en el nivel terciario.

En tercer lugar, es pertinente preguntarse si la dotación de recursos es razonable para el nivel de producción que se debe alcanzar.² De la información mencionada en el párrafo anterior se puede delimitar al menos dos posibles escenarios: 1) proveer financiamiento sólo para un 51,6% de la producción (la diferencia con respecto a la producción actual se podrá atender en otros niveles del sistema a un costo menor), y 2) mantener el financiamiento si se demuestra que es posible aumentar la oferta de intervenciones quirúrgicas para un 48,4% de enfermedades cuyo tratamiento corresponde al tercer nivel de atención. Ambos casos «aportan ganancias obvias». La primera opción supone menos recursos, y la segunda, mayor producción, productividad y aplicación racional de los recursos. Además, en ambos casos se puede ganar o al menos mantener la calidad de la atención.

Otra dimensión de la demanda viene dada por la productividad de la infraestructura física, representada por la ocupación de camas. Los indicadores críticos en este caso son la dotación de camas, el índice ocupacional y el promedio de estancia. La calidad descansa en buena medida en el establecimiento y uso de los protocolos de atención y de la estructura de morbilidad que ofrecen, entre otras cosas, criterios racionales para definir los promedios de estancia. Lamentablemente, y a pesar de su importancia, estos dos elementos suelen estar ausentes en la gestión hospitalaria de la Región, pero existe suficiente experiencia para formular algunas hipótesis razonables sobre la eficiencia. Por ejemplo, se puede hacer un planteamiento flexible según el cual en la medida en que los promedios de estancia de los servicios de obstetricia oscilen en torno a dos días, este factor tiene un comportamiento favorable desde el punto de vista de los costos. El planteamiento se puede ampliar aún más: es posible que en la medida en que ese indicador baje, los costos sean aún más bajos, aunque la calidad de la atención podría disminuir. Si el indicador sube, es posible que la calidad de la atención no mejore sustancialmente, pero los costos aumenten. Acaso el planteamiento sea diferente para un servicio de obstetricia del tercer nivel, por la estructura de morbilidad.

Un razonamiento similar se puede hacer con respecto al índice ocupacional, común a cualquier servicio. Valores de este indicador cercanos al 90% producen niveles razonables de costo y operación. En la medida en que ese valor suba, la economía será aún mayor, pero la calidad de la atención podría verse menoscabada.^v Si el valor mencionado baja, los costos aumentarán, pero no se perjudicará la calidad de la atención.

En cuanto al financiamiento, la remoción de la capacidad ociosa de camas implica menos costo de mantenimiento físico y de otras facilidades. La cama desocupada tiene un alto costo, porque demanda recursos pero no genera producción. Además, es posible producir mayor calidad de atención en establecimientos pequeños que en infraestructuras sobredimensionadas y subutilizadas. (Este tipo de análisis es aplicable a otro tipo de recursos, como se explicará al final de este capítulo.)

^v El efecto en este caso es objeto de debate. En teoría, los niveles pueden acercarse al 100% sin menoscabar la atención del paciente, ya que con poco esfuerzo y sin correr el riesgo de reducir la calidad se pueden desalojar camas. Por ejemplo, los preparativos en Uruguay durante la guerra de las Malvinas y las situaciones de accidente que han vivido muchos países demuestran que las camas pueden ser rápidamente liberadas sin consecuencias notables.

En todas las situaciones analizadas, la concepción subyacente considera que se requerirá un marco jurídico y administrativo que otorgue atribuciones a la gerencia hospitalaria para adecuar sus factores productivos con flexibilidad, tema que se desarrollará en mayor detalle más adelante.

Una conclusión importante es que el financiamiento es un problema que compete al director, por su dimensión y su globalidad. El especialista financiero puede hacer importantes aportaciones metodológicas, pero el enfoque es más amplio y afecta a la totalidad del funcionamiento de la institución. Para subrayar este punto, se puede sugerir que el financiamiento carece de esencia propia y que es más bien un producto o una consecuencia de las características de la gestión hospitalaria.

Las presiones que se ejercen sobre el financiamiento radican principalmente en las deficiencias de la gestión hospitalaria en particular y de los sistemas de salud en general. Pueden introducirse paliativos, pero las soluciones de fondo demandan cambios fundamentales en los estilos de gestión. Por otra parte, algunos viejos problemas podrían ser acentuados por los nuevos modelos. Quizás es hora de entender que no existen modelos de valor universal, aunque sí sistemas, teorías, nuevos conocimientos, experiencias, productos de la investigación operativa, etc., que pueden ser más o menos aplicables en combinaciones variables, dependiendo de las características propias de cada país. En todo caso, los nuevos modelos no pueden sustituir a los tradicionales, porque los países estarían perdiendo muchos de los recursos invertidos en procesos, experiencias y conocimientos que mantienen su validez. Dicho esto, es necesario reconocer también que las prácticas del pasado fracasaron al cambiar la situación de salud de la Región. Por ello, hay que buscar nuevos caminos.

Los nuevos modelos deben construirse sobre la base de lo positivo que es posible rescatar de los tradicionales y agregar nuevos elementos o fortalecer los actuales para darle una solidez integral a los sistemas de salud. Muchos procesos, métodos y prácticas tradicionales son esenciales para buscar soluciones estables, más eficientes y más eficaces, tanto en el plano del hospital como en el de la red de servicios de la cual forman parte.

Autonomía financiera y cambio

La autonomía financiera sólo tiene sentido en la medida en que las decisiones locales contribuyen a los procesos de cambio y el sistema de servicios se refleja en un mejoramiento visible de la situación de salud. Sólo así el concepto de calidad y todo lo que se haga en aras del desarrollo institucional tendrá sentido social. Por otra parte, es posible que la autonomía sea una realidad en algunos países que han realizado descentralizaciones a partir de cambios profundos en sus leyes e incluso en su constitución, pero aquí se trata de un concepto relativo, ya que esta condición se otorga a autoridades fuera del ámbito del hospital o del sistema de salud, por ejemplo, a alcaldes o gobernadores. En estas circunstancias, la descentralización está sujeta a un contexto político regional o local concreto e impone importantes condicionantes. En estas y otras circunstancias, los compromisos de gestión incluyen el del financiamiento de una propuesta programática en contrapartida de un compromiso de consecución de determinados resultados.

En este capítulo se alude al potencial que encierran los compromisos de gestión, pero también a los riesgos que acarrearán, que pueden ser superados si se articulan con los procesos de cambio y están específicamente dirigidos a corregir los desequilibrios fundamentales de los hospitales y los sistemas de salud. Si a ello se aúna el concepto de competitividad, es decir, de la capacidad del hospital de situarse en una posición privilegiada en su mercado, la autonomía

posiblemente implique la intención de crear un contexto de organización y operación muy similar a la de sus instituciones homólogas del sector privado sin perder los objetivos sociales y ni su asociación con otras instituciones con las cuales debe interactuar para lograrlos. Desde la perspectiva de la gerencia hospitalaria, el desarrollo de la autonomía de gestión debe producirse a la par que el desarrollo de la responsabilidad inherente al ejercicio de dicha autonomía. Este tema no se analizará aquí en profundidad, si bien se destaca la importancia de saber en qué medida algunos de estos mecanismos, actuando en combinación o independientemente, pueden crear las condiciones para alcanzar la excelencia y la competitividad;^{VI} dicho de otro modo, en qué medida se puede lograr la autonomía del financiamiento, asociada con la autonomía de la gestión. En la Región se han acumulado algunas experiencias al respecto, de las cuales se pueden extraer importantes lecciones, como las siguientes:

- El sistema de salud como cooperativa ofrece dos ventajas que conviene destacar. Primero. Los miembros de la organización son propietarios de la institución o sistema y por ello adquieren el sentido de compromiso por la excelencia de la institución, que en gran medida es reflejo de la excelencia individual de sus miembros. El gerente rinde cuentas a una junta directiva y en ciertos aspectos a sus propietarios constituidos en asamblea. Lo más importante en este caso es que hay un sentido de propiedad que despierta mayor interés en la calidad del servicio y una preocupación colectiva por la excelencia institucional.
- El hospital, como organización pública (por ser del Estado) sujeta a un régimen privado, tiene la ventaja de liberar a la institución de las restricciones de las organizaciones sujetas al régimen del derecho público. No obstante, es posible que no cuente necesariamente con la motivación hacia la excelencia que produce el sentido de propiedad de los miembros de una cooperativa.
- La conformación de juntas directivas de los hospitales tiene ventajas y limitaciones, dependiendo de numerosos factores como, por ejemplo, los que se citan a continuación:
 - Las funciones de la junta directiva están definidas por una disposición formal e incluyen decisiones de conducción política y estratégica.
 - La junta directiva tiene autoridad para tomar decisiones en materia de gestión financiera.
 - Los miembros tienen capacidad para marcar orientaciones con sentido empresarial, como una forma de lograr los objetivos sociales del hospital (los estatutos establecen perfiles básicos de los miembros para asegurar un equilibrio entre aportaciones empresariales y sociales).
 - Los miembros entienden la diferencia entre salud y atención médica y la función del hospital en ambos campos.
 - Los miembros de la junta directiva están razonablemente exentos de presiones políticas y sus nombramientos no coinciden con los períodos electorales.
 - Existen mecanismos de auditoría efectivos para minimizar conflictos de intereses y acciones carentes de ética de los miembros.

Los compromisos de gestión pueden ser útiles si se emplean como instrumentos de cambio y su contenido reúne las características que se han señalado en este capítulo. Existen razones para pensar que es necesario clarificar los contenidos y las condiciones para lograrlos.

El cambio involucra un costo económico y de oportunidad. Muchos de los países de la Región han realizado esfuerzos prolongados y e invertido recursos para reformar sus instituciones sanitarias.¹ Muchos de esos proyectos se gestaron o iniciaron a fines de la década de los ochenta o a principios de los noventa y, sin embargo, es difícil precisar hasta qué punto los productos del hospital y del sistema de salud han cambiado y cuál ha sido su efec-

^{VI} Es posible que, bajo ciertas condiciones, los hospitales tengan que incorporar algunos conceptos selectivos de mercado. Lo que sí es evidente es que en el nuevo contexto se privilegia la eficiencia como una forma de racionalizar la *competencia* por los recursos escasos entre distintos sectores del desarrollo.

to en las condiciones de salud. Se dispone de pruebas de que la situación descrita de un conjunto de hospitales nacionales no ha cambiado en lo fundamental. Tratándose de instituciones descentralizadas, se podría concluir que con el nuevo modelo de organización no se ha podido cambiar una situación que tiene claras repercusiones en la efectividad, la equidad y la eficiencia. Pero más importante que eso es entender que este problema nunca fue planteado por la gerencia de los hospitales, ni por las entidades encargadas de llevar a cabo la descentralización (el estudio fue realizado por expertos independientes). En suma, la descentralización en la Región debe ser reencauzada como una estrategia de cambio, con perfiles de situación claramente definidos y orientarse a corregir desequilibrios fundamentales que contribuyeron al fracaso de los viejos modelos de organización sanitaria. En diversos capítulos de este libro se insiste en la dilapidación de recursos y la reducción de la calidad que ocasionan las insuficiencias del trabajo en red. Dichos problemas se reflejan en la equidad y el acceso a los servicios de salud por parte de los grupos de población en mayor riesgo. Pero, del mismo modo, en la sección precedente se sugirió que la visión biológica, producto de una focalización en el hospital y de una estructura de financiamiento que lo favorece, perjudica otras acciones de prevención y promoción esenciales sin incidir en las causas fundamentales de los problemas de salud.

Las soluciones están implícitas en las críticas anteriores. Primero, es esencial definir los productos necesarios para incidir en los problemas sanitarios. Posiblemente las entidades encargadas de asignar y velar por la correcta utilización del financiamiento tengan que modificarse (o complementarse con otras) e incorporar una composición de recursos humanos diferente, que garantice el impacto en una perspectiva social más amplia. Los profesionales en materia clínica y financiera podrían ser fortalecidos si se incluyen otras disciplinas sociales. El hospital es un eslabón muy importante, pero sólo un eslabón de este proceso.

Se ha sugerido, además, que los modelos tienen condiciones estructurales que ponen en desventaja la conducción política. Recuérdese que uno de los argumentos para descentralizar era que los niveles centrales de los sistemas de salud estaban demasiado ocupados en aspectos operativos para poder aplicar políticas efectivas.⁵ Pero en algunos países existe la propensión a desarrollar y administrar programas operativos en campos tradicionales de la salud pública (saneamiento básico, control de enfermedades transmisibles, inmunizaciones, etc.) a pesar de que existen dudas sobre la capacidad de los establecimientos de asumir estas funciones. Esto acarrea dos riesgos potenciales: que se está retrocediendo en la pretensión de tener ministerios centrados en la conducción y la decisión política, y que, dadas las debilidades naturales de estos niveles centrales, tampoco se tenga éxito en la implantación de estos programas, que, a diferencia de los hospitales, no tienen presencia social y política para reflejarse en organizaciones fuertes desde el punto de vista operativo y financiero.

Los compromisos de gestión mencionados constituyen acuerdos entre dos entes, uno proveedor del financiamiento y otro prestador de servicios que rinde cuentas. La descentralización, y en algunos casos la desconcentración, implica que el ente correspondiente tiene la capacidad de decidir sobre el uso de los recursos y debe rendir cuentas sobre los resultados de su gestión. Su homólogo no interviene en los procesos operativos intermedios, sino que sólo evalúa los resultados obtenidos, de tal manera que se respete la delegación que se produzca formalmente por vía legal o administrativa.^{VII} El tema central, en el contexto de este capítulo, es cómo garantizar la buena utilización del financiamiento concedido y el cumplimiento de las metas correspondientes, cualquiera que sea la modalidad de descentralización o desconcentración que se emplee.

^{VII} El ente descentralizado tiene que observar buenas prácticas financieras y está sujeto a los mecanismos de auditoría correspondientes.

Gestión financiera de las inversiones

A diferencia de los gastos de operación, en los cuales se pueden combinar distintas fuentes de financiamiento, las decisiones en materia de infraestructura física se mueven en el ámbito más restringido de las inversiones públicas. La política, en sentido peyorativo, y los mecanismos de presión gremial y social desempeñan un papel importante, lo cual hace aún más necesario contar con medios de cuantificación de los niveles de uso de las facilidades existentes, antes de decidir sobre la ampliación de la infraestructura hospitalaria.⁵ De hecho, en los países de la Región se adoptan cuantiosos planes de inversión sin considerar otras alternativas, tales como el aumento de la productividad o el fortalecimiento de los programas que puedan reducir la demanda de servicios hospitalarios.

El cuadro 2, tomado de publicaciones en que se emplean métodos desarrollados por la Organización Panamericana de la Salud, ilustra el tipo de análisis que se puede hacer para contrarrestar decisiones mal fundadas, el endeudamiento innecesario y la profundización de los desequilibrios institucionales.^{1,3} Los datos proceden de la misma fuente que los del cuadro 1, aunque en este caso sólo se ha considerado la totalidad de la red hospitalaria, no sólo las regionales. El objetivo del cuadro es alentar un análisis que permita alcanzar coherencia en la relación entre la demanda de servicios y la inversión en infraestructura hospitalaria, representada por la dotación de camas. El sector izquierdo refleja la situación actual, con una dotación de 5047 camas y una producción anual de poco más de 216.000 egresos, condicionada por el índice ocupacional y el promedio de estancia. El primero de estos indicadores ha aumentado un 90%, para responder a una premisa de eficiencia y fijar, con la producción constante, el número de camas necesarias. La cifra resultante de este ejercicio es 2670 camas. Debe reconocerse con cautela que la movilización de recursos altamente especializados, como profesionales y recursos físicos de salud, no es fácil a corto plazo, lo que puede explicar la coexistencia en un mismo hospital de servicios clínicos deficitarios y otros con superávit de recursos. Pero esta situación denota la necesidad de fortalecer la visión de cambio a mediano y largo plazo.

Cuadro 2
Camas requeridas con producción constante en hospitales.

Niveles hospitalares	Situación actual				Situación potencial	
	Camas Nº	Índice ocupación (%)	Estancia media	Egresos 1 año	Índice ocupación (%)	Camas requeridas (Nº)
Nacionales	2.242	67,22	6,73	110.815	90,00	1.518
Regionales	1.951	52,15	3,22	115.125	90,00	1.017
1er nivel	854	17,05	3,31	16.051	90,00	146

Fuente: Elaborado a partir de División de Sistemas y Servicios de Salud, Organización Panamericana de la Salud. Sistema de información gerencial WinSig. Manual de operación. Washington, DC: OPS; 2000.

Como puede observarse, el país ha hecho una inversión casi superior al 100% de sus necesidades, lo cual produce capacidad ociosa en todos los niveles. También se aprecia que, por ejemplo, el índice ocupacional en los hospitales de nivel primario es apenas del 17%, el de los hospitales regionales, del 52% (aunque podría ser menor, considerando que algunos promedios de estancia están altos y podrían reducirse), y el de los hospitales nacionales, que también podrían experimentar una reducción del promedio de estancia, del 67%. Este país ha tomado la sensata decisión de no construir nuevos hospitales en años recientes, aunque la infraestructura requiere innovación y reducción y es ahí donde se concentran los recursos.

En el caso chileno también se constató que no se precisaba de un mayor número de camas y que los hospitales de menor complejidad (tipo 4) tenían bajos índices de ocupación debido a

una genuina reducción de la demanda o al traslado hacia otro tipo de establecimientos. En un marco más amplio, hay muchos ejemplos, sobradamente conocidos, en los cuales se han hecho inversiones sustanciales cuando los niveles de utilización eran bajos y la demanda relativamente estable o decreciente. El efecto ha sido un aumento del gasto asociado con niveles de ineficiencia más altos. Al igual que con la medición de la eficiencia en gastos de funcionamiento, el lector puede estar en desacuerdo con los parámetros que se tomaron en este análisis. El punto que se subraya es, sin embargo, que la gestión moderna exige medir la capacidad ociosa antes de tomar decisiones importantes sobre las inversiones. En el caso chileno, el contar con un marco racional de inversiones para las regiones ha significado un ahorro en inversiones desechadas, por carecer de justificación, estimadas en US\$ 150 millones.⁴

En todo caso, los efectos negativos de las inversiones son mucho más profundos y duraderos. Por un lado, una vez tomada la decisión de ampliar instalaciones (o de mejorar la dotación fija de equipos), es muy difícil revertirla si después se descubre que no se ha alcanzado el nivel de demanda que la justifique. Por otro, los gastos de inversión tienen un efecto inmediato en los gastos de operación. Una vez se ha construido el hospital, hay que mantenerlo y ponerlo en funcionamiento, para lo cual es necesario conseguir el financiamiento a cualquier costo, pues las opciones políticas no ofrecen otra alternativa. Para agravar más la situación, los gastos de operación generalmente superan a los de inversión en periodos que oscilan entre 4 o 5 años. Finalmente, el impacto de la inversión y los gastos de funcionamiento asociados alteran la distribución relativa de recursos y, por tanto, el tipo y la capacidad de los servicios que se ofrecen a la comunidad. Si de esta manera se producen desequilibrios importantes, éstos seguirán afectando la capacidad resolutoria del sistema de salud durante muchos años. En definitiva, la decisión de realizar inversión no es neutra desde la perspectiva de la equidad, ya que puede transformarse en un instrumento efectivo para reducir las brechas de desigualdad. No obstante, si la decisión es inadecuada, puede contribuir a aumentar dichas brechas.

Seguimiento presupuestario y control de la gestión

La visión de cambio será una abstracción o una aspiración sin contenido operativo si no se traduce en cambios fundamentales en los programas y en los recursos que la sustentan, es decir, en el contenido del programa presupuestario. Sin embargo, estas relaciones críticas sólo se concretan bajo ciertas condiciones específicas:

- Una clara visión de cambio, preferiblemente respaldada por una política clara de los más altos niveles del gobierno. Esa visión debe incluir las estrategias operativas básicas para corregir desequilibrios fundamentales, como los que se han señalado en secciones y capítulos previos.
- La percepción de que el programa presupuestario es un instrumento esencial del proceso de cambio y de los mecanismos a través de los cuales actúa.
- Una clara visión de calidad y de sus implicaciones operativas en cuanto a la equidad, la efectividad, eficiencia y la satisfacción del usuario.
- La coherencia de la relación operativa entre fines (visión de cambio), objetivos específicos, productos o tareas, metas en el tiempo y recursos.
- Evaluación objetiva de procesos, recursos y resultados, que se manifieste en ajustes en el programa presupuestado, en las condiciones institucionales y en las aportaciones del personal.
- Verificadores objetivos que sirvan de fundamento a la evaluación y los elementos críticos antes mencionados: fines, objetivos, productos, metas y recursos. El nuevo escenario producido por la reforma debe incluir la cuantificación de productos y sus costos como un elemento central para rendir cuentas.¹

En el contexto de estas condiciones, los instrumentos para transferir recursos financieros a los hospitales podrán ser diversos dependiendo de los objetivos perseguidos. De este modo, el abanico de opciones es amplio y abarca desde presupuestos globales hasta pago por actividades. Los primeros pueden adquirir desde variedades retrospectivas en su versión más tradicional, a variedades prospectivas con incentivos acordes con los niveles de producción. El pago por actividades también puede presentar variaciones, desde aranceles muy detallados —que cubren prácticamente cada uno de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos que se desarrollan en los hospitales—, hasta versiones con mayores grados de agregación. En algunos de los países de la Región, los grupos relacionados con el diagnóstico (GRD) y su versión como PAD (pago asociado al diagnóstico) corresponden a esta última categoría.

La combinación de instrumentos es probablemente más eficiente para alcanzar los diversos objetivos que suelen tener los programas sanitarios y los hospitales. De este modo, es perfectamente posible encontrar, en el marco de un presupuesto global para transferir la mayor parte de los recursos, que se definan pagos especiales para ciertas actividades específicas. A modo de ejemplo, el pago por caso de tuberculosis diagnosticada en hospitales puede influir en que se fortalezca el compromiso del hospital con estrategias de salud pública al realizar, de manera complementaria al quehacer que se desarrolla preferentemente en atención primaria, baciloscopias a los pacientes en riesgo que concurren por otras causas a los policlínicos de atención ambulatoria del hospital, así como a los familiares y acompañantes de estos pacientes y de los pacientes hospitalizados. Por otro lado, un arancel diferenciado que preferencia el pago por colecistectomía puede formar parte de una estrategia más global que busque reducir la mortalidad por cáncer de las vías biliares, cuyo factor de riesgo asociado más importante es ser portador de colestiasis.

La cuestión que aquí se aborda es si esas condiciones se dan o no en los países de la Región. Si no se dieran, la consecuencia es que el principal marco de actuación, es decir, el plan de trabajo que conforma cada unidad o componente de la organización del sistema de servicios, no coincide con los requisitos del cambio. No cabe duda de que los países afrontan el reto del cambio, pero en gran medida muchas de las ideas provienen del exterior, impulsadas por entes externos de financiamiento que han actuado como motor del cambio. Este es un elemento positivo, pero sólo en la medida en que la dirección del cambio sea el producto de una decisión consciente, que los líderes de cada sector se articulen y comprometan con ella, y que el personal de todos los niveles incorpore esa dirección como un elemento fundamental de la cultura institucional. Es posible que los países de la Región se encuentren en algún punto intermedio, un poco marchando al ritmo de las tendencias internacionales y un poco en el marco de decisiones nacionales.⁸ Cabe señalar —coincidiendo con el análisis realizado por la Oficina Europea de la OMS para evaluar las reformas de los sistemas europeos de salud sobre la base de un método propuesto por Gill Walt—,⁹ que en la implantación de políticas se pueden reconocer tres dimensiones: contenidos, proceso y contexto. En medio de estas dimensiones se encuentran los actores como individuos o miembros de grupos, que interactúan y dinamizan la relación entre estas dimensiones. La experiencia parece demostrar que las transformaciones impulsadas en los sistemas de salud de la Región se escoran hacia los contenidos en detrimento de los procesos en la implantación. La descentralización, en general, y la descentralización de la gestión financiera, en particular, ha encontrado fuertes resistencias en los órganos de conducción central de los gobiernos, a quienes les interesa más el equilibrio fiscal que la reforma del sector. Es posible, sin embargo, que estas resistencias se estén debilitando a medida que la situación económica tiende a mejorar.

Bajo estas condiciones, tampoco el programa presupuestario se ha desarrollado o concebido como el plan de trabajo en torno al cual se ejecuten acciones de cambio en las instituciones y los sistemas de salud. De hecho, el programa presupuestario sigue siendo un ejercicio

fiscal que reproduce los patrones históricos y, con ello, las deficiencias que arrastra el hospital y otras instituciones del sector. Pero aquí se añade otro elemento de la cultura institucional: el síndrome de los recursos escasos, es decir, la tendencia a buscar soluciones por la vía de los recursos añadidos y no mediante la solución de los problemas fundamentales que limitan la capacidad productiva de los recursos existentes. Por otra parte, el concepto de calidad, un elemento central del cambio, ha sido bastante evasivo y se ha planteado solamente en el plano de la abstracción y sin una dimensión operativa concreta. Ello ha impedido que el presupuesto, entendido como expresión concreta de una propuesta de acción, carezca de los elementos cualitativos y cuantitativos necesarios para impulsar transformaciones fundamentales.

Finalmente, los elementos del presupuesto han carecido de las relaciones de coherencia entre objetivos y medios. En parte debido a ello y en parte por la propia cultura institucional prevaleciente, no existen sistemas de evaluación objetiva de insumos, procesos, recursos, resultados y menos aún de impacto. Esto es una parte de la carencia generalizada de la aplicación de métodos cuantitativos de control de la gestión.

El presupuesto es dirección

¿Qué hacer frente a esa situación? En primer lugar, los niveles de decisión política tienen que darle un contenido estratégico al programa presupuestario.⁸ Esto supone introducir un cambio fundamental en los presupuestos operativos anuales comunes a los países de la Región, que son en gran medida incompatibles con propuestas de cambio que han de ejecutarse en periodos más prolongados. Por añadidura, plantea un serio problema, pues el marco de operación de las instituciones no guarda una relación coherente con una visión estratégica de cambio; es decir, el marco de actuación va en una dirección que no se enmarca en las políticas de cambio, porque no existe el elemento articulador.

La respuesta a estos interrogantes no es difícil y consiste en empezar a trabajar con presupuestos estratégicos durante períodos, por lo menos, bienales o trienales, respaldados por procesos evaluativos de corto y mediano plazo. Los cortes bruscos anuales producen, por una parte, la sensación de que el tiempo fue demasiado breve para alcanzar metas significativas y, por otra, que sin haber logrado progresos se ha de diseñar un nuevo plan operativo. La dificultad mayor de adoptar presupuestos estratégicos más amplios encuentra su principal obstáculo en que depende de una decisión del gobierno central y también en la escasa credibilidad que tiene el sector salud para demostrar excelencia en su gestión.⁸ No obstante, esta es una línea de pensamiento que hay que desarrollar y promover.

En la misma medida en que se buscan soluciones externas a los sistemas de salud, los gerentes deben buscar espacios de actuación que les permita tomar iniciativas de cambio y demostrar que es posible alcanzar la excelencia a partir de las aportaciones de los nuevos modelos y las experiencias y conocimientos acumulados históricamente. En esta publicación se mencionan innumerables ejemplos que pueden dar lugar a iniciativas —viables incluso a despecho de las limitaciones operativas y con los recursos existentes—, que tienen el potencial de producir cambios importantes en la calidad de los servicios (equidad, efectividad, eficiencia y satisfacción del cliente). El gerente del hospital debe demostrar que controla sus planes de trabajo, reflejarlo en el programa presupuestario, cualquiera que sea su dimensión, y que la responsabilidad es un hecho concreto y objetivo. Una manera simple y concreta de lograr este objetivo es hacer que el diálogo en la organización se centre en las metas incorporadas en el programa presupuestario. En este sentido, se regresa a los *compromisos de gestión* pues en torno a las metas establecidas en ellos que se pueden lograr las adhesiones necesarias en el hospital para poder alcanzarlas. Es menester hacer hincapié en que el presupuesto es consustancial al compromiso de gestión.

Por otra parte, es necesario buscar instrumentos que tengan las características apropiadas para convertir el programa presupuestario en un instrumento que regula la aplicación de los recursos con arreglo a ciertos estándares de calidad y excelencia. Tales instrumentos deben ser efectivos, ágiles, económicos y no han de constituir cargas operativas sustanciales.

En los párrafos anteriores se ha establecido una relación entre la gerencia para el desarrollo y el cambio y el programa presupuestario. Esto implica otro cambio de actitud, pues con cierta asiduidad se observa que el director del hospital o del sistema de salud contempla el presupuesto como un ejercicio administrativo que delega a sus asistentes en materia económica. Esta visión no podría ser más distorsionante y negativa, ya que el principal instrumento de ordenamiento de recursos y condicionante esencial de los productos o servicios generados por las instituciones queda relegado a un plano auxiliar y secundario. Esto explica por qué los gerentes con frecuencia marcan una diferencia entre sus actuaciones, espontáneas e improvisadas, y el marco de referencia formal acotado por el programa presupuestario. Obviamente, este tipo de comportamiento se contrapone claramente a la cultura de la responsabilidad.

El gerente del hospital en el mundo competitivo de hoy tiene que desarrollar una visión si no a largo, al menos a mediano plazo y desarrollar sus estrategias en escenarios que ofrecen diferentes relaciones de costo-efectividad y costo-equidad, y que se plasman en las propuestas programáticas y presupuestarias. Esta es precisamente la fórmula para truncar tendencias históricas inadecuadas; aplicarla no precisa de una formación especial, sino de la voluntad para afrontar ciertos procesos y decisiones. El método descrito permite, con relativa facilidad e incluso con poca inversión de tiempo, modificar los factores que determinan la situación actual y construir nuevos escenarios de cobertura, producción, eficiencia, demanda de recursos y costos. Los instrumentos están ahí; lo que falta es la cultura producto de un nuevo perfil de gerencia que sustituya la actitud de indiferencia que caracteriza a los gerentes.

Análisis de costos y de la eficiencia hospitalaria

Replantear conceptos para viabilizar el cambio

Si el análisis de costos y de la eficiencia —dos conceptos asociados pero no necesariamente equivalentes— se han de concebir como componentes importantes de los procesos de cambio, es importante definir sus características. En la bibliografía disponible la eficiencia se plantea en un contexto un tanto vago, mientras que los costos se asocian con métodos contables que no han probado su viabilidad y utilidad en la toma de decisiones.⁶ Las experiencias operativas para aplicar sistemas contables de costos, no sólo en el sector público, sino con frecuencia en el sector privado, resultan costosas, prolongadas y poco sustentables. De las muchas que se han ensayado en los hospitales públicos pocas o ninguna ha resistido la prueba del tiempo. ¿Cuáles han sido las causas fundamentales de este fracaso? En las causas se han de buscar algunas respuestas a las características de los sistemas requeridos por los nuevos modelos de gestión.

La relación entre costo y eficiencia se puede simplificar definiendo el primero como la expresión económica de la segunda. A mayor eficiencia, menor costo, y viceversa, y a mayor costo, mayor presión sobre los recursos escasos, y viceversa.^{2,6} Esto es generalmente cierto, pero también lo es que hay dimensiones de la eficiencia que exceden a los costos, al menos a la luz de los resultados que arrojan los métodos contables. Por otra parte, estos métodos tienen características que entran en contradicción con algunos aspectos de los nuevos modelos de gestión y organización. Un concepto asociado con la eficiencia, que también puede ser controvertido, es el de productividad, que expresa la relación entre el producto de un determinado proceso y la unidad producción que se ha conveni-

do. De este modo, por ejemplo, se puede estimar la productividad de las camas hospitalarias, relacionando el número de egresos en un período con las camas usadas en el mismo período. Dicho de otro modo, la productividad constituye una manera de evaluar la eficiencia de los procesos, estableciendo relaciones entre insumo y producto, lo que se realiza para aspectos específicos de los procesos o para insumos particularmente relevantes. Es justamente en este último elemento donde radica la mayor dificultad del análisis de productividad en salud, pues la complejidad de sus procesos productivos obliga a aceptar ciertos insumos críticos de interés que forman parte de procesos mucho más complejos. Si por ejemplo se analiza la productividad de una actividad como la consulta médica, el análisis se centra en las horas médicas y se hace una abstracción de otros componentes tales como apoyo de enfermería y administrativo, exploraciones, los cuales pueden influir en la productividad del recurso hora médica que se evalúa. Este tipo de análisis puede mejorar notablemente la gestión de los hospitales, pero el uso de su potencial dependerá de la integración que el equipo gerencial del hospital pueda hacer con otros insumos procedentes de los sistemas de información para la toma de decisiones en función de los objetivos institucionales.

La eficiencia se refiere a una serie de procesos, cualitativos y cuantitativos, que definen la racionalidad de la gestión global del hospital o de cualquier otra organización, que no se pueden captar por la contabilidad de costos, aún cuando ejercen un efecto directo en la demanda de recursos y, por consiguiente, en los costos. Por ejemplo, la dirección, como visión de la imagen que se desea dar de un hospital en un mundo cada vez más competitivo y global, acaso constituya el factor más importante de movilización de recursos y, por tanto, de racionalidad y reducción de costos. Por el contrario, la carencia de direcciones estratégicas tiene un impacto en el aumento de costos, porque genera dispersión y desorientación en la totalidad de los recursos institucionales.

El mismo efecto ejerce la cultura institucional, que ignora los principios de control y responsabilidad o la carencia de sistemas operativos adecuados que faciliten y agilicen la ejecución de los procesos administrativos, los estilos de gestión autocráticos, que cierran los espacios de participación y la aportación productiva a las metas del hospital, los patrones de dotación y selección de personal, que determinan las características y la composición de los recursos y en buena medida de la oferta de servicios.

Vista desde este ángulo, la eficiencia es un concepto amplio y flexible que se opone en muchos sentidos a la rigidez y a las limitaciones propias de los sistemas de contabilidad de costos. La naturaleza misma de los planes de cuentas sobre los cuales descansa la contabilidad de costos, con los diferentes subtítulos y acápite definidos en los clasificadores presupuestarios y las restricciones para mover recursos entre ellos, es contraria a la flexibilidad de la organización moderna, más asociada con proyectos cuyos contenidos y composición cambian en función de los objetivos del momento y de la necesidad de aprovechar con sentido estratégico los recursos institucionales. Por otra parte, para el gerente del hospital, en la mayoría de los casos un profesional de formación clínica, la interpretación de la información no es transparente y, por ello, debe depender del especialista, lo cual tiene un costo de oportunidad no desdeñable en la toma de decisiones.

De lo anterior se extraen algunas conclusiones importantes: primero, los métodos de análisis deben ser de amplio espectro e incorporar la mayor cantidad posible de factores que afectan o guardan relación con la eficiencia. Por ejemplo, en la salud, la eficiencia sólo puede ser considerada en conjunción con la equidad y la eficacia o la efectividad, todas ellas dimensiones de la calidad. Segundo, incluso los sistemas de amplia base tendrán limitaciones que deben ser superadas con otros procesos analíticos e incluir factores cualitativos relevantes. Tercero, los métodos han de ser ágiles, a partir de la demanda de la toma de decisiones y no de sus propias características internas o de los sesgos del especialista.

En la Región ha prevalecido un concepto de equidad que privilegia el papel del Estado en el cuidado de la salud de la población y la gratuidad en la prestación de servicios. Incluso cuando el individuo contribuye al costo de la salud, por medio de sus aportaciones impositivas o a través de la seguridad social, eso se hace por medio de un sistema en el cual no interviene la relación entre el médico y el usuario o al menos la relación entre el usuario y el hospital en el momento mismo de la prestación del servicio. Una consecuencia de ello es que el usuario interpreta la prestación sanitaria como un derecho carente de un costo específico cuantificable y palpable. En términos económicos, esto implica que cuando los costos tienden a un valor igual o cercano a cero, la demanda de bienes y servicios tiende a ser infinita y explica en gran medida el alto grado de congestión, especialmente en la atención ambulatoria, y el uso desmedido de insumos críticos de alto costo, como los medicamentos. Si bien el acceso al consumo de servicios hospitalarios por parte del usuario está intermediado por el médico de atención primaria, que actúa como agente del usuario, aún es posible observar el fenómeno del sobreconsumo. El alto nivel de demanda no mejora cualitativamente la cobertura y en gran medida es un factor restrictivo del acceso para importantes sectores de la población.

La explicación puede encontrarse en lo que se define como *efecto de segura* que se expresa en que, por argumentos derivados del marco ético en que desarrolla su profesión, si al paciente no le supone un costo directo y el procedimiento diagnóstico o terapéutico no es dañino, el médico opta por realizar dicho procedimiento aunque su efectividad no haya sido demostrada y no aporte mayor beneficio al paciente. Para el médico, el uso de servicios diagnósticos y terapéuticos y de bienes como los propios medicamentos sólo se expresa en la prescripción o en la orden del servicio, no en la dimensión de un costo económico que se traslada al egreso, a la consulta, a la farmacia o a cualquier otro servicio auxiliar de la atención directa al usuario. Como consecuencia de ello, los costos de los egresos, las consultas y los servicios de apoyo terapéutico y diagnóstico son demasiado altos, como las presiones excesivas que se ejercen sobre los recursos escasos, sin que el efecto sobre la equidad y la efectividad sea positivo.

En los nuevos paradigmas de la gestión hospitalaria la cuestión consiste en saber cómo desarrollar sistemas de información que incorporen la dimensión de la eficiencia y la de los costos como elementos centrales. La experiencia en la Región sobre este particular no es muy rica, ni en cuanto a las características de los sistemas ni en relación con su utilización. El problema central sigue siendo la necesidad de pasar de un modelo de gestión hospitalaria y de redes de servicios que no ha tenido la capacidad para cambiar las características fundamentales del problema de salud en décadas,^{VIII} a modelos caracterizados por mayores niveles de eficiencia en particular y de mayor calidad global en general.

En relación con este último tema, se deben destacar cuatro componentes de la calidad: equidad, efectividad, eficiencia y satisfacción del usuario. Las deficiencias y potencialidades de cualquiera de ellos debilita o fortalece a los restantes y, por tanto, su presencia en la gestión del hospital es un elemento vertebrador del equilibrio institucional y la excelencia. También conviene recordar que como premisa fundamental se ha afirmado que la calidad del hospital está condicionada por el contexto institucional y social en que éste actúa. La eficiencia, como parte de la calidad, está sujeta a los mismos condicionantes. Por último, el análisis particular de la eficiencia no puede responder a lo que se ha venido en llamar peyorativamente el *eficientismo*, es decir, la eficiencia como meta *per se*, sino a la necesidad de maximizar el valor agregado de la calidad global.

^{VIII} La caracterización del problema de salud es importante y se analiza en los primeros capítulos de esta publicación. La dimensión social, especialmente el fenómeno de exclusión de amplios sectores de la población, precisamente de quienes más aportan al problema, es un tema central de la función del hospital en la red de servicios.

Hacia una nueva visión de los costos en la gestión para el cambio

Para dar respuesta a la cuestión planteada, el punto de partida es establecer cuáles son las características de los nuevos modelos de gestión hospitalaria (y de los sistemas de salud) y cómo es posible desarrollar sistemas de análisis de costos y eficiencia con capacidad para cumplir los objetivos fundamentales e impulsar los procesos de cambio.

Las disputas ideológicas plantearon la ineficiencia como una muestra de la incapacidad de los sectores sociales para lograr metas razonables con los recursos asignados. Evidentemente, a pesar de la crisis los recursos del sector salud y posiblemente de los sectores sociales, estos últimos sufrieron alguna pérdida en relación con otros sectores, pero el estudioso del tema podrá comprobar que se mantuvo un razonable crecimiento en sus asignaciones presupuestarias. A pesar de ello, las características fundamentales del problema de la salud se han mantenido o han aumentado. Es más, la crisis de la salud pública ya se había planteado mucho antes que la crisis de los recursos de la década de los ochenta. En ese contexto ideológico también se apuntó que la ineficiencia de los sectores sociales, dados los grandes montos de recursos absorbidos, constituía de hecho una rémora para el desarrollo económico y social de los países.

Sin que ello implique una aceptación de las motivaciones subyacentes en dichos planteamientos, hoy existe algún grado de consenso sobre la necesidad de modernizar el Estado como condición *sine qua non* para alcanzar el desarrollo. Del mismo modo se entiende que la acción de un sector no puede ir en detrimento de la de otros cuyos fines persiguen el mismo objetivo: el desarrollo económico y social de la población. En el caso de la salud, la imagen tiene una importancia trascendente, ya que a menos que las instituciones del sector demuestren su capacidad de gestión, es posible que los cambios se den por sustitución de modelos, no por la evolución de los actuales. La implicación es aceptar los riesgos, especialmente respecto a la equidad y la efectividad social. En síntesis, los sistemas que garanticen una medida objetiva de la eficiencia y los costos son elementos de capital importancia en la modernización del sector salud y del Estado, y se sitúan en el marco de los objetivos globales de desarrollo económico y social. En el plano de las transformaciones internas de los modelos de organización y gestión de hospitales (y de las redes de servicios de salud), esos sistemas desempeñan una función central, que puede resumirse en los siguientes puntos:

- Los nuevos escenarios reclaman no sólo eficiencia en el logro de los objetivos fundamentales del hospital y del sistema de salud, sino que se cambien los perfiles de gestión para liberar recursos y orientarlos hacia procesos productivos mediante la eliminación de focos de ineficiencia.
- La eficiencia y los costos, como métodos esencialmente cuantitativos, forman parte de una nueva cultura institucional, de la toma de decisiones en condiciones de certidumbre y de la rendición de cuentas.
- Los nuevos modelos de gestión reclaman la cuantificación objetiva de productos y de recursos invertidos en ellos como una condición cardinal de un sistema descentralizado y para el control por resultados sin interferencias operativas.
- El hospital es un componente fundamental de la red de servicios. Su actuación aislada reduce su aportación a la solución de los problemas de salud y aumenta los costos. Los sistemas de información tales como los de eficiencia y costos deben articularse en puntos críticos con los del sistema de salud. La capacidad para añadir información y establecer perfiles de problemas estratégicos de conjuntos de unidades locales de salud, incluido el hospital, es una condición necesaria para insertar al hospital en la red de servicios y en los objetivos globales del sistema.
- La información de los sistemas de costos debe ser evidente por sí misma y relacionarse con los procesos estratégicos de cambio.

- Dadas las relaciones de interdependencia con la equidad, la efectividad y la satisfacción del usuario, los sistemas de costo y eficiencia deben tener expresiones concretas en la calidad global de la institución.
- Los contenidos de los sistemas de información han de privilegiar procesos articulados con una visión de conjunto de la gestión hospitalaria (que obviamente incluye el componente clínico) asociada con la gestión de los sistemas de salud.
- Los sistemas de eficiencia y costos deben incorporar elementos concretos de cuantificación objetiva de insumos, procesos, recursos, resultados e impacto de la gestión. Este es un elemento novedoso de la cultura institucional en los nuevos modelos de gestión hospitalaria.
- Los sistemas de eficiencia y costos han de disponer de mecanismos para detectar y corregir los desequilibrios en la estructura de los recursos y del financiamiento que afectan la calidad y la cantidad de servicios generados y los sectores beneficiarios de ellos. El fenómeno de exclusión de los sectores de mayor riesgo y su relación con la distribución relativa de recursos debe ser objeto de especial atención.

Todos estos son elementos fundamentales de los procesos de cambio, pero en el marco del tema que nos ocupa es menester destacar dos. Primero, es difícil concebir la modernización de la gestión si no se cuantifican los productos y sus costos, pues de lo contrario difícilmente se pueda saber si los productos guardan una relación de coherencia con la situación o con el problema que se intenta resolver. Segundo, es necesario percibir como una dimensión precisa del problema institucional la estructura de los recursos, su impacto en la calidad de los servicios producidos y su efecto social. Recuérdese que dichas estructuras se han definido principalmente por los juegos de poder y no en función de las necesidades de salud de la población. Por ello, los sistemas financieros, de eficiencia y de costos deben incorporar mecanismos que permitan introducir correcciones en la estructura de recursos a fin de dar un mejor sentido de equilibrio balance en virtud de las características sociales del problema de salud. Esto conlleva otro requisito fundamental de la gestión hospitalaria moderna: la capacidad de construir escenarios alternativos con diferentes relaciones de costo-equidad y costo-efectividad.

Nuevos instrumentos metodológicos para una nueva concepción de costos

En este contexto, ¿cuáles serían las características fundamentales de un sistema de costos que destaque la eficiencia y se inserte en la evolución del hospital hacia nuevos modelos de gestión y organización? Acéptese, a los efectos de esta publicación, por una parte, que hay componentes o aspectos de la eficiencia que deben ser objeto de un análisis pormenorizado fuera del sistema de costos. Tal es el caso de las características de la organización y algunos aspectos de la gestión. Pero, por otra, que el sistema de costos debe proyectarse hacia la eficiencia en general y hacia la relación de la eficiencia con los restantes principios de calidad consignados. Los comentarios siguientes se sustentan, no en conceptos teóricos, sino en experiencias prácticas que han demostrado su viabilidad, incluso en condiciones operativas adversas. Sin embargo, el lector de mentalidad crítica debería centrar su atención sobre los requisitos fundamentales de información para la toma de decisiones y el costo de carecer con esa información, expresada como calidad global en los nuevos modelos de gestión hospitalaria. Luego, debe considerar el tema de las herramientas que satisfagan esas demandas, haciendo especial referencia a las condiciones propias de la administración hospitalaria de la Región y a su viabilidad y sostenibilidad.

Para intentar responder a la pregunta planteada, partamos de un principio fundamental: cualquier sistema de costos debe incorporar no sólo el registro de los procesos, sino también su comparación con otros sistemas de costos o con parámetros de referencia (*benchmarks*) que permitan orientar los procesos de gestión hacia el cumplimiento de metas de excelencia específicas.⁶ De no contar con estas metas, el sistema de costos se convierte en un mecanis-

mo de registro histórico de procesos, en una herramienta de diagnóstico sin proyección hacia las transformaciones fundamentales del hospital.

En el hospital, el tema tiene una solución teóricamente simple: el diseño y uso de los protocolos de atención como estándares que indican, para una enfermedad específica, cuáles son las guías de tratamiento clínico y los recursos esenciales asociados con ella. Los protocolos de atención están a su vez asociados con otro elemento, generalmente ausente en la gestión hospitalaria: la frecuencia y estructura de la morbilidad atendida.

La segunda fundamentación del sistema de costos, de cara a la modernización hospitalaria, es su articulación con la red. Esto no plantea limitaciones en el contexto de la tecnología disponible de la información, que permite desarrollar módulos de configuración que articulen la información con niveles de organización de la red de servicios. A su vez, los argumentos a favor de esa articulación caen por su propio peso. El más trascendente es que la salud no acaba con la acción del hospital, sino que demanda la participación de otros componentes del sistema de servicios y su proyección al medio físico y social, y que la acción aislada de cualquiera de los componentes de la red es más costosa y menos efectiva para solucionar los problemas. Por otra parte, si los sistemas de información y salud no están articulados, es difícil desarrollar una visión política y estratégica de las metas sociales del sector y, a la larga, de las metas socioeconómicas del Estado.

El tercer pilar del sistema de costos es su valor estratégico, y en él reside una de las principales restricciones de los sistemas de base contable. Una visión estratégica de la administración hospitalaria produce muchos *mensajes* útiles en la gestión moderna. Por ejemplo, la estructura de los costos revela concentraciones superiores al 90% en cuatro o cinco rubros (personal, medicamentos, material médico quirúrgico, productos alimenticios y reactivos). Esa misma estructura por servicios destaca la concentración de recursos en unidades de cuidados intensivos, consultas externas, servicios de emergencia, quirófanos y algún que otro servicio. La combinación de estas dos perspectivas es aún más dramática, porque permite seleccionar un servicio de alta demanda y costo relativo, cuya estructura de costos se simplifica aún más. Por ejemplo, cualquier servicio de consulta u hospitalización tiene tres rubros que determinan el costo global: personal, medicamentos y material médico y quirúrgico. A su vez, los servicios auxiliares tienen una estructura más simple: personal y placas de rayos X en radiología, personal y reactivos en el laboratorio, personal y productos alimenticios en dietética, etc. Bajo estas circunstancias, los sistemas de costos deben destacar lo relevante y dejar en un segundo plano lo menos importante. Mientras los sistemas tradicionales son de tipo exhaustivo en su precisión contable, los sistemas modernos demandan mayor selectividad y exactitud, mas sólo en aquello que es esencial para tomar decisiones. Las diferencias observadas pueden determinar su sencillez relativa, su facilidad de aplicación, el uso de la información y también su costo y viabilidad.

Pero, quizás más importante, los sistemas de costos deben responder a los requisitos estratégicos de la dirección de hospitales y sistemas de salud. En un primer plano, la visión que el sistema de costos debe aportar es un perfil de problemas fundamentales del hospital, una especie de visión global de niveles de desempeño y eficiencia. De este modo, el gerente del hospital puede establecer sus prioridades, diseñar y aplicar sus propuestas de modernización. En un segundo plano, el gerente del sistema puede hacer lo propio, sin perjuicio de las otras dimensiones microanalíticas, que orientan la acción operativa, focalizada sobre una categoría especial de servicio, actividad o recurso. De nuevo, la tecnología moderna, accesible y de bajo costo, permite configurar sistemas de tal manera que la información pueda ser inteligentemente agregada o desagregada para servir propósitos generales o específicos, según corresponda a cada intención. Esta flexibilidad es muy importante, pues la experiencia demuestra que los requerimientos gerenciales de información varían.

El quinto pilar es que el sistema debe preservar las relaciones lógicas entre el costo y los factores causales del mismo. De esta forma, el costo, como dimensión del proceso, y el comportamiento específico en algún punto de la organización como activador del costo, se vinculan entre sí. Por ejemplo, el costo del medicamento está asociado con el acto médico de la prescripción. En este mismo sentido hay relaciones un tanto más sutiles entre ciertos indicadores, los costos y aún la calidad de la atención. Tal es el caso del promedio de estancia y los índices de ocupación, cuyo efecto es muy marcado en la capacidad y el costo de la oferta de servicios.

El sexto pilar es que el sistema de costos debe estar estructurado con componentes específicos y responder a un modelo analítico de características definidas. En otras palabras, el sistema debe inducir, por sus propias peculiaridades, acciones correctoras de los problemas que identifica. Por ejemplo, es posible identificar claramente en la estructura del costo de un programa cualquiera dos elementos principales: los insumos directamente imputados y los elementos de apoyo (por ej., productos auxiliares tales como la intervención quirúrgica, el examen de laboratorio, el estudio radiológico) que necesita para prestar un servicio de calidad. Ambos, insumos y productos auxiliares, son a su vez elementos de la calidad de la atención, ya que entre los primeros se encuentran los medicamentos y entre los segundos, los procedimientos auxiliares terapéuticos y diagnósticos. Pero estas relaciones pueden ser falaces: a mayores cantidades de insumos aplicados en la atención, mayores costos, pero no necesariamente mayor calidad de la atención. Por el contrario, a menor cantidad de insumos, menor costo, pero la calidad de la atención podría ponerse en riesgo. Los puntos quinto y sexto se amplían en la siguiente sección.

Es preciso añadir un séptimo pilar, integrado por la viabilidad, la sustentabilidad y el bajo costo de su aplicación. Es evidente que cualquier sistema tiene, necesariamente, un costo económico de operación. Y aquí conviene añadir una apostilla importante. El gerente del hospital de la Región a menudo no dispone o no utiliza un sistema de costos de las características descritas. En la experiencia de promover la aplicación de estos sistemas surge con frecuencia la pregunta ¿cuánto cuesta desarrollar e instalar el sistema?, pero rara vez ¿cuánto pierde el hospital con un sistema de toma de decisiones sustentado en condiciones de incertidumbre y errático en sus efectos?, ¿a cuánto asciende el ahorro en recursos escasos que pertenecen a la sociedad por carecerse de un sistema adecuado de información para tomar decisiones?, ¿cuál es el costo de oportunidad expresado en términos de equidad y efectividad, si se tuvieran mejores elementos de juicio para orientar y ampliar la oferta de servicios en función de las necesidades de salud de la población en una acción articulada con el sistema de salud? Las respuestas a estos interrogantes se encuentran en los numerosos ejemplos de ineficiencia y de algún modo están vinculados con la crisis que afecta al hospital y al sector salud.

La información, al igual que otros recursos, tiene un costo. Lo que además se ha de tener presente es que hay una oportunidad para tomar una decisión y que ésta debe tomarse con la mejor información disponible. La información adicional tiene un costo añadido, que debe evaluarse junto con los beneficios adicionales que aporta. Si para organizar un sistema de costos es necesario hacer un esfuerzo de reorganización^{1X} y una inversión cuantiosa en recurso humano y equipos, se está imponiendo una restricción importante a la incorporación de mejores medios para la toma de decisiones en el hospital. Por otra parte, la experiencia demuestra que no es esencial incurrir en costos significativos para aplicar sistemas efectivos que reúnan características similares a las señaladas. La experiencia de la Organización Panamericana de la Salud es rica en este sentido y pone de manifiesto que es posible aplicar

^{1X} Los sistemas de contabilidad de costos tenían la limitación de requerir condiciones específicas de organización para su aplicación. Esto produjo considerables esperas y el desarrollo de una organización (centros de costos) que adoptó una visión contable y costos adicionales, tanto operativos como económicos, de diseño y aplicación de los sistemas.

estos sistemas en períodos relativamente cortos y con los recursos existentes en la mayor parte de los casos o con una inversión muy baja en recursos.

Sin embargo, más importante ello es aún cómo utilizar herramientas tales como los sistemas de costos, para producir cambios productivos en los patrones de conducta responsables de la ineficiencia institucional. Por ejemplo, si se pretende modificar la demanda excesiva e innecesaria inducida por la percepción del usuario de que los servicios son un derecho gratuito, merecería la pena costear y entregar al usuario una factura, sin que éste tenga que hacer un desembolso efectivo. De este modo, los costos generales e intermedios se expresarían en los costos finales de los productos postreros de actividad hospitalaria (egresos, consultas, exámenes), contribuyendo así a crear mayor conciencia de costos en usuarios y personal. El costo económico de realizar ese esfuerzo es mínimo y las consecuencias a largo plazo de racionalizar la demanda de servicios e insumos esenciales podrían ser notables. Mejor aún, el instrumento del que se ha venido hablando tiene el potencial de generar costos presuntivos sustentados en los protocolos de atención, que sería económico difundir entre distintos usuarios.

Hay que realizar una tarea educativa similar con los médicos. Para ello, hay distintas alternativas, una de las cuales es que el análisis de costos se les comunique a través de las jefaturas de servicio, de boletines informativos periódicos donde se les consignen los costos de los servicios que prestan y los de los que demandan de otros servicios de apoyo terapéutico y diagnóstico. La transformación de los servicios clínicos del hospital en verdaderas unidades de gestión (habitualmente llamadas centros de costos, centros de gestión o centros de responsabilidad) con marcos presupuestarios y márgenes de flexibilidad para que dichos centros se beneficien de los mejoramientos de gestión, pueden ser poderosos instrumentos para aumentar la eficiencia de los servicios clínicos. Además, el análisis de costos, junto con sus efectos en la calidad y la equidad de la atención, debería ser una materia obligatoria en los programas de formación de medicina.

En relación con el tema del comportamiento, los costos, junto con el efecto de la escasez relativa de recursos y la carencia de insumos esenciales, son una realidad frecuente en el quehacer de los hospitales estatales. El problema reside en parte en los inadecuados sistemas de gestión y compra de suministros y también en carencias reales de recursos financieros tales como materiales de prótesis, reactivos o medicamentos para tratamientos específicos. Ello obliga a la institución o al médico a buscar productos alternativos o a retener al paciente en espera de los recursos apropiados, todo lo cual afecta negativamente la calidad de la atención y eleva innecesariamente los costos. Una causa de la escasez relativa de recursos se encuentra en la estructura de los costos. En efecto, el crecimiento económico generalmente gravita en torno al rubro de sueldos, lo que produce excesos de personal y deficiencias de insumos materiales críticos.

Estos desequilibrios tienden a aumentar en los tiempos de crisis, porque el contexto político del hospital dificulta la reducción relativa de personal para abrir espacio al crecimiento de rubros tales como los medicamentos. Los recursos destinados a bienes y servicios de consumo en el presupuesto se transforman así en la variable de ajuste del financiamiento hospitalario. De este modo, se establece un círculo vicioso en el cual el personal no encuentra los medios adecuados para prestar servicios de calidad, que sólo se pueden proveer con una estructura financiera más equilibrada que implica detener, o al menos reducir, el crecimiento del rubro de recursos humanos. Por otra parte, es frecuente que las carencias de insumos esenciales coexistan con excesos en insumos no esenciales, reflejados en inventarios sin movimientos o niveles excesivos de obsolescencia. De nuevo, es necesario que el médico mantenga un contacto permanente con la información de costos y con los resultados de situaciones de crisis que su propio comportamiento genera.

Finalmente, ya se ha mencionado la necesidad de desarrollar métodos de costos que tengan una proyección prospectiva. La posibilidad de construir escenarios y valorar sus relaciones de costo-equidad y costo-efectividad constituye una forma de fortalecer la gestión hospitalaria y la imagen del hospital público. Si los costos están sistemáticamente asociados con los productos, y ambos con indicadores críticos, es posible realizar el proceso inverso: modificar los indicadores, determinar el efecto en la producción y establecer su demanda de recursos y costos. Esto no exige hacer un esfuerzo considerable de diseño ni instrumentos sofisticados. Tampoco representa una carga onerosa para el gerente, aunque sí demanda voluntad de actuación, algo que no es frecuente en su comportamiento. La posibilidad de seleccionar entre varios escenarios la opción que brinde mayores beneficios sociales e institucionales no sólo fortalece la gestión hospitalaria, sino que libera recursos que ahora se gastan en una supervisión invasiva sin objetivos claros.

La ineficiencia es una causa fundamental de la crisis institucional que afecta al sector salud y sus instituciones por su relación con el desequilibrio en la distribución de los recursos, su efecto negativo en la equidad del sistema de servicios y su impacto en la disponibilidad global de recursos para el desarrollo económico y social. Por estos motivos, la eficiencia se erige en un elemento cardinal de la modernización, aunque también hay que modernizar los métodos tradicionales de análisis de costos y cuestionar sus limitaciones como su instrumento principal de medición. Dichos métodos deben, por una parte, ampliar en muchos aspectos sus horizontes para constituirse realmente en instrumentos estratégicos de cambio y, por otra, en una perspectiva global de gestión hospitalaria, la información de base que se capta, el procesamiento de datos y, sobre todo, la información que genera como producto, ha de orientarse hacia el análisis y la solución de los problemas fundamentales del hospital y del sistema de salud al cual pertenece. No se ha de olvidar que, en última instancia, el propósito es lograr las metas institucionales con la mayor calidad y al menor costo posible y que ello puede constituir un elemento central para cambiar la imagen del hospital y lograr su inserción en el mundo global y competitivo actual.

El carácter integral de la gestión hospitalaria: relaciones entre procesos estratégicos

En las secciones precedentes se ha ofrecido una visión amplia del financiamiento y la gestión financiera. Las aportaciones del especialista, con sus instrumentos técnicos, facilitan la labor del gerente, que debe considerarlas a la luz de muchos otros factores cualitativos y cuantitativos, internos y externos, que afectan al conjunto de las relaciones económicas de la organización hospitalaria y del sistema de salud. Hay, además, campos en los cuales algunos de los subsistemas financieros se articulan en torno a procesos importantes de la toma de decisiones. A continuación, se insistirá en algunos de estos puntos de articulación.

En general se reconoce que la función del hospital es clínica y que debe mantener su carácter especializado como condición para lograr sus objetivos con calidad, es decir, de forma equitativa, efectiva, eficiente y satisfactoria para el usuario. Sin embargo, ese objeto del financiamiento y de toda la gestión hospitalaria no suele estar claro, lo cual constituye una importante deficiencia institucional. Caracterizar la oferta de servicios conlleva dos elementos de cambio fundamentales para la modernización: primero, permite establecer relaciones de coherencia con las características de las necesidades de la población, mediante la aplicación de métodos y criterios epidemiológicos. Esto es esencial porque de otro modo toda la actividad hospitalaria pierde buena parte de su dirección y sentido. Segundo, si la oferta es *legítima* y esas relaciones de coherencia han fraguado, los procesos internos de organización y uso de los

recursos tienen una justificación ética y administrativa. Una forma de contribuir a definir las características de la oferta de servicios es determinando la estructura de la morbilidad. Ésta se puede cuantificar mediante métodos efectivos, simples y de bajo costo, y los beneficios en la calidad de los servicios que brinda este análisis pueden ser sustanciales. De hecho, dado el comportamiento de la morbilidad, se puede incluso partir de estructuras presuntivas razonables y montar sobre ellas procesos de gestión más efectivos y eficientes. A mediano plazo, estas estructuras presuntivas pueden afinarse recopilando sistemáticamente la información.

La aplicación de los costos con criterio estratégico supone el establecimiento de parámetros sobre el uso normalizado de recursos que, comparados con los costos reales, permiten determinar desviaciones que es necesario corregir en beneficio de la calidad (una de cuyas dimensiones es la eficiencia). Si se cuenta con la estructura de morbilidad, real o presuntiva, y con información de costos, es posible definir el parámetro de referencia y usarlo como medida deseable de eficiencia en la prestación de servicios de salud, precisamente dentro de estándares de calidad que el mismo protocolo determina.^X Además, debe hacerse hincapié en la estrecha relación entre calidad clínica y calidad global, pues los protocolos, además de la función administrativa mencionada que desempeñan, pueden contrastarse con los perfiles reales de atención clínica para descubrir desviaciones del estándar y procurar esquemas de desarrollo de la excelencia clínica. Este es un claro argumento a favor de la ruptura de algunas dicotomías que crean una disociación perniciosa entre procesos logísticos o de gestión y procesos clínicos.

El Winsig utiliza otro concepto asociado con estilos de gestión participativa y con la descentralización de la toma de decisiones.³ Se trata de los *centros de gestión* que se podrían equiparar con el concepto más restrictivo de *centros de costos* empleados en la contabilidad de costos tradicional. Los centros de gestión son procesos o componentes importantes de los procesos, que confluyen en la atención del paciente, e incluyen elementos clínicos, diagnósticos, terapéuticos y logísticos. Se entiende que la descentralización es un proceso de carácter institucional que confiere al director la autoridad necesaria para actuar con cierto grado de libertad y comprometerse con ciertos resultados (de hecho, una forma de control por resultados que las prácticas presupuestarias, centradas en torno al control del gasto, no favorecen).

Sin embargo, habida cuenta de la complejidad del hospital, el director necesita delegar responsabilidades gerenciales de conducción de dichos procesos o componentes. Los *centros de gestión* son, en consecuencia, puntos intermedios de toma de decisiones en los cuales la caracterización de la producción, la calidad del servicio (estándares de atención, registro de la práctica clínica y cuantificación de desviaciones) y los costos, son instrumentos que facilitan la gestión participativa. Los perfiles del gerente y los estilos de gerencia que se mencionan en otros capítulos de este libro son aplicables, en consecuencia, no sólo a la dirección, sino también a los gerentes en cada *centro de gestión* definido en la organización del hospital. Esta es la filosofía que la Organización Panamericana de la Salud ha aplicado en el desarrollo del Winsig, en un esfuerzo metodológico para vertebrar aspectos dispersos o que no aparecen en otros métodos tradicionales.³

Otro aspecto del nuevo contexto de modernización, mencionado también en otros capítulos de este libro, es la aparición de algunas relaciones de compra y venta de servicios entre instituciones o con usuarios individuales y la necesidad de desarrollar mecanismos de facturación. De nuevo, la creatividad entra en juego para encontrar métodos simples, viables y de bajo costo, que no constituyan cargas burocráticas excesivas sobre la ya limitada capacidad operativa de los hospitales.

^X Desde esta perspectiva, el protocolo define los criterios clínicos de diagnóstico y tratamiento y los procedimientos e insumos necesarios para proporcionar el tratamiento efectivo de una determinada enfermedad.

La facturación demanda, como punto de partida, alguna forma de sufragar los servicios que se proveen a individuos (cuando el pago es personalizado) o a grupos de individuos (cuando el pago es institucional, es decir, lo cubre el patrono o una organización intermediaria). El tema, complejo en apariencia, tiene soluciones económicas y accesibles para el hospital como organización social. Un punto de partida es contar con algún sistema de costos unitarios. Sin embargo, en los métodos tradicionales, los costos unitarios son costos promedios que ocultan diferencias sustanciales en el tratamiento individual y, por tanto, en el costo real. Por tanto, una primera conclusión es que la facturación requiere una forma de cuantificación del tratamiento particular que ha recibido el usuario. Sin pretender agotar las opciones de coste y facturación, es posible retomar el enfoque que ha desarrollado el Winsig para demostrar que hay vías económicas y viables de costeo o facturación:³

- El costeo real del tratamiento del paciente es un método que permite estimar de forma directa y precisa el costo de procedimientos e insumos esenciales en la medida en que la capacidad operativa lo permita o se vaya desarrollando. Por ejemplo, el costo de los recursos humanos necesarios para atender pacientes hospitalizados se calcula en proporción al número de días-paciente; el costo de medicamentos puede calcularse directamente, siempre que exista la capacidad para procesar la información. Los costos de algunos procedimientos (quirúrgicos, laboratorio, radiología, dietética, etc.) pueden calcularse rápidamente y con exactitud mediante un mecanismo de ponderaciones que realiza el especialista en la materia. El costo de las cargas administrativas se computa automáticamente a partir del peso relativo del costo del paciente respecto a los costos de cualquier *centro de gestión*. Se han desarrollado diferentes mecanismos para facilitar y minimizar el costo de la facturación. Por ejemplo, es posible que muchos hospitales de la Región dispongan de subsistemas computadorizados de procesamiento electrónico de datos en registros médicos, farmacia, laboratorio y otros servicios. Si así fuera, Winsig proporciona una interfase para que los datos de dichos subsistemas puedan utilizarse en la facturación.³ Este sistema flexibiliza los cómputos y permite a cada hospital progresar al ritmo de sus posibilidades. Los procedimientos de facturación pueden ser colectivos si existen acuerdos de venta de servicios con otras instituciones (caso de la medicina de empresa o por aseguradoras) o individual. Asimismo, se puede facturar el costo total o parte del mismo dependiendo del tipo de cobertura acordado.
- La determinación de los costos presuntivos de tratamiento se produce cuando existe un protocolo o un estándar de atención que define, para una enfermedad determinada, los diferentes insumos: horas personal, procedimientos terapéuticos y diagnósticos e insumos esenciales. Dado un estándar, el Winsig cuantifica automáticamente el costo del tratamiento según la enfermedad principal.³
- Grupos relacionados con el diagnóstico (GRD). Si la institución así lo desea, el Winsig ofrece la posibilidad de crear GRD, cuyos costos se definen institucionalmente. Cuando existen protocolos, es posible hacer análisis comparativos entre los costos reales y los costos por GRD.³

Al abordar estas funciones de facturación, producto de un contexto más exigente en aspectos financieros, es importante que las instituciones definan sus opciones a partir de criterios de costo-beneficio. Dada la escasez relativa de recursos, una primera decisión es averiguar si la facturación se puede realizar con los recursos existentes o si es necesario ampliar la infraestructura administrativa. Si la articulación de procesos es adecuada, es posible que instrumentos como el Winsig puedan requerir sólo ajustes menores en los sistemas de información y, además, no demanden muchos recursos adicionales.³

Por supuesto, la magnitud y la complejidad de la función de facturación deben definirse previamente. Por ejemplo, si la facturación es institucional, el proceso resulta más simple y económico. Es posible que en este caso los costos presuntivos puedan constituir el eje de las rela-

ciones comerciales entre el ente proveedor y el receptor de servicios y que los costos reales sean ajustados en períodos razonables, por ejemplo, trimestralmente. Por otra parte, si bien los costos reales deben ser cubiertos, para lo cual es necesario emplear un sistema de costos por actividad final como el Winsig,^{XI} el hospital debe definir de antemano cuáles son los elementos que deberán incluirse en la facturación.³ En este sentido, un aspecto que se ha de tomar en cuenta es la depreciación o capitalización para renovar o mejorar tecnología legítima, establecida con criterios sociales, de eficacia, efectividad y eficiencia. Asimismo, el hospital debe hacer un esfuerzo honesto para determinar si la ineficiencia, que es posible cuantificar según se ha ilustrado, ha de incluirse en el costo de la prestación de servicios. Es posible, por otra parte, que la venta de servicios constituya un incentivo para fomentar una actitud que estimule la productividad para aumentar la calidad al mismo costo o para reducir los costos unitarios.

Por añadidura, la facturación debe equilibrarse con los objetivos y principios del hospital. Bajo ciertas condiciones, la accesibilidad podría verse afectada por el cobro de los servicios, en cuyo caso se gana económicamente, pero se pierde en calidad y cantidad de cobertura y se pueden menoscabar las condiciones de salud. En algunos casos es muy evidente que la eficiencia económica está produciendo un claro deterioro de la calidad del servicio y un costo social importante para los usuarios con menos ingresos. A esto se añade que con frecuencia los beneficios económicos se cuantifican mal, porque no se deduce de los ingresos el costo mismo de registro y facturación ni los incobrables.

Conviene señalar que en algunos casos la facturación se realiza de forma descentralizada (o dispersa) en cada punto de contacto del usuario con los servicios. Es decir, farmacia, laboratorio, radiología y otros servicios facturan individualmente los costos respectivos al usuario. Las consecuencias de esta forma de proceder son claras: mayor costo del sistema de facturación y pérdida de satisfacción del usuario, que tiene que deambular y cancelar los costos del tratamiento en múltiples puntos del hospital. Por último, no escapará a la percepción del lector que los registros médicos deben mejorarse considerablemente para disponer de datos fiables a partir de los cuales los sistemas de costeo y facturación puedan funcionar. La participación del personal clínico en este sentido es fundamental.

Otra articulación adicional es la confluencia del proceso de gestión en su conjunto en una propuesta programática (características de la producción que se desea alcanzar) y presupuestaria de los recursos requeridos para cumplir ciertas premisas de calidad, es decir, de equidad, efectividad, eficiencia y satisfacción del usuario. Anteriormente se mencionó la necesidad de tener en cuenta en los estilos de gerencia global, y de cada *centro de gestión* en particular, razones de costo-beneficio. En la teoría contable, el punto de equilibrio refleja una relación a partir de la cual los beneficios económicos se traducen en utilidades. Estos a su vez pueden alterarse a partir de variaciones en los costos fijos y variables de la empresa (también por los volúmenes de ventas y por el precio de los productos). Este concepto es útil en la organización privada porque ofrece un punto de partida para cuantificar costos y medir las variaciones de los beneficios (utilidades) cuando aquellos cambian, pero ¿cómo aplicar un concepto similar en la organización social? Acaso eso se podría lograr si se conociera el punto óptimo de productividad de los recursos existentes bajo ciertas premisas de calidad, es decir, si se conociera el volumen de producción que potencialmente se puede generar con los recursos existentes. Aunque el razonamiento es un poco distinto, la cuantificación del potencial de producción aporta un parámetro con el cual se puede contrastar la producción de cada período para saber

^{XI} En general, el sistema por actividad final (ABC, por sus siglas en inglés) se diferencia de otros métodos (proceso, por orden de trabajo, etc.) en que la producción se relaciona con la totalidad de los recursos de la institución y no sólo con aquellos que participan directamente en generar cada unidad de producción.

si se está alcanzando el punto de equilibrio entre las modalidades de utilización de recursos y los beneficios que esos recursos deben brindar a la sociedad. Este tipo de práctica administrativa no solamente representa un salto cualitativo interno, sino una posibilidad de mejorar la imagen externa de la gestión hospitalaria.^{XII}

Quien haya trabajado con el módulo auxiliar de programación y presupuesto del Winsig sabrá que este ejercicio no solamente se puede hacer, sino que es posible realizarlo sin costo alguno de recursos y a un costo mínimo de esfuerzo personal.³ Si la institución cuenta con estándares de atención, el *beneficio* incluye un amplio concepto de calidad; de otro modo, los beneficios se orientarán primordialmente a recuperar la eficiencia y sólo indirectamente a otras dimensiones de la calidad (de hecho, la eficiencia implica liberar recursos ociosos que pueden destinarse a fortalecer la calidad y equidad en la atención).

Para que este sistema funcione, es necesario crear, especialmente en los niveles de liderazgo y gerencia, una nueva forma de cultura institucional. Se trata de vincular el proceso analítico descrito con la formulación del programa y del presupuesto, porque de lo contrario las aspiraciones de cambio no tendrán contenido operativo real alguno. Dada su importancia, es necesario insistir en que el programa presupuestario sólo sirve a los propósitos de cambio si:

- Hay un diagnóstico claro de problemas fundamentales que afectan la producción (y por tanto a la cobertura) del hospital.
- Si en el diseño de los programas se incluyen los ajustes que en el diagnóstico se ha considerado necesario.
- Si los montos y la composición de los recursos (presupuesto) se alteran en función de los ajustes al programa.

El método que integra el análisis institucional, las técnicas modificadas de costo-beneficio y el presupuesto como instrumento de cambio funcionan como una *planilla* electrónica en la cual se dan ciertas relaciones críticas que determinan el uso óptimo de los recursos bajo premisas concretas (unos pocos indicadores) de calidad y de eficiencia como dimensión específica de la calidad. Estas relaciones son las siguientes:

- Capacidad de prestar servicios. El hospital determina cuántos usuarios pueden ser tratados como ingresados y cuántos en consultas externas o ambulatorias. En el primer caso los indicadores que determinan las premisas de calidad son el índice ocupacional y el promedio de estancia por paciente atendido. Dichos indicadores deberían establecerse a partir de la estructura de morbilidad y los estándares de atención, pero aún en ausencia de ambos es posible desarrollar hipótesis razonables para construirlos. En ambos casos, estos indicadores se conjugan con el recurso humano para lograr metas compatibles con la infraestructura física y la capacidad operativa. En el segundo caso, los indicadores empleados son el tiempo recurso humano (médico, enfermera, etc.) por unidad de producción: día paciente y consulta.
- Cuando se conozca la producción de servicios directos de atención médica (obviamente en relación con la situación de salud), se determina la producción de los servicios complementarios de diagnóstico y tratamiento, incluidos muchos de carácter logístico. Por ejemplo, para una producción de 1000 egresos al año, los estándares podrían determinar un relación

^{XII} Dado su carácter innovador, su impacto potencial en los estilos de gestión y la facilidad con que puede hacerse una demostración de estas herramientas, los gerentes de hospitales y de otras entidades interesadas pueden solicitar a la Representación de la OPS/OMS de cada país demostraciones del método descrito sin costo alguno para las partes y en presentaciones breves. No es excusado decir que no se trata de patrocinar un método específico, sino de reconocer la viabilidad del cambio de los métodos de gestión, e incluso la posibilidad de desarrollar y aplicar modelos similares cuando se considere pertinente.

de 14 procedimientos de laboratorio por egreso, de donde se calcularía la producción del servicio de laboratorio. Ese mismo razonamiento es aplicable para conocer la producción de intervenciones quirúrgicas, estudios de radiología, raciones de alimentos, kilos de ropa lavada y otros servicios.

- Una vez estimada la producción de cada *centro de gestión*, se enumeran los insumos esenciales. El gerente o el analista no necesita llevar este proceso a un extremo, sino aplicarlo a dos o tres categorías de insumos determinantes del costo unitario y del costo total de operación y, por tanto, del monto del presupuesto. El personal siempre es el principal factor de costo pero, para cada *centro de gestión*, se suman uno o dos insumos críticos: medicamentos y material médico quirúrgico, reactivos en laboratorio, placas de rayos X en radiología, alimentos en dietética, y así sucesivamente. Los restantes productos pueden calcularse por algún método simplificado, por ejemplo, crecimiento vegetativo, sin que afecten notablemente a los costos finales. El gerente o el analista sólo necesita establecer el monto del recurso por unidad de producción y el Winsig reconstruye la *planilla* para cuantificar, por centro de gestión y para el hospital, los montos de producción y los recursos previstos sobre la base de premisas de calidad definidas. De nuevo, la existencia de estándares ofrece una visión de calidad integral o las metas de eficiencia asociadas con ciertas presunciones de calidad.³

Las decisiones que se revierten al programa presupuestario no son, generalmente, dicotómicas. Ningún cambio se produce instantáneamente, y menos aún bajo el contexto restrictivo de la gerencia social. Pero la visión del programa presupuestario como instrumento de cambio integrado a la gerencia global constituye el único medio para hacer frente a los problemas fundamentales del hospital. Si los contenidos de programas y recursos no se modifican, simplemente no se produce cambio alguno, porque los productos seguirán siendo los mismos, al igual que la estructura de los recursos que los condicionan.

Las decisiones pueden ser selectivas en el seno de una estructura lógica de prioridades y posibilidades. El director y los gerentes de los *centros de gestión* pueden aplicar el método a servicios clave dentro del conjunto o a categorías de recursos que tengan un efecto mayor en los costos de operación. De hecho, las ganancias en productividad suponen disponibilidad de recursos y nuevas oportunidades de decisión como citadas seguidamente a guisa de ejemplo:

- Aumentar la calidad de los servicios producidos.
- Aumentar la cobertura de servicios (aumento de producción).
- Buscar una composición más equilibrada de recursos (funciones de producción más eficientes).
- Reducir los costos unitarios de producción.
- Liberar recursos (producir lo *necesario* a menor costo), para contribuir a reducir las presiones sobre los recursos escasos (contribución a otros programas dentro del sistema de salud o a otros sectores de desarrollo).

Además, los gerentes dispondrán de un conjunto de indicadores, pocos pero críticos, de producción, eficiencia, recursos y costos previstos para un determinado período operativo. Casi siempre, esta información, de trascendencia obvia, no forma parte de la gestión hospitalaria.

Conclusiones

En buena parte de la bibliografía sobre gerencia social se subrayan las numerosas restricciones existentes para prestar servicios de calidad. Estas restricciones son reales. No obstante, el mensaje que aquí se intenta transmitir es más prospectivo y se centra en las posibilidades de emplear ciertas herramientas y procesos que pueden cambiar sustancialmente el carácter de

la gestión hospitalaria, si existe la voluntad de hacerlo y se fomenta la cultura necesaria. El financiamiento y la gestión financiera son dimensiones de la gestión global del hospital. Desde una perspectiva estratégica, los planteamientos que aquí se han presentado corresponden a la esfera de la responsabilidad del director del hospital, que debe compartir con los principales niveles de la gerencia institucional. La aportación del especialista y los instrumentos especializados son importantes, pero la decisión estratégica es una responsabilidad indelegable, aunque compartida, del director. La eficiencia ha adquirido una dimensión singular en los procesos de modernización; la sociedad y los mecanismos de regulación se han vuelto más sensibles a la productividad y a las demandas de financiamiento, lo cual acarrea riesgos y ofrece oportunidades.

Los riesgos se reflejan con frecuencia en el *eficientismo*, es decir, una tendencia a percibir los complejos procesos de calidad solamente a través del prisma de los recursos. Las oportunidades residen en el aprovechamiento de las presiones de los modelos vigentes para alcanzar niveles de eficiencia compatibles con la equidad, la efectividad y el servicio al usuario. Para mejorar la gestión, hoy día se dispone de herramientas importantes, como los sistemas de programación, presupuesto y costos, pero se han de utilizar en el entorno particular del hospital, donde intervienen muchos factores más difíciles de cuantificar, como los estilos de gerencia, la cultura institucional y las características del modelo de salud. La relación del hospital con la red de servicios tiene un efecto especialmente importante en sus economías de escala, en su impacto y en sus productos sociales.

La administración en general, y la administración financiera en particular, derivan sus principios de la empresa económica, es decir, aquella cuyos objetivos finales están determinados, o al menos muy condicionados, por la búsqueda de rentabilidad. No obstante, con creatividad es posible encontrar instrumentos y aplicaciones de esa teoría en el campo de la salud como empresa social. En este capítulo y en el libro en conjunto se ofrecen vías alternativas dirigidas a alcanzar la excelencia mediante la aplicación o el desarrollo de instrumentos innovadores que permitirán a los gerentes de los hospitales afrontar con éxito sus retos, sin que ello suponga un costo económico importante o cargas burocráticas onerosas.

Bibliografía

- 1 Carrillo E. La gerencia productiva en la reforma del sector salud. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1998. [Documento inédito elaborado para la División de Sistemas y Servicios de Salud de la Organización Panamericana de la Salud.]
- 2 Alvarado E. Gerencia estratégica de costos. San José, Costa Rica: Colección Enalba; 1996.
- 3 Organización Panamericana de la Salud, División de Sistemas y Servicios de Salud. Sistema de información gerencial WinSig. Manual de operación. Washington, DC: OPS; 2000.
- 4 Ministerio de Salud, División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial, Chile. Estudios regionales de red asistencial: visión país. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial; 1999.
- 5 Keohane RO. Después de la hegemonía. Cooperación y discordia en la política económica mundial. Buenos Aires: Grupo Editor Latinoamericano; 1988.
- 6 Arnorld J, Hope T, Southworth A. Financial accounting. London: Prentice Hall International; 1985.
- 7 Guzmán A. Los compromisos de gestión en Costa Rica, 1997-2000. 1999. [Tesis de maestría.] Alcalá de Henares, España: Universidad de Alcalá de Henares; 1999.
- 8 Rukstad MG. Macroeconomic decision making in the world economy. Fort Worth, TX: The Dryden Press; 1986.
- 9 World Health Organization. European health care reforms: current strategies. Copenhagen: WHO; 1997.

Capítulo 11

Sistemas de información

En un hospital, como en otras empresas, la gestión está estrechamente asociada con la información. Desde la perspectiva de la gestión, la información es un insumo cognitivo básico que contribuye a conocer, planificar, manejar y evaluar la función hospitalaria. Sin embargo, cabe recordar que los hospitales también tienen características específicas en su organización, funciones, productos y modo de producción que los convierten en empresas originales. Tanto sus aspectos generales como sus particularidades son esenciales para diseñar sistemas y producir información al servicio de la gestión hospitalaria.^{1, 2}

Desde la perspectiva planteada en este texto, se enfatiza que la gestión moderna de hospitales afronta el desafío de continuar introduciendo cambios institucionales que permitan modernizar y adaptar la organización, estructura y función de los hospitales para responder de forma efectiva a las diversas demandas de atención de salud de la población, a las múltiples complejidades y restricciones del funcionamiento hospitalario y contribuir al efectivo cumplimiento de sus objetivos.

Desde este prisma, en este capítulo los sistemas de información se consideran como instrumentos de apoyo a los diversos procesos de gestión y como herramienta de quienes deben tomar decisiones relacionadas con la gestión y la función hospitalaria. A pesar de su potencial, los fallos de los sistemas de información pueden ser más frecuentes que los éxitos, especialmente en el contexto de las burocracias gubernamentales en países en desarrollo. El análisis se llevará a cabo tanto desde una perspectiva técnica, como desde la estratégica que adoptan los administradores y los que desarrollan políticas.³

Aunque el tema de los sistemas de información y la gestión es bastante amplio y complejo, en este capítulo se subrayan algunos aspectos de particular relevancia en la gestión del hospital del futuro: el valor estratégico de la información, sus desafíos y requerimientos; los costos y beneficios; la información como instrumento de gestión hospitalaria; la información relevante para la gestión en el proceso de cambio; la obtención y distribución de información para tomar decisiones; el flujo de información; el diseño de los sistemas de información y la informática, y los métodos innovadores de información para la gestión y la función hospitalaria.

La necesidad de adecuar la información a la modernización de la gestión y a los procesos de cambio

La evolución de los sistemas de información, en la cual destaca el vertiginoso desarrollo tecnológico, despierta diversas expectativas e implica distintas posibilidades de diseñar, desarrollar y manejar sistemas de información. Tal parece que es altamente posible responder con éxito a las nuevas demandas de información. Sin embargo, las expectativas deben equilibrarse con lo que en cada realidad local es posible lograr. Para producir y usar información, así como para desarrollar y manejar sistemas de información ello, es importante contrastar necesidades y capacidades, tanto locales como nacionales.

Existe una gran diversidad de situaciones que se producen en los hospitales e influyen en los sistemas de información. El desarrollo de la información y de sistemas de información —más allá de los condicionantes internos de este tipo de sistemas— ha estado en gran medida determinado por la evolución de la función y la gestión hospitalaria global.

En los sistemas de información de los hospitales de Latinoamérica y el Caribe se detectan múltiples limitaciones y deficiencias, no sólo debido a restricciones económicas, especialmente del sector público, sino también a modos de gestión inadecuados, a limitaciones de la eficiencia y la efectividad hospitalarias y al bajo soporte de la información o del uso que se hace

de ella.¹ Para ser útil, esta información debe adecuarse a las necesidades, ha de ser de calidad, oportuna y estar al alcance de los directivos. Sin embargo, la información no es suficiente para asegurar una buena gestión. El mayor desafío que plantea un sistema de información es prestar asistencia a los directivos del hospital en su papel de estrategas y líderes que buscan acometer las acciones, organizar los medios para lograrlo y motivar, apoyar y evaluar el desempeño de los recursos humanos. Las herramientas de ayuda a la decisión constituyen el resultado postrero de cualquier sistema de información.

Aunque la información está presente en todos los procesos hospitalarios, un sistema de información es apropiado cuando aporta la información esencial para la gestión, y no necesariamente cuando contiene mucha información. Dada la estrecha relación entre información y gestión, los cambios que se espera introducir en los modelos de atención y en el modo de efectuar la gestión institucional también desembocan en el ineludible desafío de replantear y modernizar el ámbito de la información y los sistemas de información entre los componentes de la gestión. A la luz de los cambios esperados para mejorar y modernizar la gestión y la función hospitalarias, surgen interrogantes en el área de la información a los cuales se ha de responder:

- ¿Cómo enmarcar los objetivos y las funciones de los sistemas de información, teniendo en cuenta las necesidades de información para los procesos de gestión hospitalaria?
- ¿Cómo desarrollar y adecuar la información para que sea un instrumento de apoyo a la toma efectiva de decisiones y pueda ser manejada con las capacidades de uso de información de quienes toman decisiones?
- ¿Cómo reforzar y asegurar el valor estratégico de la información, considerando las necesidades y sus costos y beneficios?
- ¿Cómo se maneja, obtiene, integra y distribuye la información para la toma de decisiones en la gestión de los hospitales?
- ¿Cómo fortalecer el uso de la información como apoyo efectivo a las acciones y transacciones internas y externas del hospital?
- ¿Cómo consolidar activamente el flujo de la información, no sólo en el interior de un hospital, sino también en la red asistencial (pública y privada) y en el entorno social?
- ¿Cuáles son las expectativas de los nuevos métodos de información hospitalaria para la gestión y los cambios, y cómo se puede acceder paulatinamente a ellos considerando sus potencialidades, limitaciones y costos?

La reflexión sobre la función que deben cumplir los sistemas de información ha de tener lugar en el contexto global del hospital y de la función y los objetivos que éste debe cumplir. La búsqueda de soluciones a eventuales crisis y desafíos y la necesidad de revalorizar los sistemas de información hospitalaria deberían formar parte del esfuerzo de abordar las crisis y los cambios hospitalarios. Cualquier proceso de cambio en el hospital exige disponer de información a diversos niveles: para una mayor eficiencia y calidad del proceso, para el conocimiento y el control de la asignación y el flujo de los recursos y el presupuesto, y para la interacción del hospital con la red asistencial y el entorno social.

Hoy en día cobra importancia la supervivencia económica y la eficiencia financiera de los hospitales. Dada la relativa pero marcada limitación de recursos financieros, la mayor parte de los hospitales tienen que conciliar el interés de garantizar a todos su acceso a los servicios hospitalarios de calidad con el control de los gastos hospitalarios.¹ Uno de los objetivos de las reformas sanitarias es el de la equidad, lo cual destaca la importancia de las aplicaciones externas que hagan las autoridades sanitarias regionales o nacionales de los sistemas de información.

La gestión económica y financiera tradicional está siendo sometida a desafíos derivados de procesos tales como la descentralización, la modernización de la gestión (donde el aspecto financiero desempeña un papel relevante) y la supervivencia hospitalaria (económica) a través del uso eficiente de un recurso limitado. Para hacer frente a esos retos, se requieren sistemas que provean información inmediata (*on line*), aunque otros sistemas puedan tener una latencia más lenta o incluso periódica.

De hecho, todos estos elementos deberían converger en el presupuesto como expresión de las metas que cada componente organizativo, clínico o administrativo pretende lograr en cualquier período operativo y bajo ciertas premisas de equidad, eficacia, efectividad, eficiencia y satisfacción del usuario. Una función crítica de la información es facilitar el diseño de instrumentos de desempeño institucional que permitan evaluar el cumplimiento de esas metas y premisas y que a su vez sirvan de insumo para alimentar el cambio estratégico. La relación entre *competencias* y logros de los gerentes y equipos de trabajo debería ser el eje central de ese proceso de evaluación.

La información también es una herramienta de apoyo a la calidad global de la función hospitalaria. El sistema de información, especialmente cuando es eficiente y fiable, permite acceder rápidamente a todas las informaciones útiles en el campo de la atención médica. De este modo, la información permite establecer una comunicación real entre los diversos actores del mundo hospitalario.

El mejoramiento de la atención médica se obtiene entonces a través de un trabajo sobre el sistema de información, que puede introducir cambios en la organización o en los procedimientos al servicio de la calidad de la atención. Por este motivo, los datos que se refieren al usuario tienen que registrarse en el lugar donde nace la información, esto es lo más cerca posible del paciente, en los servicios de atención médica, los servicios clínicos y los servicios administrativos de gestión de los pacientes.

Necesidad de información coherente con claros modelos de gestión, atención e información

La información, aunque sea completamente adecuada, sólo puede reflejar lo que a partir de claros modelos de gestión y operación de hospitales es posible reconocer, describir, medir y evaluar. A este respecto se deben considerar dos dimensiones: el sistema hospitalario que demanda un análisis comparativo, y el sistema de salud global, que no se puede evaluar a menos que el sistema de información global esté debidamente articulado.

La información que producen los sistemas de información ha de ser coherente con la organización de los hospitales y los servicios de salud.⁴ En la medida en que hay confusión respecto a los fines del hospital, a sus planes y programas, su organización y funcionamiento, habrá dificultades para que la información sobre estos aspectos aporte elementos útiles para la gestión.

El hospital y los sistemas de salud están insertos en un mundo nuevo, competitivo y globalizado y por añadidura se valoran cada vez más las relaciones de costo y beneficio social de los recursos que se invierten. La información puede permitir mejorar el control y la evaluación de la gestión, así como acometer acciones con más eficiencia y efectividad por parte del hospital.

Las reformas y los procesos de desarrollo del sector salud en diversos países tienden a incluir características que se convierten en retos y oportunidades para identificar cuáles son las necesidades de información y orientar el diseño de sistemas de información. Una reestructuración

o reforma de los sistemas de información tiene que ser coherente con la reforma de los sistemas en general y con la de los hospitales en particular. Por ello, la participación de políticos y gerentes es esencial para orientar el desarrollo de los sistemas de información.^{2,3} Actualmente se promueve que la autoridad sanitaria haga hincapié en las funciones esenciales de salud pública, que a su vez están vinculadas con la reforma de los sistemas de salud. La información de estas funciones esenciales incluye tanto datos individuales como de la comunidad y el ambiente.

Las alternativas de organización actual de los sistemas de salud fluctúan entre burocracias jerárquicas con distintos niveles de decisión y acción y sistemas basados en la interacción del mercado, especialmente entre proveedores y clientes. Además, existen situaciones mixtas, como la representada por el sistema contractual.⁵ El interés por conocer y evaluar cómo se comportan los sistemas globales en un país exige tener claro el modo de organización global, cómo es la configuración de la red asistencial y cuál es el papel que desempeñan los hospitales en dicho sistema.

En su función moderna, también puede ocurrir que hospitales tradicionalmente dirigidos a al sector público puedan funcionar como instituciones abiertas al mercado competitivo, incluso con servicios contractuales, y ello desemboca en que el sistema de información sea una red que trascienda la organización hospitalaria formal. El cambio procurado en la gestión hospitalaria y la necesidad de lograr la sostenibilidad económica de los hospitales explican que en ellos se dé gran prioridad a la eficiencia, muchas veces centrada en la contención de costos y el mejor uso del recurso. La OMS promueve un modo de determinar y evaluar los sistemas de salud sobre la base del rendimiento global, lo que tiene consecuencias para los modelos de atención y de información hospitalaria.⁵ También la OCDE participa en la promoción de modelos de atención en los cuales se subrayan más los elementos económicos y los centros asistenciales.⁶ Por otro lado, la información hospitalaria rutinaria contribuye a perfeccionar la visión de modelos de atención y rendimiento en la medida en que aporta antecedentes empíricos.

En el marco de la descentralización, el énfasis de las decisiones recae en el nivel local o del hospital, especialmente en aquellas de tipo operacional y administrativo, lo que pone de manifiesto la necesidad de fortalecer las gestiones autónomas, que a su vez demandan el apoyo de sistemas de información autosuficientes en los cuales los que producen son lo que usan la información. La descentralización exige, entre otras cosas, que las responsabilidades de gestión que antes variaban en dependencia de los niveles de agregación geográfica y administrativa, ahora tengan que ser asumidas por todos los niveles (central, regional y local), como la planificación estratégica, la gestión del personal, los contratos, la monitorización y evaluación, y la programación y gestión del presupuesto autónomo.⁴

Sin embargo, el concepto de niveles de atención de distinta complejidad sigue vigente y exigiendo un sistema integral y articulado de información. Para los distintos niveles tiene suma importancia el intercambio de información dirigido a apoyar sus funciones de gestión (envío de pacientes, sistemas de supervisión y de apoyo, y los sistemas de monitorización y vigilancia, ya sean de epidemiología o de funciones esenciales).⁴

Actualmente, el desarrollo de sistemas de información deben satisfacer la necesidad de responder a la mayor complejidad que paulatinamente van adquiriendo los hospitales y los servicios de salud.¹ En dicha complejidad destacan los siguientes elementos:

- Intensa dinámica de los cambios tecnológicos (incluyendo a los propios sistemas de información).
- Complejidad y cambios en la organización de los servicios de salud y la provisión de servicios de salud. La mayor complejidad tecnológica de las redes asistenciales se encuentra en los hospitales, especialmente en aquellos centros y unidades técnicas de especialidad.
- Complejidad del proceso mismo de provisión de servicios de salud, incluyendo procedimientos clínicos, de apoyo diagnóstico y terapéutico, administrativos y de la propia información.
- Complejidad de la información en hospitales y servicios de salud, incluyendo la notificación financiera de las prestaciones individuales a entidades de seguros o pagadores o a las autoridades sanitarias.
- Diferentes objetivos de las fuentes orientadas a proveedores o procedimientos.
- Las necesidades de políticas y estrategias nacionales, tanto de los servicios y sistemas de salud como de los propios sistemas de información.

Además de las demandas tradicionales de información surgen o recuperan su vigencia demandas para apoyar diversas áreas entre las cuales cabe mencionar las que se enumeran seguidamente:¹

- Autonomía financiera (condiciones requeridas, los límites y las ventajas de una autonomía financiera)
- Gestión financiera de las inversiones (infraestructuras y equipamientos)
- Mecanismos de recuperación de los costos
- Seguimiento presupuestario y control de gestión
- Análisis de costos y de la eficiencia hospitalaria
- Contabilidad analítica
- Análisis de los costos por grupos relacionados con el diagnóstico (GRD)
- Análisis de costos y medida de la eficiencia y la productividad

La gestión de recursos físicos y del equipamiento ha de responder a necesidades de mantenimiento y a la incorporación de recursos a veces complejos y costosos, que precisan de una planificación basada en criterios de costo-beneficio y eficiencia en la gestión de su uso. Las áreas relevantes de gestión que impone la disponibilidad de sistemas de información particulares son: la planificación del recurso físico, la arquitectura y la ingeniería hospitalarias, el suministro de equipamientos, la gestión de los equipos médicos, la gestión técnica y el mantenimiento de equipos, y la vulnerabilidad y el riesgo estructural y no estructural. Los servicios de apoyo siguen habitualmente un modo de gestión similar al del resto de recursos físicos, pero la necesidad de manejar suministros de uso y recambio rápido obliga a realizar una gestión bastante dinámica y compleja.

Los cambios de las relaciones entre centros, como los que inducen la descentralización y la privatización, y los cambios de las relaciones de los sectores público y privado aumentan el riesgo de reducir la integración y coherencia de la información, a menos que haya criterios comunes entre distintos centros, redes e instituciones sobre qué describir y medir, y que se empleen criterios comunes basados en determinaciones operacionales (por ej., definición de hospitales por categorías, procedimientos, tipos de especialidades, etc.). Al mismo tiempo, se han de aplicar criterios de información claros y homogéneos sobre datos, indicadores y estándares. El desarrollo de políticas, estrategias, planes y programas nacionales de información contribuye en gran medida a lograr la homogeneidad de los sistemas de información al tiempo que facilita la integración de información entre distintos centros, niveles y sectores relacionados con hospitales. El uso de programas de intervención de amplia cobertura, como la vigilancia de enfermedades transmisibles o la monitorización de programas de vacunación, propicia el uso de información común para estos temas específicos.^{1,2,7}

Revalorización estratégica de la información en la gestión del hospital

La información desempeña un papel estratégico que debe ser enfatizado. El enfoque estratégico considera entre otros la planificación, el control y la comunicación, en los cuales el sistema de información se considerado como un insumo. No obstante, también existe una gestión de la información que actúa como insumo, que permite planificar y que a un tiempo ha de ser gestionada.

La información atesora un indudable valor estratégico respecto a la gestión y la función del hospital, lo que la convierte en un instrumento al servicio de la estrategia y de la toma de decisiones, de la coherencia de la organización para la gestión del cambio, de apoyo a la calidad global de la función hospitalaria, y como una de las herramientas destinadas a crear y fortalecer la cultura de la toma de decisiones informadas. Este valor estratégico abarca los distintos tipos y niveles de gestión, ya sea del hospital o de su entorno, y para los distintos plazos en que se toman decisiones. Las decisiones estratégicas relacionadas con la planificación, que se suponen planificadas a largo plazo, pueden ser apoyadas por sistemas de información que permitan hacer predicciones basadas en antecedentes históricos y tendencias actuales, lo que en cierto modo se aplica a las decisiones tácticas relacionadas con la programación, en general a mediano plazo.

La información y los sistemas de información se consideran herramientas de apoyo intermedio a los responsables de los diversos procesos de gestión, donde es crucial la calidad, oportunidad y utilidad de la información. En la medida en que la información contribuya efectivamente a una adecuada e informada gestión, también propiciará una mejoría significativa de la función hospitalaria, apoyando los procesos de cambio y de modernización de los hospitales.

La incertidumbre y la subjetividad que frecuentemente acompañan a las decisiones habituales de la gestión hospitalaria y que son consustanciales a ellas pueden controlarse si se dispone de sistemas de información pertinente y efectiva. Sin embargo, cabe recordar que la revalorización de los sistemas de información es una condición necesaria pero no suficiente para revalorizar la gestión hospitalaria. Las estrategias de información para el cambio deben incluirse en una visión integral del proceso de modernización de la gestión hospitalaria.

Por otro lado, la tendencia a la especialización en la función hospitalaria crea demandas más sofisticadas y dinámicas de información, que incluyen desde datos individuales detallados hasta consolidados agregados que integran diversas fuentes y se manejan en alguna red virtual. Además, para que los cambios en la información sean congruentes con la revalorización hospitalaria global, es preciso contar con una orientación estratégica coherente, tanto en los métodos y contenidos, como en los recursos y las tecnologías. La nueva orientación de los sistemas de información debe por tanto tener capacidad de responder a las distintas demandas de las nuevas modalidades de gestión hospitalaria.

La información, para ser útil en la decisión estratégica, debe concentrarse en las principales áreas y en los temas centrales de los procesos de cambio, como la planificación estratégica, la descentralización, el control y la responsabilidad o rendición de cuentas (*accountability*). Con este fin, es necesario desarrollar procesos operativos para generar información a corto plazo y garantizar su fiabilidad a mediano y largo plazo. Las características de esta información no sólo deben estar supeditadas a las necesidades de la gestión hospitalaria, sino también a los recursos disponibles, como el contexto de implantación, especialmente en el ambiente institucional de los diversos tipos de hospitales de Latinoamérica y el Caribe.

Valor estratégico de la información para la gestión en el proceso de cambio

Dado que este es uno de los aspectos importantes de la reforma y la modernización hospitalaria, es necesario tener suficiente capacidad para evaluar su impacto desde la perspectiva administrativa, económica, epidemiológica y social. Sin embargo, salvo en casos específicos, el análisis de impacto atribuible es difícil y limitado, no por falta de herramientas metodológicas, sino por las innumerables variables que simultáneamente ejercen algún efecto en los servicios de salud, máxime sobre las condiciones de salud de las personas, donde también influyen los determinantes ambientales y los socioeconómicos.

La información contribuye a fortalecer la toma de decisiones fundamentadas y favorece la integración informativa en torno a una cultura de gestión informada y responsable. Es importante recordar que los sistemas de información poseen, además del valor intrínseco de la función que realizan, la enorme ventaja de actuar como vínculo de comunicación estratégica. Algunos expertos incluso consideran que la función principal de un sistema de información sanitaria la de la comunicación entre distintas unidades y usuarios. Asimismo, una de las principales funciones de los registros individuales clínicos y administrativos es actuar como medio de comunicación entre los profesionales.

La información como elemento aglutinante y de transacción del hospital y de la red asistencial

La información también aumenta la coherencia de la organización, pues contribuye a aglutinar las funciones de los diversos participantes de la función hospitalaria. El desafío a este respecto estriba en difundir la información de forma integrada y comunicar las decisiones a los diferentes estratos verticales, como el presupuesto, los objetivos cuantificados como actividades, los costos, etc. Por ejemplo, en lo que se refiere al ingreso de los pacientes, los servicios de atención médica deben poder comunicar oportunamente informaciones fiables sobre las necesidades de ropa, comida o medicamentos, a fin de que los servicios de aprovisionamiento, lavandería, cocina o farmacia puedan responder, sin retraso, a dichas demanda. Del mismo modo, en el área de gestión administrativa, es preciso valorar inmediatamente las variaciones de disponibilidad de insumos o de las ordenes internas de encargos con objeto de disponer del presupuesto necesario en tiempo real.

Sin embargo, el sistema de información hospitalario afronta el desafío de integrar las informaciones de todas las profesiones y actividades del hospital y de reagruparlas para obtener un instrumento de conducción al servicio de la calidad de la atención, del control de los costos, del mejoramiento de la organización y de la estrategia. Este desafío no es fácil de superar, ya que el mundo hospitalario reúne visiones que pueden incluso contraponerse. Este requisito viene dado por las diferentes necesidades informativas de los usuarios responsables de la gestión en sus distintos ámbitos administrativos, clínicos y financieros. Como su papel tiene repercusiones derivadas de los procesos de cambio en la gestión y función del hospital, constituye a un tiempo un reto y una oportunidad para utilizar sistemas de información.

Para preservar la integración funcional de las redes de atención de salud, el uso de la red de información debe incluir diferentes instituciones públicas y privadas y con este fin se han de elaborar normas y criterios comunes para los conceptos, las medidas y los informes que se han de compartir.

Búsquedas de solución a dificultades y limitaciones de la información y de los sistemas de información

Los sistemas de información afrontan dificultades y limitaciones tradicionales a las cuales se añaden cambios institucionales y nuevos requerimientos de la gestión. Entre dichas limitaciones cabe destacar las siguientes:^{2,7,8}

- La información recabada de rutina es irrelevante para las tareas habituales del personal, mientras que el personal que aporta datos primarios la considera excesiva y existen problemas para ingresar datos.
- La información producida es de baja calidad por problemas relacionados con los recursos y la organización y capacitación, lo cual redundando en la baja credibilidad de la información.
- Hay duplicación y gastos innecesarios en sistemas paralelos de información y se propende a utilizar programas verticales no integrados. Sin embargo, suele faltar información de los que no acceden a los servicios o del sector privado.
- Se carece de informes oportunos y de retroalimentación para los que proveen la información, lo cual contribuye aún más a que dicha información se considere irrelevante, máxime los gerentes y planificadores. Estos últimos no tienen suficiente conciencia de la importancia estratégica de la información.
- El uso de la información es pobre y en general se dirige más a la preparación de informes estadísticos que a los que la producen.

Varios autores ha consignado como más frecuentes las siguientes limitaciones de los sistemas de información:⁹

- Pretender hacer un gran diseño del sistema de información y hacerlo integral desde el comienzo.
- Sistemas de información diseñados para acumular datos para el nivel central.
- Revisar la información sin considerar las necesidades de los servicios.
- Necesidades de información basadas en consideraciones demasiado detalladas.
- Confundir la aplicación de computadoras con la reestructuración de los sistemas de información.
- Orientar la reestructuración principalmente en función de la visión de los donantes.

Estas limitaciones no están aisladas, sino que muy a menudo reflejan las debilidades de los servicios de salud y que los sistemas de información no se desarrollaron en un principio para apoyar la gestión. Sin embargo, las reformas que se intentan realizar en muchos países parten de una visión clara de estas limitaciones.⁸ Para solucionarlas, es preciso conocer las necesidades de información reales y las posibilidades de obtenerla, es decir conocer qué factores pueden limitar su recolección, producción y uso. En otras palabras, para superar las limitaciones mencionadas, es preciso cumplir los siguientes requisitos:

- Contar con suficiente información de calidad en un plazo oportuno para tomar decisiones.
- Garantizar la factibilidad (económica, política, cultural y técnica) y la sostenibilidad de los sistemas de producción de información y utilizarlos adecuadamente.
- Disponer de gerentes con suficiente capacidad y experiencia para acceder, analizar y utilizar la información.
- Apoyar a los que estén dispuestos a mejorar los sistemas de información y a utilizar la información en su gestión.
- Disponer de información basada en la práctica y en pruebas científicas (*evidence based information*). La aplicación de políticas y estrategias basadas en la evidencia contribuye a tomar decisiones informadas en los hospitales.
- Es necesario que la misma información apoye a los usuarios y a los procesos de gestión, si bien ambos la utilizarán de distinto modo.

- Es preciso saber que, como la información no es suficiente para realizar una gestión efectiva, la evaluación de los sistemas de información poco efectivos no debe confundirse con la evaluación de una gestión global poco efectiva del hospital.²

Contenidos y selección de información relevante para los procesos de gestión

La información y los sistemas de información tienen más posibilidades de ser útiles cuando su diseño, implantación y gestión están centrados en torno a los procesos de gestión y las necesidades informativas de los que toman decisiones en el hospital. La selección de información requiere, de acuerdo con las necesidades de quienes van a usarla para los procesos de gestión y operación, considerar áreas temáticas que no sólo se circunscriben a los hospitales, sino que abarcan su entorno institucional y social. También es importante definir cuáles serán los tipos de datos, criterios y estándares que van a permitir disponer de información basada en un lenguaje común y sistematizado.

Información centrada en el proceso de toma de decisiones

El proceso de toma de decisiones puede orientar la adecuación de la información y el desarrollo de sistemas de información destacando las relaciones del hospital con el entorno, los fines, la filosofía y los propósitos, la organización, y los procesos de gestión y de prestación directa de servicios. Para responder a las necesidades de la población usuaria, la institución debe estar en condiciones de ejecutar procesos clave con eficiencia y efectividad, y proporcionar el apoyo adecuado de información para desempeñar las funciones críticas. Los sistemas de información deben servir, además, para conocer y evaluar oportunamente el conjunto de actividades en períodos definidos de antemano.

En general, las instituciones que prestan servicios de salud administran entre doce y catorce procesos críticos, que en conjunto están influidos por los procesos de adecuación y modernización de la gestión hospitalaria. Entre estos se encuentran los de administración del establecimiento, que incluyen aspectos como los de personal, finanzas, materiales y la misma información.¹

En las tareas de programación y gestión es sumamente importante cubrir la información de las diversas funciones realizadas, incluidas las características de trabajo que describen la forma (tareas, eventos, responsabilidades y prioridades), el objeto (metas, objetivos y destinatarios) y los facilitadores (conocimiento técnico, responsabilidades, incentivos y propiedad). Según Bodart y Shrestha,¹⁰ es importante realizar un análisis funcional de cada nivel de gestión de los servicios de salud (nacional, regional y local), tanto de la gestión clínica (de pacientes) como de las unidades locales o del sistema de salud local. En el caso del hospital destacan funciones relativas a la provisión de servicios (principalmente curativos), la gestión del recurso y la participación de la comunidad. En hospitales más complejos, a las anteriores se suman las funciones de docencia e investigación. La docencia es una función más difícil de medir e informar, por cuanto tiende a coincidir en gran parte con la gestión y la operación cotidiana de los hospitales y sólo utiliza parcialmente los recursos destinados a funciones de asistencia y gestión.

Áreas de información para apoyar los procesos de gestión

Cabe identificar los objetivos centrales de la organización, los clientes y las áreas tanto en función de la prestación de servicios de salud como de la capacidad para informar. La

selección de información relevante para la gestión de procesos de cambio debe incluir las siguientes áreas:

- Misión, estrategias y alcance de los servicios de la organización
- Definición de los clientes y la población destinataria
- Valor de la salud y la atención de la salud para el individuo y la comunidad
- Formas actuales de evaluar los problemas de salud individuales y colectivos (salud de la comunidad)
- Necesidades de los individuos, la comunidad y la nación
- Necesidades de los usuarios y compromisos institucionales
- Áreas de la organización

Algunos componentes de la información son importantes para tener una visión integral de la acción hospitalaria, tanto en su estructura y proceso, como en la función social y su inserción en la red de servicios asistenciales. En el área de recursos destaca la información sobre fondos, recurso humano, planta física e instalaciones, equipamiento y tecnología, e insumos, como los medicamentos. En la parte de procesos, la información se refiere tanto a la producción interna intermedia (servicios de apoyo diagnóstico, terapéutico, administrativo y financiero), como a la prestación de servicios, donde cobra importancia la identificación de pacientes, las admisiones, los egresos, los procedimientos, los servicios programados, y los grupos de procedimientos. La información asistencial depende en gran medida de la administración de registros médicos, incluida la documentación de seguros y la auditoría clínica.¹

Al automatizar sus registros de clientes, las instituciones de atención de salud computadorizan, primero, una gran variedad de tipos de datos a nivel individual y luego construyen bases colectivas de datos. Los tipos característicos de datos para registros de salud de pacientes (incluidos los componentes clínicos, administrativos y financieros) comprenden datos codificados de diverso modo o sonidos.¹ Debe tenerse en cuenta que los problemas de variedad y especificación de requisitos encontrados en muchos tipos de datos característicos de la atención de salud se agravan por la magnitud y la complejidad del vocabulario médico, la codificación de los resultados clínicos y la clasificación de las enfermedades y de las intervenciones sanitarias.

Contenidos de información hospitalaria y del entorno asistencial y social

Como el hospital es un sistema abierto con responsabilidades y funciones sociales, es preciso contar con información producida internamente junto con la que proviene del entorno institucional del sistema de salud. Esta última incluye datos del ámbito político y económico e institucional relacionado con el sector salud. En general destacan los siguientes tipos de información:

- Características básicas de las poblaciones objetivo o diana, al margen de que éstas se definan según el área geográfica, las condiciones de aseguramiento o previsión o por la apertura de hospitales al mercado competitivo.
- La situación de salud y los factores de riesgo de la población objetivo, a nivel tanto individual como colectivo, como aproximación a la necesidad y a la demanda potencial de acción hospitalaria. En este acápite se incluye la vigilancia en salud pública.
- Las condiciones socioeconómicas de dicha población, que incluyen diversos determinantes de la salud y la demanda, el acceso y el uso de servicios hospitalarios.
- Las características del aseguramiento, coberturas, planes de beneficios de la población, y el financiamiento del sector salud en general y del hospital en particular.
- La situación de la organización estructural y funcional de hospitales los en cuanto centros asistenciales productivos. Esta incluye los procesos internos de organización, administración

y prestación de servicios de salud y la gestión de los recursos financieros, físicos y del personal. También incluye la información para la coordinación y la complementariedad entre las unidades estructurales clínicas.

- La información de los hospitales (sean autónomos o no) incluidos en una red funcional de servicios de salud, que comprende la información sobre el funcionamiento en red con otros servicios de salud, en especial a través del sistema de referencia y la red de los servicios clínicos dentro de la red de servicios de salud.
- El rendimiento y el resultado atribuibles a la acción de los hospitales respecto a su población objetivo, lo cual abarca el uso de servicios hospitalarios como expresión de acceso efectivo a los servicios, los tipos de problemas de salud que se atienden y la respuesta dada, y el control, la monitorización y la evaluación de la gestión y de la producción de servicios asistenciales respecto a poblaciones objetivo.

La selección y el uso de indicadores apropiados

Los indicadores son variables que tienen como principal objetivo medir una situación determinada o sus cambios directa o indirectamente. Debe hacerse hincapié en que los indicadores han de orientarse en la medida de lo posible a la acción.¹⁰ Los indicadores útiles para la gestión de hospitales y servicios de salud pueden clasificarse según el área o la función en que se van a utilizar del siguiente modo:^{2,10}

- Según áreas de la gestión: indicadores de planificación, programación, gestión administrativa, financiera, clínica, vigilancia y monitorización, y evaluación.
- Según áreas temáticas: indicadores de población y condicionantes socio-económicos, de contexto de sistemas y servicios, de organización, indicadores de recursos, de actividades, y de uso.
- Según aspectos del proceso productivo: indicadores de estructura, incluyendo organización y tecnología, de proceso (intermedios de apoyo y finales), y de resultados, tanto aquellos inmediatos (*output*) como finales (*outcome*).
- Según aspectos relacionados con el uso de servicios por parte de la población: indicadores de salud, necesidad de atención en salud, demanda, acceso (efectivo) o uso de servicios, y distribución del recurso y uso (desigualdad).
- Según aspectos relacionados con la calidad global de los servicios: indicadores de eficiencia, efectividad, equidad, humanidad y ética de la atención. En este apartado también es importante considerar la sostenibilidad.

Un mismo indicador puede servir para diversas áreas de gestión y usuarios, por lo cual, al seleccionarlos, es importante tener presente en qué procesos de gestión se utilizarán y quiénes serán los que tomarán las decisiones. Además, es importante que los indicadores permitan ejercer la gestión con información similar a distintos niveles de agregación administrativa.² Bodart y Shrestha recomiendan que en las actividades habituales del hospital se utilice un grupo equilibrado de indicadores en cuanto a las áreas que cubran, el número de los que se utilicen y su calidad.¹⁰ Esto es especialmente crítico cuando se selecciona un conjunto reducido de indicadores, como, por ejemplo, en tareas de monitorización.

Factores que influyen en la selección de información

Entre los distintos factores que determinan las características de la información requerida, planificada, recopilada o producida, destacan los siguientes:²

- Determinación de los contenidos concretos que se deben abarcar, estén o no relacionados con la organización de la atención de salud, los aspectos institucionales, el proceso de edu-

cación y atención sanitaria, la población o el entorno.

- Utilización operativa que se dará a la información. Los usuarios, principalmente los encargados de tomar las decisiones clínicas, educativas y de gestión, deben definir cada aplicación específica y la utilidad de la información.
- Las opciones en cuanto al uso de nuevos datos, los que deban generarse o los ya existentes que se obtengan de fuentes internas o externas.
- Nivel de agregación (individual, del establecimiento, de la red de atención de salud, nivel nacional), que permite hacer más o menos hincapié en lo operativo y las decisiones locales o en lo normativo y las decisiones nacionales.
- Las expectativas de calidad y oportunidad de la información resultante. Las expectativas están vinculadas con lo factible que sea recopilar y producir información adecuada.

A pesar de que no se tengan dudas de lo que constituye un indicador apropiado, en la práctica existen problemas en su recolección, disponibilidad o construcción, así como dificultades para adoptar los más precisos y exactos. Ello explica que a menudo se deban adoptar indicadores poco válidos, imprecisos o de baja calidad.^{2,10}

El diseño y la implantación de sistemas de información

Al pasar revista a la evolución y difusión de los sistemas y la tecnología de información en la atención de salud sobresalen los siguientes elementos: el carácter estratégico de la información y de los procesos de cambio; el uso de tecnologías y métodos convencionales y no convencionales para el desarrollo y la sostenibilidad de los sistemas de información, y las nuevas tecnologías que permiten viabilizar y potenciar la comunicación interna y externa de los hospitales (y sistemas de salud).¹

Existen diversas aproximaciones a lo que se entiende operativamente por sistemas de información: desde las que los consideran solamente como un conjunto ordenado de datos, hasta las que se centran exclusivamente en los aspectos de computación y tecnología, las que los confunden con un *software* específico (como los sistemas ejecutivos de gestión) o las que los consideran como una estructura global que produce información. Sauerborn y Lippeveld adoptan la definición operativa que propugna que un sistema de información es un conjunto de elementos que interactúan para lograr un objetivo común y que proveen información específica para tomar decisiones en cada nivel de una organización.⁸

Evolución de los sistemas de información en salud

Los sistemas de información han evolucionado según las demandas cambiantes de la atención de salud y la información para atención de salud. Este progreso se ha visto favorecido, además, por la posibilidad de aplicar nuevos avances tecnológicos en las organizaciones de atención de salud. Buena parte de los temas abordados hasta principios de los ochenta estuvieron relacionados con la manera de aportar información a las operaciones administrativas. El avance en administración e informática también ha favorecido dicha evolución. Los sistemas de información se han ido utilizando paulatinamente en aplicaciones cada vez más amplias en las áreas clínica, administrativa, financiera y de interacción hospitalaria con las redes y el entorno social. Por otra parte, los sistemas de información para la atención de salud corrieron paralelos a las tendencias evolutivas generales de todos los sistemas de información y recibieron la influencia del desarrollo tecnológico: estaciones con computadoras centrales extensas, aparición de microcomputadoras que permitieron el reemplazo de terminales pasivas, la conexión de estos componentes a una red y el desarrollo de multimedia y estaciones de trabajo.¹

Alrededor de 1996, la proporción de hospitales de Latinoamérica y el Caribe que referían tener sistemas de información formal alcanzaba el 62,2%, mientras que el 31,6% disponía de computadoras (cuadro 1). Los sistemas formales de información alcanzaban a tres cuartas partes de los hospitales públicos (excluyendo la seguridad social). Sin embargo, en el sistema público sólo contaba con computadoras una quinta parte de sus centros y en los de la seguridad social, la proporción de los que disponían de computadores ya rondaba el 50%.¹

Cuadro 1
Hospitales de Latinoamérica y el Caribe que alrededor de 1996 referían tener sistemas de información formal y usar computadoras.

Sector de propiedad	Hospitales (No.)	Sistema de información (%)	Computadoras (%)
Público (excluye la seguridad social)	6.498	76,2	21,5
Seguridad social	876	46,7	50,0
Privado	7.783	52,3	36,7
Filantropico	1.284	60,0	39,3
Militar	125	76,0	23,2
Total	16.566	62,2	31,6

Fuente: Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de información y tecnología de información en salud. Desafíos y soluciones para América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS; 1998.

Sistemas de información enmarcados en los objetivos de la función hospitalaria

Es preciso tener en cuenta los interrogantes que surgen en las tareas de gestión y en el desempeño de la función hospitalaria respecto a lo que se espera de un sistema de información:¹

- ¿Es el objetivo central facilitar la atención?
- ¿Se usarán los sistemas para administrar los recursos y, en ese caso, para una organización única o para todo el sistema de atención de salud?
- ¿El sistema asignará y controlará recursos?
- ¿Se espera que los sistemas contribuyan a la atención preventiva y a la promoción de la salud de una población definida?

Algunas de las fases principales de la implantación de sistemas de información son las siguientes: determinación de la necesidad de información según los requisitos clínicos, educativos y de gestión; especificación de variables e indicadores (medidas agregadas) que se necesitan; definición de las fuentes primarias de datos; definición de la organización del sistema de información y de la manera como se procesará y producirá información; definición del tipo apropiado de tecnología de información para sistemas y forma de adoptarla, y desarrollo de recursos humanos para implantar y gestionar el sistema.

Las distintas tendencias de gestión hospitalaria generan la necesidad de utilizar criterios de selección, así como usar modelos o componentes estratégicos que reúnan condiciones de aplicabilidad, sostenibilidad y se orienten al objetivo para el cual se están definiendo. En cuanto a los objetivos debe tenerse en cuenta que los sistemas de información (y la tecnología asociada) son necesarios para crear, difundir y apoyar el conocimiento. Los sistemas de información funcionan a muchos niveles de sofisticación y complejidad, es decir desde un alto grado de especificidad a un alto grado de generalidad. En cualquier caso, la meta última y común que se persigue es mejorar la salud de los individuos y las poblaciones mediante la aplicación apropiada del conocimiento generado por sistemas de información adecuadamente diseñados y seleccionados.

El diseño enmarcado en el entorno institucional hospitalario y de red asistencial

Para diseñar, desarrollar o adecuar sistemas de información deben tenerse en cuenta los siguientes elementos:¹

- El entorno institucional de los sistemas de información; estos sistemas han de adaptarse a muchos tipos de organizaciones que prestan servicios de salud.
- Los cambios dinámicos que se producen en la función de los sistemas de información, en los diversos niveles de acción y decisión hospitalarios, y en los servicios y sistemas de salud.
- La necesidad de integrar información y sistemas de información en las redes administrativas, asistenciales y contractuales de los servicios y sistemas de salud.
- Los avances tecnológicos en la estructura de sistemas y las telecomunicaciones, que facilitan el desarrollo de redes coordinadas de atención.

Los sistemas de información tienen que articularse con otros componentes del sistema de servicios. Más allá de la perspectiva interna del hospital, es necesario considerar la perspectiva de la red o del sistema de salud. Sin la aportación de los componentes institucionales del sistema, no será posible saber si el efecto agregado está logrando los objetivos esperados en un plano social más amplio.

Con el fin de situar al hospital en la red de servicios, la OCDE describe categorías de centros y de proveedores de servicios clínicos, entre los cuales destacan los hospitales (al margen de que sean generales o especializados), los centros de enfermería, los de atención ambulatoria, y los proveedores de administración, educación y seguros de salud.⁶ Los responsables de todas estas categorías deben elaborar estándares y criterios comunes que aporten datos e intercambien información homologable.

La planificación de sistemas de información centrada en la gestión y la función hospitalaria

La planificación de los sistemas de información debe ser orgánica a nivel institucional¹ y su monitorización y evaluación ha de realizarse desde su implantación.³ Un plan de desarrollo e implantación de sistemas de información debe permitir comprender la misión general de la organización y la posición que aquellos ocupan en la misión, entender las políticas y las estrategias de la institución, determinar la información de administración que cada nivel de gestión requerirá para la operación y el control, así como el grado y el nivel de satisfacción proporcionados por el sistema de computación que se encuentre en funcionamiento. Por ello, los sistemas de información precisan de programas diseñados adecuadamente, que aborden y den respuesta a las necesidades de los usuarios de la manera más completa y oportuna posible.¹² El plan resultante debe permitir a la institución comprender su posición actual y decidir la dirección que se ha de seguir con respecto a los sistemas de información. Por añadidura, tiene que contar con una estrategia general de información, con insumos críticos que incluyan las necesidades de los usuarios, las evaluaciones, la infraestructura física y tecnológica, la cultura de la organización, los recursos humanos y la educación en cuanto al potencial de los sistemas de información para respaldar las metas de la organización. Por último, los sistemas de información deben ser útiles para construir, mantener y actualizar permanentemente los parámetros de gestión en todos los campos del hospital. Sin ellos la evaluación objetiva no es posible.

Sistemas de información apropiados para las necesidades y capacidades institucionales

Los sistemas de información han de apoyar la gestión y los cambios institucionales, si bien es preciso tener en cuenta los escollos que surgen en la práctica. Estos obstáculos pueden ser de índole institucional, financiera o de integración, afectar al personal y surgir al analizar o usar la información. En este sentido, las crisis que a menudo atraviesan los hospitales pueden agravarse o tender a solucionarse dependiendo de la disponibilidad o de la carencia de sistemas de información y gestión. A veces, las deficiencias de los sistemas de información son los desencadenantes o agravantes de dichas crisis. Por ello, es importante revisar los problemas de la información hospitalaria actual que habrán de solucionarse en el futuro, como la dispersión o la falta de integración de la información, los contenidos masivos no estratégicos, las limitaciones del uso por los gerentes o la necesidad de adaptar los sistemas de información a los cambios y de asegurar su sostenibilidad. Al estudiar las limitaciones de los sistemas de información cabe subrayar que:

- Los sistemas no orientados por las necesidades de información pueden descontextualizarse y ser inútiles para la gestión, independientemente de su capacidad informativa intrínseca y de sus costos y sofisticación.
- Las capacidades locales de diseñar y manejar sistemas de información, más allá de la inversión inicial, demandan una capacidad institucional de capacitación, manejo, producción, análisis y uso de información que deben tenerse en cuenta desde la etapa de planificación del sistema.
- Debe considerarse la velocidad con que caducan los sistemas de información, especialmente su estructura y la tecnología de soporte. Sin embargo, a veces la tecnología relativamente obsoleta también puede ser adecuada para satisfacer las necesidades de información local y brindar los beneficios esperados a ese nivel.
- Las mismas limitaciones de la institución pueden inficionarse y reproducirse en sistemas de información (por ej., limitaciones de organización, formación del personal, presupuestación necesaria, etc.).

La evaluación de los sistemas de información

La información al servicio de la gestión y los cambios institucionales se aseguran cuando se ha desarrollado un sistema de información y evaluación sobre el propio sistema de información (meta-información), pues con ello se mantiene un sistema de retroalimentación permanente para adecuar y fortalecer los sistemas de información.² Sobre este particular reviste especial importancia la evaluación de la calidad de los sistemas de información y su producto y la de sus costos y beneficios.

Los sistemas de información constituyen un centro productivo (intermedio) más de los hospitales y las redes asistenciales. Por este motivo se pueden evaluar del mismo modo que otros programas de salud. La evaluación exige tener claro de antemano el marco institucional, los objetivos del sistema de información, los principios que se pretenden aplicar para rediseñar o reestructurar el sistema y los métodos que se emplearán para llevarla a cabo.¹³

La evaluación persigue revisar el rendimiento de los subsistemas de información —especialmente en lo que atañe a indicadores y bases de datos, fuentes, flujo, procesamiento de la información, análisis, informes, y uso que se hace de ella—, identificar problemas para proponer soluciones, y capacitar al personal para repetir dichas evaluaciones en el futuro.¹³

En general, se reconoce claramente la necesidad de invertir en información y los beneficios que aporta, si bien hay que considerar su costo. Por ello, es importante evaluar la relación entre el costo y las consecuencias de los sistemas de información, para lo cual se dispone de métodos de evaluación económica útiles como los de costo-efectividad, costo-utilidad y costo-beneficio. Los beneficios atribuibles a la información y a los sistemas de información son contribuir a que el hospital responda efectivamente a las necesidades de salud de la población, y mejorar la calidad y la efectividad de la estructura y el y los resultados de su función. En cuanto a los costos, es preciso recordar que, junto con los directos, es necesario considerar los indirectos, no sólo los monetarios, sino aquellos recursos y procesos que suelen formar parte de otros procesos (como planificación, programación, monitorización y evaluación, vigilancia, garantía de la calidad) que destinan parcialmente recursos y tiempo para aportar, producir, integrar, analizar o difundir información con objetivos específicos. En ese análisis cabe prestar también atención a los costos de oportunidad.

La informática: el componente tecnológico de los sistemas de información

La informática constituye la estructura o el soporte tecnológico de los sistemas. En el sector salud, la informática, y sobre todo la hospitalaria, se encuentra en plena transformación. La situación actual en América Latina y el Caribe a este respecto se caracteriza por un desarrollo muy heterogéneo de la informatización de los hospitales. Algunas instituciones muy modernas tienen un sistema de computación bastante desarrollado y completo, incluso integrado por redes internas, mientras que otros hospitales reciben sus primeras dotaciones en computadores aisladas o sólo manejan información manualmente. Muchos hospitales tratan de mejorar o consolidar sus redes de procesamiento, que están centradas en una gestión administrativa clásica basada en la facturación y la contabilidad general, o sea en una informática más hotelera y logística que médica.¹

La informatización de los servicios clínicos puede ser por tanto costosa y dilatada o relativamente barata si se aplica en centros de menor complejidad y tamaño. En los hospitales de mayor complejidad y con más recursos ya se observa un gran desarrollo de la información y las tecnologías de los sistemas de información. Sin embargo, este desarrollo es bastante heterogéneo en los más de 17.000 hospitales de la Región.¹

La Organización Mundial de la Salud recomienda promover la informática para mantener y gestionar bases de datos y generar informes, aunque insiste en que no debe dominar la selección de datos e indicadores ni el diseño de registros e informes.⁷

La selección y aplicación de tecnología apropiada

Además de la estructura (*hardware*), la adquisición y el uso de programas (*software*) es un proceso que requiere de cuidadosas decisiones si se pretende adecuarlo a las necesidades locales, que sea sostenible, manejable y modificable por personal de informática. Al adquirirlos, también hay que tener en cuenta los aspectos relacionados con la seguridad y la confidencialidad de la información, así como las decisiones que se tomen sobre los programas comerciales utilizados y el depósito y respaldo de la información.¹

Los componentes tecnológicos de la información son costosos y precisan de inversiones que suelen ser relativamente elevadas respecto a otros gastos de los hospitales. Estos costos no sólo son imputables a su diseño e implantación, sino a su mantenimiento, actualización y

reposición. El costo del personal encargado de realizar estas funciones tampoco suele considerarse en las plantas de personal hospitalario.

La informática se ha expandido paulatinamente entre diversas unidades, como las de producción, costos o administración del hospital. Aunque hay unidades como los laboratorios y otros servicios especializados que se benefician claramente de la informatización, el reto actual sobre este particular es aplicarla en los servicios clínicos de muchos hospitales de la Región.¹⁴ La informatización de estos servicios frecuentemente se considera insuficiente o de difícil implantación, y esta dificultad estriba en tres razones: la incertidumbre consustancial a dichos procesos, la variabilidad de las características clínicas y sociales de los pacientes, y la intensificación que se observa en la realización de esos procesos.¹⁵

La pregunta más básica que se formula en los hospitales pequeños o de bajo desarrollo que carecen de informática es: ¿qué motivos racionales justifican el uso de la computación? Lo que plantea este interrogante se resume en decidir qué se somete a computación, cuál es el nivel tecnológico correcto que ha de implantarse, si es o no preferible mejorar primero el sistema manual, y si el sistema va a poder ser utilizado.¹⁶ Las alternativas de aplicación de equipos, programas y conexiones computadorizadas son múltiples, pero las decisiones que se tomen deben tener en cuenta la opinión de todo el personal del hospital, pues de un modo u otro todos emplean el sistema de información.

Uso de la información y la informática integrada en el hospital y en la red asistencial

El uso de información integrada del hospital y su intercambio con la de otras entidades de las redes asistenciales pone de relieve la importancia cardinal que revisten tanto los lenguajes de computación y los programas de comunicación que utilicen distintas instituciones, como la necesidad de emplear de programas, lenguajes informáticos, criterios y normas comunes o compatibles de notificación e intercambio de datos.¹

Cuadro 2
Avances en equipos y programas de computación aplicados en la atención de salud.

Equipos informáticos	Aplicación en el campo de la salud
Procesadores	Funciones clínicas con muchos datos
Almacenamiento	Registros médicos longitudinales
Pantallas	Colocación ubicua, presentación intuitiva de muchos tipos de datos clínicos
Multimedia	Presentación en un solo punto de muchos tipos de datos de los pacientes; educación a distancia
Dispositivos para identificación personal	Identificación de empleados, "tarjeta inteligente" para pacientes
Anchura de banda	Transmisión de registros médicos longitudinales
Equipo de conectividad	Transmisión de datos médicos de pacientes de alto volumen
Otros dispositivos de entrada/salida	Transmisión de datos de pacientes a puntos clínicos de atención
Programas de computación	Aplicación en el campo de la salud
Lenguajes de software	Desarrollo más rápido de software para un sector en rápido cambio
Software de sistemas	Presentación más fácil de datos a los proveedores de asistencia sanitaria
Activadores de software	Los desarrolladores de SyTI para atención de salud se centran en las aplicaciones
Software de aplicaciones	Nuevas aplicaciones mejoran el valor de los SyTI para atención de salud en el proceso de prestación de servicios sanitarios
Software de comunicaciones	Construcción de redes para atención de salud

Fuente: Pan American Health Organization. Setting up healthcare information systems. Washington, DC: PAHO; 1999.

En los países en desarrollo es importante tener presente la infraestructura tecnológica de los hospitales cuando se evalúa la arquitectura de los sistemas de información. Las diferencias regionales en la red respecto a la infraestructura técnica, la capacidad de las telecomunicaciones y los recursos de personal para sistemas de información, incorporan un factor adicional que ha de tenerse en cuenta cuando se toman decisiones sobre los sistemas de información. Además, es importante prever la obsolescencia de los sistemas que utilizan tecnología de información, un aspecto en el cual contrasta el crecimiento y el avance tecnológico rápido con el envejecimiento precoz que caracteriza a los sistemas actuales. Es importante que los usuarios sean muy cautelosos para evitar invertir en sistemas propensos a la obsolescencia precoz.¹

La gestión y operación del sistema de información

Por su complejidad, la gestión hospitalaria es responsabilidad de un equipo que abarca disciplinas clínicas, administrativas y financieras. En las áreas de gestión de hospitalaria destacan la gestión asistencial, de personal, económica y financiera, de recursos físicos y equipamiento, de servicios de apoyo y de garantía de calidad.

La gestión del sistema de información

La gestión de la información arrostra como principal desafío el responder a las necesidades de información con la organización y el recurso (financiero, personal, equipos y tecnología) existentes. La gestión se facilita si el sistema ha sido bien diseñado, conforme a las necesidades de información, pero se complica si el sistema se ha desarrollado sobrepasando las capacidades de gestión o no es sostenible.¹⁷

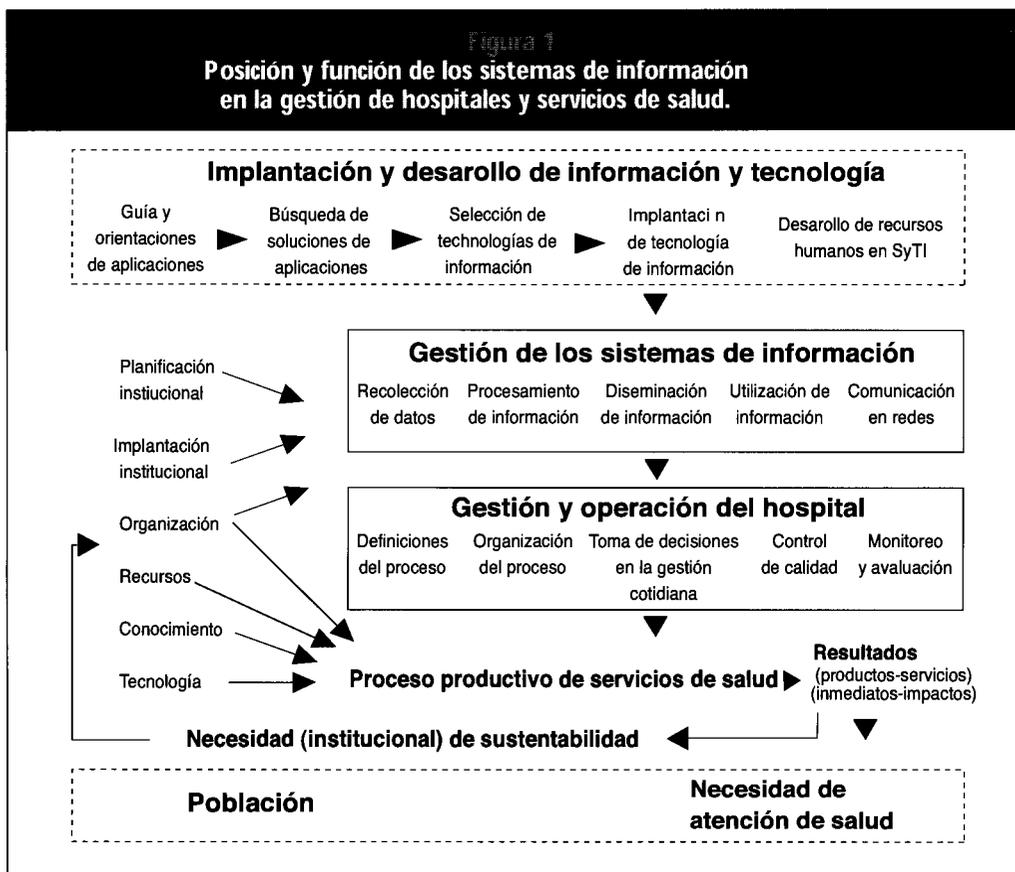
La gestión del sistema de información tiene una dimensión que consiste en el manejo de los recursos basados en computación, tecnología y procesos. Sin embargo, la participación del personal en estos sistemas y su aceptación en la práctica constituye un factor crítico intrínseco. El uso de los recursos sin reglas claras puede limitar la eficiencia y producción del sistema; por ello, es importante elaborar reglas de funcionamiento precisas.^{1,17}

La capacitación es necesaria para la gestión y operación de los sistemas de información y el uso de la información. A menudo, el personal de atención directa no comprende cuál es la función o el valor de la tecnología de información en la atención médica y la administración de atención de salud, ni tampoco el esfuerzo, el compromiso y los recursos necesarios para implantar sistemas efectivos de información. Sorprende que incluso los administradores pueden estar mal preparados para discernir tales temas. Paradójicamente, todos afirman ser conscientes de la importancia de la información para la toma de decisiones y del hecho de que no existe suficiente información. Pero con frecuencia el problema yace en la visión que prevalece del diseño del sistema de información y en lo que el usuario percibe como necesario.¹

Tanto el supervisor directo como el administrador de los sistemas de información son importantes para la gestión de información y la producción adecuada de datos. El supervisor directo tiene una responsabilidad bien definida en cuanto a la puntualidad y a la precisión de los datos captados por los miembros del personal de salud, mientras que el administrador de sistemas es responsable del diseño de políticas, procedimientos y normas y de la monitorización del sistema.¹ Los supervisores directos velan por que los datos captados en su esfera de actividad se ajusten a las normas acordadas con exactitud, carácter integral y puntualidad, y tienen la responsabilidad de capacitar al personal para producir los datos necesarios.

Los administradores de los sistemas de información se encargarán, además, desde el punto de vista del usuario, de la operación de las aplicaciones implantadas, de manera manual o computadorizada, y de actuar como intermediarios para las cuestiones relacionadas con las aplicaciones existentes o deseadas.¹ Asimismo, los administradores desempeñan funciones clave en la formulación de políticas operativas para los sistemas, el diseño de procedimientos y rutinas en cooperación con el personal de sistemas (analistas y programadores), la responsabilidad de organizar y proporcionar capacitación, la coordinación de la introducción o reorientación de los sistemas, el establecimiento de metas de desempeño y normas de monitorización, la supervisión de la ejecución de procedimientos y rutinas, y por último, el establecimiento de vínculos con el personal técnico de sistemas y con los niveles más altos de la estructura de la organización de salud.¹

La gestión de los sistemas de información en hospitales y servicios de salud se sitúa como uno de los centros intermedios de apoyo a la producción, a través del apoyo a la operación y el manejo de establecimientos y redes asistenciales (figura 1). Dicha gestión tiene entonces como usuario prioritario a todos aquellos que utilizan información para manejar y hacer producir a los hospitales y servicios de salud.¹ Mediante la aplicación de la información al quehacer cotidiano de gerentes y del personal hospitalario, la información puede contribuir indirectamente a aumentar la eficiencia, la efectividad y la calidad global de la función del hospital.



Fuente: Pan American Health Organization. Setting up healthcare information systems. Washington, DC: PAHO; 1999.

Para implantar este sistema de información, los médicos y los gerentes deben trabajar a fin de articular las dimensiones técnicas, de tipo médico y económico de la información. Por añadidura, es menester trabajar con definiciones operativas, criterios y códigos por enfermedad y procedimiento, y descomponer detalladamente las etapas de la atención para las principales prestaciones. La información y el análisis de estos aspectos mejoran y aseguran la calidad de la atención hospitalaria, insertan mejor al hospital en sus funciones, y orientan su producción para que responda a las necesidades y demandas de la población y del cambio requerido.

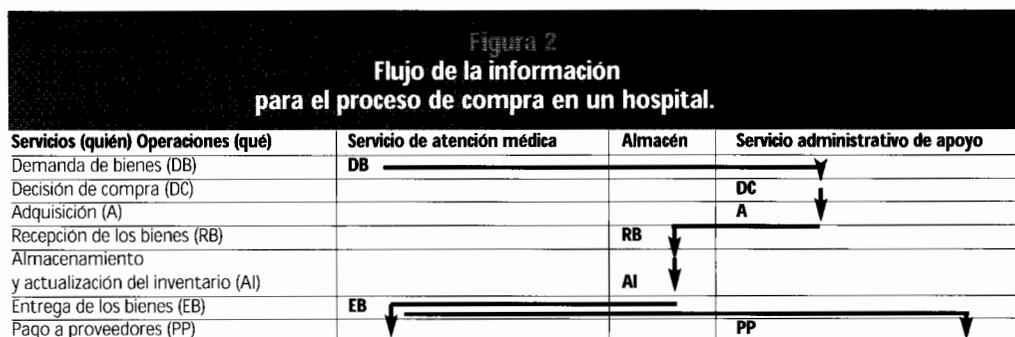
Obtención y flujo de información en el hospital

El proceso productivo de información tiene cuatro aspectos críticos que funcionan como fases retroalimentadas: recolección de datos, flujo o transmisión de datos, procesamiento y análisis.⁴ La gestión de la información se relaciona con el manejo de recursos y procesos y con las reglas institucionales a través de todo el proceso de producción y del flujo de información. Con los cambios que se producen en el contexto de la gestión en los procesos de cambio, los sistemas de información deben tener la capacidad de capturar y entregar datos en el punto de servicio, apoyar la utilización y el intercambio de información clínica y administrativa concurrente y de distintos centros, respaldar la manipulación intensiva de datos, y proporcionar medios para respaldar la toma de decisiones sincrónica.¹

La integración de aplicaciones de información necesita dos entornos: primero, uno caracterizado por una base de datos compartida de acceso y uso colectivos, y, segundo, uno constituido por subsistemas de uso predominantemente local o departamental. A nivel tecnológico, se precisan dos entornos para procesar datos en el desarrollo y la implantación de la integración funcional deseada a nivel de los sistemas. Primero, un entorno de datos integrado, no necesariamente centralizado físicamente, dado que los datos pueden centralizarse en un sistema físico distribuido. Y segundo, un entorno distribuido en el cual cada unidad funcional administra y procesa los datos de interés local, así como los sistemas de uso común.

La integración vertical se logra merced a la definición de los flujos de datos, el informe de las responsabilidades y la integración de los datos generados y procesados en cada unidad funcional. Estas tareas han de realizarse en un marco informativo dotado de tres áreas de interacción para la generación y notificación de la información y destinado al respaldo de las decisiones: información de gestión orientada a los clientes, económica, administrativa (utilización y producción), clínica y epidemiológica.¹

El sistema de información debe tener en cuenta la organización y el procedimiento del sistema de toma de decisiones. Si se considera el ejemplo de un encargo enviado por un servicio de atención médica (figura 2), el sistema de información va a considerar la circulación de la información entre los diferentes servicios y a presentar las distintas operaciones que se ha de realizar.



Fuente: Leteurre H. *Traité de gestion hospitalière*. Paris: Berger-Levrault; 1988.

Para tomar decisiones efectivas en materia de salud, es necesario aplicar un enfoque sistemático que identifique necesidades de información. La salud pública ofrece un modelo valioso para cumplir este cometido, por cuanto comprende tres tareas clave: evaluación, diseño de políticas y garantía de prestación y efecto.

Flujo de información hospitalaria en la red y en el entorno social

El carácter masivo de algunos sistemas de información plantea un desafío para funcionar con sistemas autónomos informativos pero integrados en redes de cobertura geográfica e informativa masiva. Para ello, es importante usar criterios y estándares comunes que permitan equilibrar los requisitos de información individual y colectiva.^{1,10}

La información de apoyo a la gestión debe ser aplicable en los distintos niveles locales (centros ambulatorios, servicios productivos internos de hospitales (intermedios o finales) y redes de prestación de atención de salud (servicios de salud organizados sobre un modelo de centros múltiples)) y a un tiempo respaldar las diferentes funciones particulares relacionadas con la toma de decisiones en cada nivel.

La obtención de datos y su exactitud representan un problema crítico en la gestión de los sistemas de información. La encuesta sobre los recursos de los sistemas de información para la atención de salud de la OPS/OMS reveló que casi todos los países de la Región realizan la recopilación sistemática, el registro y el archivo de datos sobre salud con arreglo a normas y pautas definidas a nivel nacional.¹¹

La comunicación y la información pueden ser apoyadas tanto con redes informativas integradas como mediante técnicas de presentación y difusión moderna de información (como es el caso de sitios en Internet).¹

Los aspectos críticos de la producción de información que han de revisarse son los siguientes: capacitación de recursos humanos, fuentes de datos, infraestructura, programas o comunicación computacional, y las herramientas estadísticas, de análisis internos y de producción y difusión de la información.^{1,13}

El flujo de información permite el establecimiento de redes integradas en sistemas de información. Dichas redes constituyen vías instrumentales para adoptar soluciones viables y sostenibles por parte de los responsables de la gestión. Las aplicaciones en red de la información para atención de salud permiten a los prestadores de asistencia sanitaria trabajar con datos actualizados sobre la atención y los servicios de salud. Esta red ha de diseñarse para fluir y ser utilizada en diferentes niveles, a fin de dar respuesta a las necesidades de una organización de atención gestionada que está creciendo, del contribuyente, del proveedor o de la red integrada para prestación de servicios.

En un entorno de instituciones múltiples, la red de información para atención de salud puede proporcionar el marco (electrónico) para compartir información y procesos empresariales entre los proveedores, los contribuyentes, los empleadores, las dependencias gubernamentales y otras partes interesadas del sistema de prestación de servicios de salud, incluidos los pacientes. Las aplicaciones de dicha red de información permiten que redes integradas para la prestación de servicios, formadas por socios en relaciones contractuales, administren esta institución virtual sin poner en riesgo los datos y la disponibilidad de información. En un entorno de institución única, tal red puede proporcionar el marco para compartir información y procesos empresariales entre departamentos, con sistemas de información diferentes y extender el acceso a la información a los asociados de los médicos.

Análisis y utilización de la información

Para el adecuado uso de la información, se debe considerar el problema de la capacidad de análisis y utilización de la información. Por ello es importante la capacitación, al igual que la adecuación de la selección y presentación de la información dirigida a las personas que toman decisiones.

A pesar de las limitaciones de información para representar las realidades de la salud y la atención de salud, las necesidades de información para investigación, planificación y toma de decisiones justifican el uso de enfoques de diagnóstico basados en conjuntos de indicadores simples y compuestos. La información de índole cualitativa y textual también ocupa un lugar destacado en los procesos de gestión, especialmente en las fases analíticas y explicativas de la información aplicada a la gestión.

Para que los sistemas de información de salud sean útiles, deben abarcar un espectro amplio de datos de la atención hospitalaria. De un modo u otro, todas las organizaciones cuentan con algún sistema de información para registrar, procesar, almacenar, extraer y presentar información acerca de sus operaciones.

Métodos innovadores de información hospitalaria

La necesidad de disponer de diversos métodos de información hospitalaria en gran medida depende de la naturaleza de las tareas que se hayan de realizar. Cada tarea puede requerir *métodos* innovadores y no necesariamente *tecnología* innovadora. El reto a este respecto es precisamente decidir el momento en que una tecnología marca una diferencia en la visión estratégica y cuándo la diferencia reside en aplicar un *procedimiento* accesible a los recursos que posee la institución.

Nuevos modos de respuesta frente a nuevos requisitos de información

Los cambios en la atención sanitaria han generado nuevas demandas de sistemas de información en las organizaciones. Con este cambio de paradigma el interés se desplazó de la lógica empleada en los procesos computadorizados principalmente a la información y su uso. Las actividades cubiertas por los sistemas de información tradicionales también evolucionaron desde las tareas habituales (como admisión, egreso y transferencia o la facturación de pacientes) a tareas más complejas (como la gestión de información clínica, sistemas avanzados de laboratorio, simulación y procesamiento de imágenes). La carencia de integración, unida a las dificultades para obtener la información clave, condujeron a realizar algunas revisiones importantes de los sistemas de información.

A medida que la información se torna más importante para la contención de costos y el mejoramiento de la eficiencia y la efectividad de los servicios, se ejerce más presión en los sistemas de información para brindar soluciones que ayuden a las organizaciones a alcanzar sus metas estratégicas: atención de salud y prestación de servicios con mejor calidad en un entorno económicamente sostenible. En los últimos años, se ha producido un cambio importante de paradigma en el procesamiento de la información sanitaria vinculado con modificaciones en las metas de la organización. El énfasis tradicional en los datos ha dejado paso a un énfasis en la información. El control central se convirtió en mayor poder para acceder y usar hospitales por parte de sus usuarios (*empowerment*). Las organizaciones sanitarias están ahora mucho más preocupadas por sí mismas y por el modo de intercambiar servicios e información sobre los pacientes. Esto ha obligado a los sistemas de información a abandonar los límites

físicos de las instituciones tradicionales de atención de la salud. Ahora, más que nunca, las empresas de atención de salud utilizan los sistemas de información para ofrecer información estratégica, a fin de reducir los costos, mejorar la asistencia al paciente y aumentar los niveles de servicio para sus clientes.

A pesar de los muchos sistemas de información para atención de salud que pueden encontrarse en el mercado, sólo un reducido número de productos satisface todos los requisitos de una institución y permite satisfacer adecuadamente las necesidades de conexión en red para la atención de salud. La incorporación de modelos de información es innovadora en la medida en que se entiende como la visión lógica del sistema que la produce, de sus objetivos, de los recursos que consume y de los usuarios.

La visión de modelos y redes integradas que permiten conocer datos individuales detallados y colectivos agregados a distintos niveles

Los modelos de información tienden a estar centrados en distintos niveles de gerencia. Por un lado, destacan aquellos que se centran en datos individuales de la población que atiende el hospital y, por otro, los que se basan en información agregada. Actualmente existen plataformas tecnológicas que permiten aplicar una combinación de ambos modelos, ya que integran diversas bases de datos por medio de la aplicación de criterios y estándares comunes.

Una visión moderna de los modelos de información debe considerar simultáneamente tres áreas funcionales complementarias y relacionadas entre sí: los sistemas de información, la tecnología de la información y la gestión de la información. Los componentes del modelo de sistemas de información incluyen el conjunto de tareas administrativas y técnicas realizadas con objeto de evaluar la demanda de la cartera de aplicaciones de la organización. Los componentes de la tecnología de la información consisten en el conjunto de conocimientos y tareas técnicas que tratan de satisfacer la demanda de aplicaciones, e incluyen la creación, la administración y el suministro de los recursos necesarios para diseñar y gestionar la cartera de aplicaciones de una organización. Estos componentes se ocupan del modo de hacer lo que se necesita.¹

La visión moderna de un modelo de sistemas de información concede gran importancia al concepto de red integrada de sistemas de información y a la información centrada en el paciente, aunque sobre la base de esta última se compile información colectiva con grados paulatinos de consolidación nacional.

Gran parte de los debates sobre el desarrollo económico actual y futuro y la reorganización del sector de la salud se centra en las implicaciones del cambio tecnológico rápido. En este contexto, la tecnología de la información se considera como el medio para contribuir a las transformaciones radicales propuestas.¹

Conclusiones

La información es uno de los factores esenciales de la efectividad de las decisiones de los gerentes, máxime cuando afrontan una etapa de cambios profundos de las modalidades de gestión. No obstante, la información es una condición necesaria pero no suficiente para garantizar la buena gestión. El valor de la información ha de subrayarse mediante la adopción de un enfoque estratégico que incluya como insumo a la gestión de la información.

La aplicación en los hospitales de las innovaciones de los sistemas de información debe lle-

vase a cabo teniendo muy en cuenta las necesidades y capacidades locales y nacionales de desarrollar y gestionar dichos sistemas.

Para asegurar la utilidad y efectividad de la información, es preciso que el diseño, la implantación y la gestión de los sistemas de información se centren en los procesos de gestión y en las necesidades informativas de los que toman decisiones en los hospitales. Para ello, han de garantizarse, además, la calidad y la oportunidad de la información y que los directivos tengan acceso a ella. La capacidad de analizar y usar la información también importante, al igual que la capacitación de todas las personas que la utilizan de un modo u otro. La informática, que aporta el soporte tecnológico de los sistemas de información, ofrece grandes posibilidades para enriquecer su productividad y utilidad, siempre que se emplee en el contexto global de los sistemas de información y de la gestión hospitalarios.

El desarrollo de los sistemas de información puede formar parte de procesos más amplios, como el de mejora de la gestión o la planificación hospitalaria global, o ser un elemento integrante de proyectos específicos. Por ello, es importante analizar detenidamente los costos y los beneficios derivados de la implantación o la consolidación de los sistemas de información.

Para articular adecuadamente los sistemas de información con otros componentes del sistema de servicios de salud es necesario trascender el ámbito interno del hospital y ampliarlo al que conforman la red de servicios, el sistema de salud y el entorno social.

Por último, la monitorización y la evaluación de los sistemas de información deben garantizar la calidad de la información y su valor estratégico. Además de la necesidad de invertir en información, por los beneficios que aporta dicha inversión, no deben soslayarse los costos ni los riesgos asociados con la implantación y el desarrollo de los sistemas de información hospitalarios.

Bibliografía

- 1 Pan American Health Organization. Setting up healthcare information systems. Washington, DC: PAHO; 1999.
- 2 Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y fortalecimiento de la información para la gestión y operación de los servicios de salud. Washington, DC: OPS; 2001. (Documento borrador HSP/HSO/IS.)
- 3 Lippeveld T. The context of health information system reform. En: Lippeveld T, Sauerborn R, Bodart C, eds. Design and implementation of health information systems. Geneva: World Health Organization; 2000:225-242.
- 4 Lippeveld T, Sauerborn R. A framework for designing health information systems. En: Lippeveld T, Sauerborn R, Bodart C, eds. Design and implementation of health information systems. Geneva: World Health Organization; 2000:15-32.
- 5 World Health Organization. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving performance. Geneva: WHO; 2000.
- 6 Organization for Economic Cooperation and Development. A system of health accounts. Paris: OECD;2000.
- 7 Organización Mundial de la Salud. Cooperación de la OMS para el fortalecimiento de los sistemas nacionales de información en salud. Nota de instrucciones para los Representantes de OMS en los países y Ministerios de Salud. Ginebra: OMS; 1997. (Documento de trabajo HST/96.4.)

- 8 Sauerborn R, Lippeveld T. Introduction. En: Lippeveld T, Sauerborn R, Bodart C, eds. Design and implementation of health information systems. Geneva: World Health Organization; 2000:1-14.
- 9 Lippeveld T, Sapirie S. Approaches to strengthening health information systems. En: Lippeveld T, Sauerborn R, Bodart C, Eds. Design and implementation of health information systems. Geneva: World Health Organization; 2000:243-252.
- 10 Bodart C, Shrestha L. Identifying information needs and indicators. En: Lippeveld T, Sauerborn R, Bodart C, eds. Design and implementation of health information systems. Geneva: World Health Organization; 2000:49-72.
- 11 Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de información y tecnología de información en salud. Desafíos y soluciones para América Latina y El Caribe. Washington, DC: OPS; 1988.
- 12 Sauerborn R. Using information to make decisions. En: Lippeveld T, Sauerborn R, Bodart C, eds. Design and implementation of health information systems. Geneva: World Health Organization; 2000:33-48.
- 13 Sapirie S. Assessing health information systems. En: Lippeveld T, Sauerborn R, Bodart C, eds. Design and implementation of health information systems. Geneva: World Health Organization; 2000:73-87.
- 14 Hemidy L. L' informatisation des hospitaux et ses enjeux. *Revue Française de Gestion* 1996(109):125-136.
- 15 Minvielle E. L' organisation du travail à l' hopital: gérer la singularité à grande échelle. *Revue Française de Gestion* 1996(109):114-124.
- 16 Wilson R. Using computers in health information systems. En: Lippeveld T, Sauerborn R, Bodart C, eds. Design and implementation of health information systems. Geneva: World Health Organization; 2000:198-212.
- 17 Kleinau E. Management of health information systems. En: Lippeveld T, Sauerborn R, Bodart C, eds. Design and implementation of health information systems. Geneva: World Health Organization; 2000:176-197.
- 18 Leteurtre H. *Traité de gestion hospitalière*. Paris: Berger-Levrault; 1988.

Capítulo 12

La gestión de la tecnología

La infraestructura y el equipamiento hospitalarios han experimentado una evolución paralela a la de los procesos de desarrollo sociales y tecnológicos. Al inicio del siglo pasado, el hospital era sólo un conjunto de salas de hospitalización e instalaciones para preparar alimentos y lavar ropa. En los últimos años, tanto la arquitectura hospitalaria como la tecnología clínica han evolucionado apresuradamente y hoy en día el hospital se ha convertido en un complejo espacio donde se utilizan dispositivos de alta tecnología que requieren cada vez mayor capacitación en procesos asistenciales de la más diversa índole. Esta especie de malla o red de dispositivos diagnósticos o terapéuticos se ha venido en llamar infraestructura de tecnología clínica. Su gestión es en la actualidad parte esencial del quehacer hospitalario.

La confianza que el paciente tiene en el hospital se fundamenta en gran medida en la calidad de esta infraestructura de tecnología clínica. La organización, la gestión y el mantenimiento del dispositivo clínico-técnico deben entonces ocupar el núcleo de las preocupaciones de los administradores del hospital.

En su desarrollo futuro, los hospitales deberán disponer de competencias y habilidades para producir y adaptarse a cambios cada vez más rápidos y radicales e incorporar permanentemente nuevas tecnologías médicas, sobre todo en los servicios de urgencias, diagnóstico, hospital de día, laboratorios y radiología.

Por otro lado, un sistema de salud que busca responder a las necesidades de salud de la población precisa de instrumentos de planificación, de asignación recursos y de evaluación de tecnologías médicas, es decir necesita organizar, repartir y evaluar.

La infraestructura de la tecnología clínica

Un hospital está tradicionalmente constituido por servicios de hospitalización que desempeñan una función de hospedaje, están dotados de infraestructuras técnicas, logísticas y tecnológicas y realizan actividades administrativas y de apoyo. Durante las últimas décadas, la dimensión tecnológica del hospital ha adquirido mayor importancia y se ha convertido en uno de los criterios más importantes de definición del hospital. El hospital está al servicio de la misión que le ha sido asignada: satisfacer de la mejor manera posible las necesidades de salud de la población que atiende.

El hospital afronta un nuevo paradigma en el cual la admisión de pacientes —especialmente a través del servicio de urgencias—, los servicios ambulatorios y la infraestructura de tecnología clínica constituyen su eje central. Por ello, los servicios de tradicionales, basados en la hospitalización, se han relegado a un segundo plano.

Definición

En la concepción moderna de la atención, la infraestructura de la tecnología clínica se compone, en primer lugar, de las actividades del sector médico-tecnológico: laboratorios, tecnología de la imagen, incluida la de intervención, farmacia y esterilización. Además, incluye quirófanos, exploraciones funcionales, urgencias (incluso las prehospitales) y cuidados intensivos. La integración de los cuidados intensivos, anteriormente considerados servicios de hospitalización, se justifica por su alta complejidad tecnológica. En esta definición, la infraestructura de la tecnología clínica reagrupa el conjunto de instalaciones y equipos de alta complejidad, necesarios para la práctica médica en cada una de las áreas presentadas. Sus distintos elementos integrantes contribuyen a realizar una actividad determinada, sea de naturaleza diagnóstica, terapéutica o de ambas.

Pero la infraestructura de la tecnología clínica no se limita a esas instalaciones y equipos: agrupa un conjunto de tecnologías médicas que, organizadas con eficiencia, permite prestar con efectividad servicios de atención a los pacientes. La infraestructura de la tecnología clínica ocupa un lugar central del hospital y desempeña un papel importante en la función de producción (exploraciones, intervenciones quirúrgicas, etc.), que hay que añadir la admisión, las urgencias y la orientación de los pacientes.

La gestión de este conjunto de instalaciones y equipos, al margen de su dimensión tecnológica, su organización, su localización y su articulación con los restantes servicios, es esencial para el funcionamiento eficiente del hospital. A este respecto cabe mencionar a modo de ejemplo la gestión de los flujos de pacientes, la localización y distribución de los distintos elementos de la infraestructura de la tecnología clínica (quirófanos, servicios de urgencias, servicios de radiología, unidades de esterilización) y su influencia en la calidad de la atención.

Concepción y organización

Cuando se organiza la implantación de una infraestructura de tecnología clínica han de considerarse los elementos que se enumeran seguidamente.

1. Las modalidades de constitución: la infraestructura de tecnología clínica puede reagruparse en el marco de una actividad determinada, como los cuidados intensivos o la fisioterapia, o colocando a disposición de los servicios de hospitalización ciertas prestaciones como tecnologías de la imagen o exámenes de laboratorio.
2. El nivel de desempeño esperado: la naturaleza de los exámenes y la complejidad de las prestaciones deseadas (de rutina, especializadas, muy especializadas) deben definirse con mucha precisión y homogeneidad a fin de responder correctamente a las necesidades de la población.
3. La integración de la infraestructura técnica en el hospital: esta integración atañe a la cantidad y la calidad de los equipos (número de quirófanos), cuyas posibilidades y características dependerán de la arquitectura y de la organización general de los edificios.

Además, es preciso tener en cuenta las modalidades de funcionamiento y los procesos que permiten el acceso a las diferentes prestaciones existentes. Especial atención se ha de prestar a las normas de seguridad, a la calidad de las prestaciones suministradas y a la rentabilidad económica, lo cual impone límites mínimos y máximos de funcionamiento. Esto imperativo obliga al equipo directivo del hospital a favorecer acciones de cooperación, como el reparto de equipos entre hospitales, o a introducir equipos móviles.

Este nuevo concepto de infraestructura de la tecnología clínica induce el desarrollo de nuevas formas de gestión hospitalaria, que abarcan la concepción, la organización y el funcionamiento del conjunto de las instalaciones y de los equipos que componen la infraestructura. Además, las nuevas formas de gestión deben considerar la obsolescencia de los equipos, los períodos en que se carece de ciertas tecnologías, la evolución de la demanda vinculada con los cambios de los protocolos diagnósticos o terapéuticos, y la evolución de las tecnologías, lo cual modifica la demanda de ciertas prestaciones.

La planificación de la infraestructura de la tecnología clínica

Si se considera la importancia de los aspectos financieros y la necesidad de priorizar la introducción de determinadas tecnologías en los hospitales y las regiones, la planificación de la

infraestructura de la tecnología clínica y de los equipos que la componen constituye una prioridad para los responsables sanitarios de los municipios y de los estados. Dicha planificación debe poner a disposición de una población determinada un dispositivo clínico-tecnológico capaz de satisfacer sus necesidades de salud. Sin embargo, este objetivo ha de relativizarse, ya que la precisión y validez del conocimiento de las necesidades y de los medios necesarios para satisfacerlas son a menudo insuficientes. En estas circunstancias, la apreciación de los medios necesarios para satisfacer esas necesidades ha de ser cualitativa o cuantitativa y debe procurarse que la disponibilidad geográfica de esos medios sea satisfactoria. Por ejemplo, en zonas aisladas es necesario disponer de equipos de alta complejidad para un número limitado de personas y para ello la accesibilidad ha de prevalecer sobre la eficiencia (este es el caso, por ejemplo, de la política del Ministerio de la Salud Federal de Brasil en el Amazonas).

La planificación de las infraestructuras de la tecnología clínica constituye una tarea difícil, cuya complejidad aumenta cuando a ella se suma la satisfacción de las necesidades de salud para un periodo de cinco o más años. Por añadidura, no sólo ha de garantizar el acceso de la población a las tecnologías médicas, sino que ha de prever la introducción permanente en el mercado de nuevas tecnologías, así como las consecuencias financieras que acarrea su adopción.

Dimensión y financiamiento

La composición de la infraestructura de la tecnología clínica de un hospital en relación con otro, o de una zona geográfica, está entonces directamente vinculada con la calidad y la efectividad de la planificación y de la programación que lleven a cabo las autoridades sanitarias. En los países de la Región se emplean distintos métodos de planificación. Algunos países aplican índices de equipos en función de la población o procedimientos de autorización para ciertos materiales de alta tecnología. Las consecuencias de esta variabilidad son siempre importantes, máxime en la esfera financiera, y siempre se ha de evitar el riesgo de subestimar la infraestructura de la tecnología clínica y tener en cuenta que la gestión de la infraestructura de la tecnología clínica también depende del nivel de complejidad del hospital (secundario, terciario o de alta complejidad).

La inadecuación de la infraestructura de la tecnología clínica, tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo, altera todas las actividades de atención. Por ejemplo, el hecho de organizar y estructurar las actividades del hospital a partir de una infraestructura determinada, a menudo subestima su dimensión, produce resultados y aumenta el gasto en salud sin mejorar la efectividad de la atención.

La buena gestión de la infraestructura de tecnología clínica por las autoridades sanitarias municipales o estatales también ha de prevenir la competencia y la escalada injustificadas en la adquisición de equipos de alta tecnología, que a veces anima a los directivos a aumentar falazmente el prestigio del hospital. Las consecuencias financieras de esta forma de proceder alcanzan a veces proporciones impresionantes: los gastos de inversión de los grandes hospitales de las zonas urbanas se destinan en buena parte a la adquisición de equipos biomédicos y otorgando prioridad a los servicios de tecnologías de la imagen, radioterapia, laboratorios y quirófanos. La buena gestión de la infraestructura de la tecnología clínica no ha de subestimar los elementos que la componen y tiene que evitar la inadecuada utilización o subutilización de algunos equipos. Un estudio realizado en Francia en 1996 mostró que en los quirófanos hiperasépticos o hipertécnicos ocho de cada diez intervenciones no precisaban del nivel de complejidad de los equipos empleados en ellas.¹ Por el contrario, el 55 % de las intervenciones que requerían un quirófano hiperaséptico y el 60 % de las que necesitaban un quirófano hipertécnico se practicaban en quirófanos no adaptados. En lo que se refiere a las urgencias, 2000 sectores de cirugía estaban abiertos todas las noches para la realización solamente 300 intervenciones.

La gestión de los recursos humanos de infraestructura de la tecnología clínica

La infraestructura de tecnología clínica también atañe al personal técnico de alta competencia. Además del personal médico especializado, dicha infraestructura dispone de recursos humanos propios, como técnicos de laboratorio, personal de esterilización o técnicos de los servicios de diagnóstico y de cirugía, que han recibido capacitación especializada.

La dimensión tecnológica y especializada de la infraestructura de la tecnología clínica sólo cobra sentido cuando está relacionada con su personal técnico y especializado. En la gestión de dichos recursos debe hacerse especial hincapié en la ética y el factor humano, lo cual pone de manifiesto las notables necesidades de formación, motivación y de incentivos profesionales. Esta dimensión es esencial, por cuanto el personal a menudo trabaja al margen de los servicios de admisión y de hospitalización, donde se atiende a los pacientes. En el hospital prevalecen valores que relegan a un segundo plano a los que no participan en la atención personal y directa de los pacientes.

La existencia y la finalidad específicas de la infraestructura de tecnología clínica como primer sector de producción del hospital no deben entonces definirse en contraposición a los servicios de hospitalización. Para conseguir la identidad necesaria del personal de la infraestructura de tecnología clínica, el plan estratégico, y en primer lugar el plan médico, deben definir claramente los objetivos de la infraestructura de la tecnología clínica y las relaciones entre servicios de la institución. En el enfoque estratégico es preferible organizar, primero, los servicios de hospitalización y los servicios ambulatorios a partir de los servicios de admisión y urgencias y, posteriormente, a partir de la infraestructura de la tecnología clínica.

Evaluación de las tecnologías

Los hospitales se encuentran en una situación de dependencia de los progresos constantes de las tecnologías médicas. Como en la mayor parte de los países en desarrollo, en América Latina y el Caribe el desarrollo tecnológico se ha basado fundamentalmente en la incorporación de tecnologías elaboradas en los países desarrollados. En muchos casos esta incorporación ha sido incompleta al no ir acompañada de los ajustes que permiten adecuar las características de las tecnologías a las circunstancias organizativas, económicas, sociales y culturales de los países receptores.

La evaluación de las tecnologías en salud se concibe cada vez más como un «proceso de análisis dirigido a estimar el valor y la contribución relativa de cada tecnología sanitaria a la mejora de la salud individual y colectiva, teniendo en cuenta su impacto económico y social».² Este proceso de evaluación considera básicamente la seguridad, la eficacia, la efectividad, la utilidad, el impacto económico, las consecuencias organizativas, las implicaciones éticas y el impacto social de las tecnologías médicas. Asimismo, pretende orientar a los que toman decisiones a adoptar aquellas más racionales respecto a tres cuestiones principales: aprobación para el acceso al mercado, aprobación para su inclusión entre las prestaciones financiadas con fondos públicos, y si procede, diseminación adecuada en el sistema sanitario.

Con relación a las tecnologías ya existentes, la evaluación pretende orientar la toma de decisiones racional respecto a tres aspectos principales: la retirada de financiación a tecnologías que demuestran ser ineficientes, la generalización de nuevas aplicaciones de tecnologías ya existentes en el sistema sanitario público, y la retirada de la tecnología (o la supresión de alguna de sus indicaciones) del mercado (por ejemplo, con efectos secundarios demasiado importantes).

Los profesionales sanitarios que usan una determinada tecnología tienen interés en conocer con detalle las condiciones y los requisitos de su empleo seguro, efectivo, eficiente y aceptable en diferentes circunstancias clínicas, así como las ventajas e inconvenientes de las distintas opciones diagnósticas y terapéuticas existentes ante una enfermedad o un paciente concretos.

En una situación ideal, las nuevas tecnologías médicas que constituyen la esencia de la infraestructura de tecnología clínica, deberían ser evaluadas sistemáticamente antes de adoptarlas, usarlas y generalizar su empleo. Esta evaluación debería efectuarse mediante ensayos clínicos aleatorizados y ciegos con objeto de obtener estimaciones válidas de su eficacia, minimizar sesgos, y definir con precisión indicadores de resultado. También se deberían llevar a cabo estudios económicos (de costo-beneficio, costo-efectividad, etc.) para evaluar la eficiencia de su utilización. Lo deseable sería que las decisiones de adoptar y difundir tecnologías médicas con arreglo a criterios de salud pública (epidemiología) y a las exigencias de planificación geográfica de los equipos se tomaran solamente después de disponer de los resultados de dicha evaluación.

Después de implantarlas, debería evaluarse su efectividad y los resultados de su utilización en los pacientes, junto con sus efectos secundarios. A continuación, se habrían de revisar las recomendaciones sobre su utilización y los costos en que se ha incurrido. No obstante, este esquema es teórico y dista mucho de la realidad.

Para el hospital, prestar una atención de calidad consiste en utilizar correctamente la infraestructura de la tecnología clínica, pero sobre todo elegir y utilizar las tecnologías con pertinencia y prudencia. No hay que olvidar que la utilización de determinadas tecnologías en ciertas circunstancias puede desembocar en un aumento exponencial e incontrolado de los gastos y la yatrogenia.

Otro aspecto importante hace referencia a la vigilancia de las tecnologías. La utilización de un equipo biomédico está expuesto a riesgos tanto para los pacientes como para los operadores. Si la seguridad está amenazada, conviene actuar a nivel local y nacional a fin de minimizar esos riesgos y tratar los efectos secundarios. Para ello, es preciso implantar sistemas y normas de funcionamiento adaptados. Hasta hace tres o cuatro años, los países de Región comenzaron a implantar un sistema de tecnovigilancia. Como su difusión aún es limitada, los incidentes en el funcionamiento de los equipos médicos hospitalarios aún son frecuentes.

La gestión del equipamiento biomédico

Los progresos científicos y técnicos constantes introducen en el mercado equipos biomédicos más sofisticados, más eficaces, pero también más costosos. La noción de la relación costo-beneficio parte de un enfoque particular en el contexto de los recursos financieros limitados de los hospitales. El precio de adquisición tiende a tornarse un criterio de elección entre otros comúnmente utilizados. Los costos de explotación y la calidad del servicio postventa ocupan un lugar cada vez más destacado en la decisión de la adquisición.

En América Latina y Caribe, el 60,5% de los hospitales tienen 50 o menos camas, lo que representa el 20 % del conjunto de las camas hospitalarias, y el 15,8 %, entre 51 y 100 camas, que constituyen el 17,3 % del conjunto de camas; es decir, el 73,3 % de los hospitales tienen como máximo 100 camas. Los hospitales de más de 500 camas representan únicamente el 1,3 % del conjunto de hospitales de la Región y el 15,4% del total de camas (véase el capítulo 5).³

Las crisis económicas que han caracterizado los años ochenta tuvieron consecuencias nada despreciables en los hospitales de América Latina y del Caribe: disminuyeron los fondos consagrados al mantenimiento, lo cual deterioró las infraestructuras y los equipos y retrasó el uso de nuevos y más sofisticados equipos de diagnóstico y tratamiento.

Un estudio realizado en 1986 por la OPS mostró que el 50 % de los equipos médicos e industriales de los hospitales de la Región estaban fuera de servicio o no respetaban las reglas de funcionamiento y de seguridad enunciadas por los fabricantes.³ Este hecho ha tenido algunas veces consecuencias nefastas en la gestión de los hospitales y ha provocado errores lamentables en el uso de algunos equipos.

Paradójicamente, la década de los ochenta corresponde también a un período de desarrollo y de comercialización de equipos médicos sofisticados y costosos. Diversos hospitales han adquirido e incorporado nuevas tecnologías sin disponer de las infraestructuras capaces de garantizar su óptimo funcionamiento y sin prever los costos suplementarios de explotación que estos últimos inducirían, considerando que para ciertos equipos de alta complejidad los costos de mantenimiento anuales se sitúan alrededor del 10 % del costo de adquisición.

Según el mismo estudio de la OPS,³ los presupuestos destinados al mantenimiento representaban únicamente entre el 1 y el 4 % del presupuesto de funcionamiento del hospital. Otra gran dificultad que encuentran los hospitales latinoamericanos es la disponibilidad de recursos humanos suficientemente calificados para garantizar la reparación de los equipos en plazos aceptables. La profesión de ingeniero clínico o biomédico se ha incorporado en el hospital. Hasta mediados de los años noventa pocas universidades habían desarrollado programas de formación específicos dirigidos a este tipo de profesionales, cuya misión es definida de la manera siguiente por la American College of Clinical Engineering: <<El ingeniero clínico es aquel profesional que aplica y desarrolla los conocimientos de la ingeniería y las prácticas de gestión a las tecnologías de la salud, para mejorar de manera continua la atención médica prestada a los pacientes>>.⁴

Es evidente que el alcance y el costo del mantenimiento varían según el tamaño y la complejidad de las instalaciones, pero es fundamental que exista un programa de mantenimiento incluso en las instituciones más pequeñas o menos complejas.

Los años noventa han sido testigos de varias iniciativas importantes —emprendidas en algunos países con el respaldo de organismos internacionales— para responder a esta deficiencia, que consisten en la profesionalización de los ingenieros clínicos y el desarrollo de cursos de postgrado en las universidades.

La definición de los planes de equipos

La adecuación entre los planes de equipos y las necesidades de salud pública

El deseo legítimo de disponer de la más reciente y eficaz tecnología médica puede conducir a la adquisición e instalación en ciertos hospitales de equipos costosos y muy sofisticados que poco afectan la calidad de la atención médica. La falta de formación de los operadores y la ausencia de un verdadero programa de mantenimiento constituyen obstáculos importantes para el funcionamiento óptimo de estos equipos. En otros casos, los costos de explotación de los equipos médicos son tan elevados que el hospital no puede asumirlos y se queda con equipos inutilizados. Este tipo de inversiones costosas e inútiles han provocado temores y recelos en los organismos financiadores y en los pacientes.

La evaluación insuficiente de las necesidades, del contexto local, de las condiciones de instalación, de los recursos humanos disponibles y de los costos de explotación futuros, puede desembocar en inversiones inadaptadas y, por tanto, ineficientes. Teniendo en cuenta el contexto de recursos financieros limitados en que operan los hospitales, las alternativas de adquisición deben ser gestionadas buscando rentabilizar al máximo la inversión realizada sobre la base de razones costo-beneficio. La noción de costo-beneficio integra a su vez criterios calificativos y cuantitativos, y en ella las prioridades de salud se consideran en el ámbito nacional o de la macrogestión, y la expresión de las necesidades de salud, en el ámbito local o de la microgestión. El cálculo de las razones costo-beneficio supone un análisis de los costos que incluye el precio de adquisición del equipo, su costo de transporte, el costo de las obras necesarias para la instalación del equipo, los costos del funcionamiento del equipo, las necesidades de capacitación de los operadores y técnicos de mantenimiento, el costo del mantenimiento, pero también la comodidad de utilización para el paciente y para el médico, y el impacto del equipo sobre la calidad, la seguridad y la eficiencia de la atención médica.

Según el tamaño y el tipo de institución hospitalaria, se pueden emplear diferentes estrategias para definir las opciones de adquisición, pero todas deben responder a la siguiente pregunta: ¿cómo utilizar lo mejor posible los recursos disponibles, adquiriendo el equipo capaz de aportar el mejor valor agregado al hospital o al servicio considerado?

Ante una situación de recursos escasos y búsqueda de mejor calidad en los servicios, es interesante explorar las posibilidades de colaboración entre las instituciones, la exteriorización de servicios y otras opciones que permitan a las organizaciones racionalizar sus inversiones contando con las tecnologías disponibles.

La definición de los planes de equipos en el contexto médico, socioeconómico y financiero

Las necesidades médicas deben ser definidas y analizadas en el marco de una estrecha colaboración entre los cuerpos médicos, los gestores, los ingenieros y técnicos del hospital, y permitiendo la expresión correcta de estas necesidades teniendo en cuenta los contextos técnicos (obras, instalaciones, electricidad, gas y fluidos médicos, agua, etcétera) y humanos (composición y capacitación de los profesionales) y poniendo de relieve las exigencias en productos perecederos y mantenimiento. El material adquirido debe ser aceptado por profesionales capacitados para utilizarlo y no deben inducirse compromisos económicos u operacionales superiores a las posibilidades del hospital.

La declaración de la necesidad de adquisición procede, en la mayoría de los casos, de un servicio que expresa una demanda, ya sea de manera espontánea (el jefe del servicio toma la iniciativa de informar a la dirección de sus necesidades y de sus intereses), de manera organizada por la dirección del hospital (donde cada jefe de servicio es cuestionado sobre sus necesidades), o porque un equipo ya no responde a las exigencias de sus operadores por falta de fiabilidad de los resultados, obsolescencia o por frecuentes averías. En todos los casos, el jefe de servicio y la dirección del hospital deben establecer una adecuada relación entre el material deseado y la actividad presente y futura del servicio e incluirla en el proceso de planificación estratégico de la institución.

Además, la definición de los planes de equipos debe inscribirse asimismo en el marco de una visión global del dispositivo clínico-técnico, buscando la integración y la coherencia general, facilitando los flujos de pacientes, y cuidando la arquitectura general de la infraestructura de la tecnología clínica y su ubicación en el hospital.

La definición de un programa de adquisición de equipos, permite planificar la evolución de la infraestructura de la tecnología clínica o logística como parte integrante del proyecto estratégico de la institución.⁵ Tal proceso conduce a examinar y a analizar todos los proyectos de equipos en cuanto a su oportunidad con relación a este proyecto estratégico. Los criterios de selección se definen así claramente, todos los conocen, y se inscriben en una política de adquisición plurianual y en un proceso de planificación global de la institución, de una región, o de un país. La noción de plan de adquisición de los equipos remite a la definición de un plan de inversión, esto es, describe el monto de las inversiones a corto y mediano plazo, así como la forma de financiarlas.

La inversión puede realizarse de distintas formas, caracterizadas generalmente en cuatro grandes grupos. Primero, las inversiones de sustitución o de productividad, que se destinan a reemplazar un equipo obsoleto. Estas inversiones permiten reducir los costos de mantenimiento al tiempo que mejoran la calidad de la producción. Segundo, las inversiones de desarrollo que tienen por objetivo responder a una demanda creciente y a un objetivo de diversificación o de complementación. Tercero, las inversiones estratégicas que tienen como propósito principal incorporar los progresos tecnológicos en la oferta de la prestación de atención, tanto para su propia clientela como con relación a la competencia. Y cuarto, las inversiones humanas y sociales, que reúnen aspectos de contratación, formación, condiciones de trabajo, procesos de seguridad, etc.

El proceso de adquisición

Es importante que el hospital conserve el control de su política de adquisición y defina por sí mismo sus necesidades. Los proveedores potenciales no se deben arrogar este papel y hacer por sí mismos proposiciones sobre la necesidad que estiman que tiene el hospital. Esto no quiere decir que no se ha de permitir al proveedor un margen de iniciativa que le permita proponer soluciones técnicamente o financieramente originales. La iniciativa tomada por ese proveedor debe derivar de una necesidad previamente formulada por el hospital. Tampoco es el médico quien debe tomar aisladamente la decisión de adquisición, pues han de existir instancias que dominen todo el proceso de adquisición y dispongan de todos los instrumentos de gestión que permitan tomar esa decisión. La decisión de adquisición incluye, además, a la dirección, al cuerpo médico, a los enfermeros y a los ingenieros y técnicos del hospital. En algunos países latinoamericanos se utiliza la figura del comité de adquisiciones para hacerse cargo de estas tareas. Este comité es interdisciplinario, reduce el riesgo de corrupción y asegura la elección de las mejores opciones.

El proceso de adquisición utilizado depende del tipo de inversión y de su importancia. No obstante, hay que subrayar que las ofertas comerciales de los proveedores son siempre más interesantes cuando hay competencia. El esfuerzo comercial realizado por una empresa es siempre más ventajoso cuando el mercado no es cerrado y es posible que el competidor se lleve el proyecto.

Términos de referencia, pliego de condiciones y consulta de las empresas

La redacción del pliego de condiciones corresponde a una etapa importante del proceso de adquisición. Cuanto más preciso es este pliego, tanto más capaces serán los proveedores de responder a las necesidades reales del hospital, evitando de esta forma debates para detallar las características técnicas del equipo, las opciones técnicas requeridas y los objetivos operacionales. La demanda debe ser perfectamente conocida por todos los proveedores, el pliego de condiciones ha de estar a disposición de todos, y se deben definir los criterios de selección de los candidatos.

Su redacción supone un verdadero trabajo de equipo, que ha de incluir al responsable de la decisión, esto es, aquél que toma la decisión de adquirir o no al usuario, es decir, el que va a utilizar el equipo (el médico, el personal de enfermería, el ingeniero o el técnico del hospital). La competencia específica de esta última categoría de profesionales desempeña un papel importante en la estimación de las necesidades y su traducción a un lenguaje técnico y unánimemente reconocido y comprendido. Por otra parte, el ingeniero del hospital, a partir de su conocimiento del mercado, debe contribuir a especificar mejor la necesidad y a encontrar la solución técnica más adecuada y oportuna.

En América Latina no todos los hospitales disponen de un verdadero equipo de ingeniería biomédica suficientemente estructurado y capacitado para redactar el pliego de condiciones descrito. Las soluciones alternativas se pueden imaginar: contratación de un asesor externo, neutral e independiente, que en el marco de una operación de adquisición preste asistencia técnica y consejo al hospital durante todo el proceso (desde la redacción del pliego de condiciones hasta a la selección de los proveedores que respondieron a la licitación). Esta asistencia técnica puede trascender la fase de selección de los proveedores y ampliarse hasta el seguimiento de las prestaciones previstas en el contrato.

Para que la decisión de adquisición pueda ser estudiada a partir de todos los elementos relevantes, en el pliego de condiciones se deben solicitar a cada proveedor los documentos relativos a las condiciones de instalación del equipo (planes de implantación, planes de reserva y carga, planes de reservaciones eléctricas con indicación de los valores de protección; planes detallados de los alimentos en fluidos, etc.), la lista completa y detallada de todos los percederos, y piezas de repuesto necesarias para cada equipo, especificando el costo unitario, los periodos de sustitución y los proveedores que existen en el mercado nacional, las condiciones y los costos de mantenimiento futuro.

La decisión de adquisición

En la decisión de adquisición el precio tiende a convertirse en un criterio de elección. La selección de las ofertas comerciales se fomenta cada vez más en la ejecución de elementos tales como la calidad técnica y el desempeño del equipo, su comodidad de utilización y las condiciones de seguridad para el operador, así como para el paciente, los futuros costos de explotación del equipo (percederos, reactivos, fluidos, etc.) y los costos de mantenimiento al finalizar el periodo de garantía.

La adquisición de un equipo biomédico tiene repercusiones financieras que superan con mucho su costo de adquisición. Éste no constituye por lo demás el punto de vigilancia más importante; al contrario, cuando una institución decide adquirir un nuevo equipo, es consciente de su costo de inversión. Pero, a menudo, no está correctamente informada de los costos de explotación suplementarios, que pueden muy elevados cuando se trata, por ejemplo, de un tomógrafo o de un aparato de resonancia magnética nuclear. Empero, este aspecto constituye uno de los puntos fundamentales de la decisión de adquisición que no conviene omitir. A veces es preferible elegir un equipo cuyo costo de adquisición sea más elevado, pero cuyos futuros gastos de explotación, incluidos los de mantenimiento, sean más asequibles.

Los indicadores sobre los costos futuros de explotación pueden y deben ser demandados en el pliego de condiciones, permitiendo de esta forma que la comisión de licitación del hospital disponga de todos los elementos técnicos y financieros necesarios para tomar la decisión más ventajosa a todos los niveles.

El contrato comercial: derechos y obligaciones de los contratantes

La redacción y la firma del contrato comercial corresponden a la confirmación del deseo de adquisición por el comprador y a la aspiración de vender del proveedor. El contrato comercial compromete a los contratantes a hacer y no hacer ciertas cosas. A partir de esta definición, el contrato comercial tiene que incluir toda la información relativa a la operación de adquisición y venta, a fin de que cada uno de los contratantes asuman su responsabilidad de ejecutar el proyecto.

Los diferentes artículos del contrato deben ser muy detallados y especialmente en lo que se refiere a los siguientes puntos. Primero, al precio del contrato, especificando y separando claramente el precio de venta del equipo y el de las obras que ha de efectuar el proveedor, el precio del transporte del equipo hasta el servicio donde se instalará, el de las prestaciones de capacitación, el de instalación, etc. La cláusula de revisión de los precios y sus condiciones de aplicación tienen que definirse muy claramente.

Segundo, las condiciones de pago. El contrato debe definir las modalidades más interesantes para el comprador que sean aceptables para el proveedor. Cada vez que esto sea posible o se justifique (según los montos), se aconseja definir modalidades de pago diferentes para cada tipo de prestación objeto del contrato: suministro del equipo, suministro de repuestos, cursos de capacitación, obras, mantenimiento. El cronograma de pago tiene que cubrir toda la duración del proyecto, es decir hasta el final del período contractual.

Tercero, el proceso de instalación y de recepción técnica de los equipos. La fecha de recepción tiene que ser programada por común acuerdo entre los proveedores y el comprador. Además, el cuerpo médico y del personal de enfermería y el equipo de técnicos de ingeniería del hospital han de participar en la instalación, lo cual se convierte en una verdadera sesión de capacitación.

El mantenimiento de un equipo empieza en el momento de la adquisición. Sobre la base de esta observación —que se abordará en apartados posteriores—, el comprador ha de obtener del proveedor todos los manuales técnicos, operativos y de utilización del equipo adquirido.

Se debe dedicar además un artículo específico que sea consagrado a la garantía, estipulando que esta última cubre el conjunto de los equipos, incluidas piezas de repuesto, mano de obra y transportes, desde el momento mismo de su recepción. Los plazos de intervención para el mantenimiento preventivo o de reparación deben ser contractuales, puesto que el objetivo perseguido es reducir al máximo el período de inmovilización del equipo. Como verdadero documento de referencia, el contrato comercial ha de redactarse con sumo cuidado y prever las obligaciones de ambas partes, los recursos posibles en caso de no ejecución, así como los formularios de recepción de las diversas prestaciones.

La gestión y el mantenimiento de la infraestructura de tecnología clínica**La gestión de la infraestructura de tecnología clínica**

El servicio de ingeniería biomédica de un hospital no funciona de forma aislada, sino que se encuentra en la conjunción de la administración y de los servicios de atención médica y de diagnóstico. Su papel no se limita a las intervenciones de instalación o reparación de los equipos, sino que además ha de incluir una amplia gama de tareas, que tienen consecuencias importantes en el funcionamiento del parque instalado. Dichas tareas son las siguientes:

- inventario exacto y completo y etiquetaje del material
- control regular del patrimonio biomédico de la institución

- constitución de la biblioteca de documentaciones técnicas
- gestión de un almacén oportuno de piezas de repuesto
- adquisición de la herramienta adaptada para la intervención de los técnicos del hospital
- asistencia técnica y consejo para adquisición e incorporación de nuevas tecnologías
- participación en los procedimientos de instalación y recepción técnica de los equipos
- control de la buena realización de las prestaciones y de garantía de los equipos recientemente adquiridos
- capacitación del personal
- elaboración y control de los contratos de mantenimiento externos
- implantación de programas calidad
- calibración de los equipos en relación con padrones y protocolos reconocidos
- definición y divulgación de los procedimientos que se han de aplicar en caso de avería del equipo (ficha de solicitud, organización de la reparación)
- control de las facturas

El perfecto conocimiento de la infraestructura de la tecnología clínica del hospital constituye la primera herramienta del servicio de ingeniería biomédica. El formulario de inventario varía de una institución a otra, pero al menos es preciso recabar dos tipos de información: primero, datos generales sobre el parque instalado (tipo de equipo, marco, modelo, fecha y valor de adquisición, servicio, número de los operadores), y, segundo, datos sobre el nivel de funcionamiento de ese parque (equipos que funcionan correctamente, equipos averiados, frecuencias de las averías, tipo de mantenimiento realizado, tiempo medio de inmovilización del equipo para cada avería).

Esta información obtenida alimenta el sistema de información del servicio de ingeniería biomédica y permite planificar ciertas operaciones de mantenimiento preventivo, curativo, de sustitución de un equipo obsoleto o de adquisición de piezas de repuesto. Es a partir de este balance general que el servicio de ingeniería biomédica podrá definir sus necesidades de recursos humanos, instrumentación, presupuesto de funcionamiento, tamaño del taller, necesidades de capacitación de su personal, etc.

Las ocho operaciones de mantenimiento

La carencia de un equipo biomédico tiene consecuencias importantes para los otros servicios de la institución: descontento del paciente (que no puede beneficiarse de la exploración diagnóstica o del tratamiento terapéutico prescrito), el personal del servicio no puede trabajar, otros servicios del hospital cuyo funcionamiento está vinculado al equipo averiado ven reducida su actividad, etc.

Dentro de un hospital, los campos de mantenimiento son muy vastos. Con frecuencia, para designar una misma idea se emplean distintas palabras; así, por ejemplo, se habla de reparación, de avería, y a veces de mantenimiento. El mantenimiento comprende campos tales como la electricidad, la mecánica, la química, la electrónica, la informática o los rayos X. Todo ello pone de manifiesto la dificultad y la importancia del correcto mantenimiento; se trata de disponer de equipos en buenas condiciones de funcionamiento, lo que no caracteriza a todos los hospitales de la Región. Otro objetivo es reducir al máximo el tiempo de inmovilización del equipo y aumentar su fiabilidad, esto es la probabilidad de que este equipo no se averíe y su capacidad de asegurar una función determinada en condiciones de utilización y tiempo definidas.

El *Manual de mantenimiento de los servicios de salud: instalaciones y bienes de equipo* expone claramente los desafíos que plantea el mantenimiento y subraya el hecho de que si el servicio de mantenimiento no genera recetas para la institución, su existencia se justifica por las

economías que permite y porque contribuye a proporcionar una atención de salud de calidad a los pacientes.⁶

En *Equipements biomédicaux: Guide méthodologique d'acquisition et de maintenance* se definen las ocho operaciones que incluye el mantenimiento:⁷ adquisición, recepción de los equipos, instalación técnica, capacitación de los operadores, control regular del desempeño (calibración), gestión del inventario, mantenimiento preventivo, y mantenimiento curativo. ¿Cómo se relaciona el mantenimiento con estas operaciones?

Adquisición. Los costos de mantenimiento de un equipo deben considerarse, e incluso negociarse, en el momento de su adquisición. Además, son parte integrante de los criterios que van a determinar la elección del proveedor por parte del comprador.

Recepción de los equipos. No es suficiente elegir un equipo; también es necesario controlar su suministro y efectuar ciertas tareas que inciden favorablemente en los costos de mantenimiento, tales como el control del desempeño, la puesta a disposición de los operadores de las normas de funcionamiento, la identificación de los precederos que garantizarán la calidad de los resultados, asignar un número al inventario que permita identificar el equipo, y crear la ficha de seguimiento de la vida del equipo.

Instalación técnica. Esta precaución no es a menudo suficientemente contemplada por el comprador. El contexto específico del hospital debe guiar sus planes de adquisición. El ambiente técnico disponible (electricidad, agua caliente, agua fría, evacuación de las aguas, ingeniería civil, climatización, gases, etc.) ha de adecuarse a las condiciones exigidas para la instalación del equipo y para garantizar su funcionamiento óptimo.

Capacitación de los operadores y técnicos de mantenimiento. Los proveedores, las empresas especializadas, los ingenieros y los técnicos de mantenimiento coinciden en afirmar que una parte considerable de las averías se explica por errores de manipulación del equipo. Además de un aumento considerable de los costos de mantenimiento y de los tiempos de inmovilización, estos errores de utilización pueden generar costos adicionales. La capacitación de los operadores, realizada cuando se instala el equipo y durante toda su vida útil, requiere que se le preste especial atención, para evitar el funcionamiento incorrecto de los equipos que ocasione costos importantes para el hospital.

Calibración. Se trata de un control difícil de implantar que necesita continuamente materiales y formularios de medida. El objetivo perseguido es prevenir las averías y los costos de mantenimiento, no a través de un mantenimiento de tipo preventivo sistemático, sino por medio del seguimiento de la evolución de parámetros técnicos o de desempeño. Una de las dificultades que entraña este tipo de proceso consiste en tener materiales y formularios de medida perfectamente calibrados, a fin de que los resultados obtenidos sean fiables y se pueda proceder a reparar adecuadamente el equipo biomédico considerado.

Gestión del inventario

Mantenimiento preventivo

Este tipo de mantenimiento aumenta la vida útil del equipo, reduce los tiempos de inmovilización a través de la detección temprana de anomalías o errores de utilización que puedan ocasionar averías importantes. Reduce entonces los costos de mantenimiento curativo y aumenta el desempeño del equipo, la calidad de sus resultados y la seguridad de su utilización. Con ello aumenta la confianza de los operadores, lo que constituye otro resultado importante del mantenimiento preventivo.

El programa de mantenimiento preventivo también se negocia en el momento de la adquisición. El proveedor tiene que comunicar al comprador el conjunto de las operaciones de mantenimiento que conviene efectuar, su periodicidad, su costo y los protocolos necesarios. Muchos hospitales de la Región no han concedido gran prioridad a los programas de mantenimiento preventivo, lo cual se explica en parte por sus condiciones económicas, que no favorecen la implantación de proceso, así como por su escasa capacitación de los recursos humanos. Sin embargo, esta situación no ha de ser óbice para implantar un programa de mantenimiento preventivo que cubra por lo menos los equipos prioritarios.

En su obra *Gerenciamento de manutenção de equipamentos hospitalares* los autores presentan un cuadro de ayuda para decidir qué equipos son prioritarios para el programa de mantenimiento preventivo:⁸

Figura 1
Ayuda para la selección de los equipos que se deben incluir en el programa de mantenimiento preventivo.

Tipo de equipo:
Modelo:
N° de Serie/Código:
Fabricante:

Preguntas	Sí	No
1. ¿Se compone el equipo de partes móviles que necesitan arreglos o ser lubricados?		
2. ¿Funciona el equipo con filtros que requieren una limpieza o un cambio periódico?		
3. ¿Funciona el equipo con una batería que necesita un mantenimiento periódico o un cambio regular?		
4. ¿Puede dañar el equipo a los operadores o a sus usuarios?		
5. ¿Permitirá el programa de mantenimiento preventivo reducir funciones anómalas o averías frecuentes?		
6. ¿Es necesario calibrar a menudo el equipo?		
7. En caso de inmovilización del equipo, ¿estarán incluidos otros servicios de la institución?		
8. ¿Existe alguna directiva de la administración central que exija la existencia de un programa de mantenimiento de prevención para el equipo de que se trate?		

Fuente: Calil SJ, Teixeira MS. Gerenciamento de manutenção de equipamentos hospitalares. Saúde e cidadania (São Paulo) 1998;11:108.

Mantenimiento curativo

Al contrario del mantenimiento preventivo, el mantenimiento curativo siempre tiene carácter urgente y ha de ser sinónimo de organización y de política global de mantenimiento. Este mantenimiento habitualmente se define en cuatro niveles:

- Nivel 0. Mantenimiento externo total.
- Nivel 1. Diagnóstico interno. Reparación por una empresa externa.
- Nivel 2. Reparación, intercambio de los elementos previstos para eso. Este nivel está constituido principalmente por una aplicación de los instrumentos proporcionados por el fabricante e incluye el almacenamiento de las piezas de repuesto necesarias.
- Nivel 3. Diagnóstico de las averías, reparación por intercambio de componentes o de elementos funcionales. Este nivel de mantenimiento puede ser ejecutado por un técnico especializado con la instrumentación específica y utilizando toda la documentación.
- Nivel 4. Este nivel comprende todos los trabajos importantes de mantenimiento. Incluye asimismo la reparación de los aparatos de calibración o de los patrones de trabajo y exige disponer de un taller especializado y de la ayuda de toda la documentación general o particular.

Organización y gestión del mantenimiento

Un servicio de ingeniería biomédica no puede asegurar por sí sólo todas las operaciones de mantenimiento curativas necesarias para mantener el parque en perfectas condiciones de funcionamiento. La política de mantenimiento, interno, externo o mixto, tiene que ser definida en el marco de una política global vinculada con la organización del servicio biomédico y sus capacidades humanas y materiales.

Mantenimiento interno

Un servicio de ingeniería biomédica hospitalario que se ocupa directamente de toda o de una parte de las prestaciones de mantenimiento ha de disponer de recursos humanos capacitados, de un taller correctamente instalado, de los instrumentos necesarios para realizar las reparaciones y la calibración de los equipos, de un remanente de piezas de repuesto, y de un presupuesto de funcionamiento previamente negociado con la dirección del hospital. Una de las dificultades encontradas en los hospitales de la Región atañe al suministro de piezas de repuesto. La gestión de repuestos almacenados y de los plazos entre encargos tiene que contemplar esta situación para evitar el agotamiento de piezas de repuesto. La disponibilidad de repuestos constituye un elemento clave que conviene negociar en el momento de la adquisición de materiales y equipos (proveedores, costos, plazos de entrega, fechas de caducidad, etc.).

Mantenimiento externo

Buena parte de los hospitales subcontrata el mantenimiento de los equipos de media y alta complejidad, lo cual representa entre el 4 y el 10% del parque biomédico instalado, si bien puede alcanzar entre el 30 y el 60% del valor total del parque. El hospital decide asignar a terceros el mantenimiento de un equipo cuando el costo de capacitación, la remuneración de su personal, el precio de adquisición de la instrumentación necesaria para la reparar y calibrar el equipo, y la dificultad para conseguir las piezas de repuesto no justifican el mantenimiento interno. La decisión se basa en criterios económicos y de calidad de los resultados obtenidos.

Una misión importante del servicio de ingeniería biomédica es consecuencia del control de la buena ejecución de los contratos de mantenimiento asignados a empresas externas a fin de asegurarse, entre otras cosas, la calidad de las prestaciones realizadas, el respeto de los plazos negociados contractualmente y la conformidad de las facturas y los pagos.

Creación de un servicio de ingeniería clínica interhospitalario

Frente al problema de disponibilidad de recursos humanos y financieros ya mencionado, y dado que todas las instituciones hospitalarias no siempre necesitan disponer de su propio servicio de ingeniería clínica, existe una solución original que consiste en crear un servicio de ingeniería clínica que actúe en varias instituciones localizadas en una misma ciudad o zona. De este modo, los costos son compartidos por los hospitales asociados, y se establecen contratos o convenciones entre las diferentes partes que estipulan las reglas de organización y de funcionamiento de este servicio, la contraparte de cada institución para sus costos de funcionamiento, así como las obligaciones del servicio en relación con cada institución asociada con el proyecto.

La respuesta hospitalaria a los desastres y grandes emergencias

El tema de la atención médica en situaciones de desastre o grandes emergencias, si bien se encuentra relacionado con la atención de urgencia, tiene singularidades que demandan un análisis separado. Los desastres naturales continúan causando grandes pérdidas humanas y materiales, así como efectos negativos en el medio ambiente, a pesar de los esfuerzos que se han realizado tanto para prevenir sus efectos deletéreos como para mitigar la gravedad de los daños.

Pero no son sólo los desastres naturales los que causan pérdidas humanas y materiales, pues la creciente violencia social, expresada como conflictos armados, terrorismo y otras manifestaciones, también puede considerarse como desastre. En el mismo sentido, el desarrollo industrial mal regulado puede ser un factor de riesgo como consecuencia de fallos en los mecanismos de seguridad (sustancias químicas peligrosas, radiaciones ionizantes procedentes de plantas nucleares). El transporte moderno también puede convertirse en desastre por cuanto el número de personas que fallecen en accidentes aéreos o de tráfico puede ser muy elevado.

La preparación del hospital para los desastres y grandes emergencias no sólo deriva del hecho de que sea un núcleo fundamental en la respuesta global del sistema de salud a la emergencia, sino también de sus propias características, ya que algunas de ellas pueden transformar a este establecimiento en un foco generador de problemas. Los hospitales, por su nivel de complejidad, son estructuras muy costosas, densamente ocupadas, que funcionan 24 horas al día y en las cuales conviven pacientes, personal de salud y visitantes. Además de su equipamiento complejo y de alto costo, varios equipos usan fuente de radiaciones ionizantes, el laboratorio maneja una amplia gama de muestras, algunas de ellas de alto potencial infeccioso, diariamente se produce una importante cantidad de desechos contaminantes que precisan de un manejo y tratamiento especiales, algunos pacientes pueden estar bajo cuidados intensivos y conectados a equipos automatizados que mantienen el sistema de soporte vital, otros pacientes pueden estar recuperándose una intervención quirúrgica o demasiado débiles para valerse por sí mismos. Estas y otras consideraciones son importantes y justifican la necesidad de asegurar el funcionamiento del hospital en casos de grandes emergencias y desastres, al margen de quien los produzca.

Lamentablemente, la experiencia en la Región ha demostrado que los hospitales no dejan de ser vulnerables a los efectos de los desastres. Sólo en las dos últimas décadas alrededor de 100 hospitales han sido destruidos o muy dañados por los desastres naturales, particularmente terremotos y huracanes. El concepto de *hospital seguro* ha sido introducido por la OPS con objeto de estimular a los niveles de decisión de los países a que inviertan en la reducción de vulnerabilidad de las instituciones de salud. Con este propósito se han elaborado normas técnicas que permiten estudiar la vulnerabilidad potencial de las estructuras hospitalarias a los desastres naturales y aplicar medidas para reforzar las estructuras de los edificios. Algunos países como Costa Rica, México y Perú han invertido con éxito en estas medidas.

El análisis de la vulnerabilidad comprende aspectos estructurales (análisis del diseño, tipo de estructura, calidad de la construcción, materiales utilizados, condiciones de suelo, observación de normas antisísmicos o de resistencia a vientos, etc), aspectos no estructurales (elementos arquitectónicos, mobiliario en general y equipamiento, examen de los acueductos y tuberías, líneas vitales como suministro de agua, energía eléctrica, oxígeno, comunicaciones, aire acondicionado, y combustible entre otros) y aspectos funcionales y organizativos (estado de preparativos para situaciones de emergencias y desastres respecto a seguridad de los pacientes y del entorno, suministros médicos, señalización, vías de evacuación, entre otros).

En situaciones de emergencia, la primera prioridad es salvar vidas y prestar atención de emergencia inmediata a los heridos. En ellas el hospital desempeña un papel muy importante y es imprescindible que el plan hospitalario para desastres esté estrechamente coordinado con los planes locales de respuesta a emergencias. En la organización de la respuesta del hospital a las emergencias y desastre se distinguen tres fases: preparación, alerta y emergencia.

Fase de preparación

La etapa de preparativos comprende la elaboración del plan, su organización institucional y la capacitación del personal. Al margen de las características físicas de un hospital, su nivel de complejidad y sus recursos, los planes hospitalarios deben reunir las siguientes características:

- estar basados en su capacidad operativa, tomando en cuenta los recursos existentes en la institución y en la comunidad,
- ser funcionales y muy flexibles para adaptarse a situaciones y circunstancias cambiantes,
- trazar claramente las líneas de autoridad y mando, así como los papeles y funciones asignados, que deben ser de fácil comprensión,
- constituir parte de un plan regional para catástrofes y contribuir a fortalecer los planes de defensa civil en su localidad,
- ser continuamente actualizados y familiarizar al personal con el plan mediante ejercicios periódicos de simulacros, y
- tener en cuenta las fases de preparativos, alerta, emergencia y recuperación.

Los componentes de un plan de desastres durante la fase de preparativos comprenden: comité de desastres, centro de operaciones de emergencia, señalización y diagramas, reserva de medicamentos y suministros médicos de emergencia, comunicaciones internas y externas, fuentes alternas de agua, energía eléctrica y combustible, transporte, manuales y guías operativas, y adiestramiento del personal.

Fase de alerta

Esta fase comienza con la notificación de una emergencia o de un desastre, y en ella el hospital debe recabar información básica sobre la naturaleza y el alcance de la emergencia, su localización, hora en que se produjo, número estimado de víctimas, y estimación de la hora aproximada de llegada de los heridos al hospital. Es en este período cuando se activa el *plan de emergencias* y se pone en funcionamiento el centro de operaciones de emergencia. Simultáneamente, se debe notificar lo ocurrido a los diferentes servicios y departamentos del hospital y en particular a los de urgencias y cirugía. En el período de alerta, las actividades rutinarias del hospital deben ser postergadas para dar prioridad a la atención de urgencias.

Fase de emergencia

El manejo de víctimas durante una operación de desastres es más compleja que en un accidente rutinario, pues suele haber mayor confusión y desorganización. Los problemas que frecuentemente se han observado durante un desastre incluyen insuficiente organización para el manejo de los heridos y su estabilización, inapropiada distribución de los pacientes a los hospitales y falta de comunicación y de organización. Por otro lado, el personal médico puede estar expuesto a numerosos riesgos asociados con los desastres, tales como inhalación de gases tóxicos, incendios, explosiones, colapso de edificios, etc. Por todas estas razones, la organización de los recursos humanos para este tipo de emergencias, en las cuales prevalecen condiciones de alto nivel de estrés, no puede ser improvisada. Además, en ellas ha de considerarse la estabilidad emocional de las personas, su adaptación a largas jornadas de trabajo en condiciones difíciles, su habilidad para trabajar en equipo y su capacidad para tomar de decisiones.

Concluido el plan, las actividades del hospital deben retornar a la rutina. Sobre la base del análisis crítico de la respuesta del hospital al desastre será posible emitir recomendaciones tendientes a mejorar el plan para afrontar futuras situaciones.

Bibliografía

- 1 Marechal J. Place du plateau technique dans une démarche de planification sanitaire. *Technologie Santé* 1996; 26: 8-10.
- 2 Organización Panamericana de la Salud. El desarrollo de la evaluación de las tecnologías en salud en América Latina y Caribe. Washington, DC: OPS;1998.
- 3 Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas. Washington, DC: OPS; 1998. (Publicación científica No. 569.)
- 4 American College of Clinical Engineering., IFMBE-news (International federation for medical and biological engineering) 1997.
- 5 Leteurtre H. *Traité de gestion hospitalière*. París: Berger-Levrault; 1998.
- 6 González Silva CA. *Manual de mantenimiento de los servicios de salud: instalaciones y bienes de equipo*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud, Fundación WK Kellog; 1996.
- 7 Coulier JP. *Equipements biomédicaux. Guide méthodologique d'acquisition et de maintenance* París: Asociación de cooperación para el desarrollo de los servicios de salud;1993.
- 8 Calil SJ, Teixeira MS. Gerenciamento de manutenção de equipamentos hospitalares. *Saúde e cidadania* (São Paulo) 1998;11;108.

Capítulo 13

Los procesos de apoyo a la gestión clínica hospitalaria

En este capítulo se abordarán algunos aspectos sobre diversos servicios de apoyo a la gestión clínica del hospital. Estos servicios no son un elemento aislado y ajeno a la atención directa del paciente y, por lo tanto, constituyen uno de los elementos integrantes de la imagen, la funcionalidad y la calidad del hospital contemporáneo.

Los hospitales, como empresas sociales de gran complejidad e intensivo uso de recurso humano cada vez más cualificado, afrontan decisiones estratégicas de creciente dificultad en torno a la definición de sus áreas principales de producción. En este sentido, surge la necesidad de obtener productos intermedios con ganancias en eficiencia y calidad. Por ello, se deberá decidir dónde, cómo y con quién obtenerlos.

La externalización¹ de ciertas actividades puede ser un instrumento adecuado que, aunque actualmente se utiliza a menudo, debe analizarse con sumo cuidado en cada situación. Es conveniente estudiar todas las soluciones alternativas para cada caso particular, así como evaluar la posibilidad de implantar economías de escala al tomar este tipo de decisiones.

Por otra parte, surge la necesidad también estratégica de crear o reforzar unidades especializadas de apoyo en servicios poco ofrecidos con anterioridad, como la atención al usuario o *cliente* en el contexto de la *gestión de la atención al paciente*.

Generalidades

Los procesos en la organización hospitalaria

La organización hospitalaria, como empresa de servicios, es una organización funcional que presenta entre sus características el disponer de múltiples unidades funcionales compartimentalizadas, especializadas y complejas, que requieren personal altamente cualificado para desarrollar procesos sanitarios asistenciales o de apoyo. Su producto son las personas sobre las cuales se ha actuado, para aportarles el valor añadido de la asistencia o del cuidado sanitario, y puede objetivarse como egresos o consultas.

El proceso asistencial sanitario

En el área de producción clínica, el proceso asistencial sanitario principal es el egreso hospitalario, así como los procesos ambulatorios, que generan, como es deseable, una posterior derivación al dispositivo local o a la red de origen. Este producto final ha de estar sujeto a especificaciones establecidas y explicitadas previamente, que puedan ser evaluadas en cuanto a la calidad técnica, la calidad percibida y el uso de recursos.

En la filosofía de la gestión clínica, que busca introducir mayor participación y responsabilidad de los profesionales en la calidad de los procesos y en la utilización de los recursos, se necesita integrar la clínica tradicional a la administración. Esto exige capacitar en la materia a los líderes de los procesos asistenciales principales y ofrecer adecuados incentivos e información para la gestión. El líder o gestor clínico debe conocer y ser responsable del proceso completo y ser partícipe de los procesos intermedios de los cuales él es cliente. Los procesos intermedios de apoyo asistencial o no asistencial tienen como cliente al servicio o unidad responsable del producto principal del hospital. Asimismo, los costos erogados por los productos intermedios deben ser imputados a los centros de costos que producen los egresos o consultas según corresponda. Esto obliga a que el gestor tenga una visión sistémica de todos los procedimien-

¹ Tercerización es un neologismo que significa contratación a terceros; en el lenguaje de gestión también se conoce como externalización y, en inglés, *outsourcing*.

tos y de sus costos directos e indirectos, lo cual le permite participar en las decisiones pertinentes al funcionamiento de dichos procesos intermedios.^{1,2}

Desde la perspectiva de esa filosofía, las unidades de apoyo terapéutico o de apoyo no asistencial deben contemplar a las unidades clínicas finales como sus clientes. La información que las unidades clínicas requerirán, no sólo ha de incluir la relacionada con producción, costos y calidad, sino también, como se verá más adelante, la opinión de los usuarios, la gestión de quejas y reclamaciones, la recepción de sugerencias y la elaboración de encuestas de satisfacción, que constituyen parámetros importantes para los clínicos a la hora de gestionar los procesos más prevalecientes.

Dichos procesos asistenciales se conjugan con otros cuyos productos son intermedios y complementarios y de carácter sanitario y entre ellos cabe citar los de apoyo diagnóstico (exámenes de laboratorio, anatomía patológica y diagnóstico por imagen), apoyo terapéutico (quirófanos y anestesiología, banco de sangre, farmacia), intermedios no sanitarios (gestión de la atención de los pacientes), apoyo o soporte (mantenimiento, servicios generales u hostelería), y finalmente los administrativos (administración del personal, recaudación, finanzas, abastecimiento y bodega).

La génesis de un crecimiento disarmónico y de la brecha entre los procesos administrativos y los clínicos

En todos los países de la Región, los servicios de apoyo, especialmente los no asistenciales, se han caracterizado por facilitar y mantener la actividad clínica del hospital. Cuando el hospital fue básicamente caritativo, esos servicios funcionaban de la misma forma. Habitualmente, un grupo de personas, la mayoría de ellas voluntarios o religiosos, que colaboraban con los médicos y las enfermeras en muchas tareas, se encargaban de la ropa sucia, calentaban agua, proveían de leña a las estufas, cocinaban, ayudaban a alimentar a los enfermos y mantenían limpio el lugar. En otras palabras, realizaban muchas tareas necesarias, que muy poco tenían que ver con la curación de los pacientes.

Cuando el hospital adoptó un cariz más institucional, los servicios de apoyo también lo hicieron, las personas que realizaban esos quehaceres dejaron poco a poco de ser voluntarias para integrarse como trabajadores del hospital, si bien se consideraban a menudo de segunda clase, ya que en la cultura hospitalaria el poder y el reconocimiento social estaban centrados en el médico y en las acciones directamente relacionadas con el arte de curar. Los proveedores de materiales, por ejemplo, fueron el administrador y sus ayudantes, la limpieza quedó en manos de las afanadoras y la ropa limpia, en las de las lavanderas. En todos los hospitales irrumpió un grupo de personas de escasa preparación encargadas de labores de mayordomía y de un elevado número de tareas, como el suministro de agua y de energía eléctrica, y siempre estaba presto a ayudar en cualquier reparación que le solicitaran.

En la última mitad del siglo XX, la tecnología y el conocimiento médico se desarrollaron a gran velocidad. No sucedió lo mismo con los diversos procesos vinculados con los productos intermedios. De hecho, en las épocas con ciclos económicos negativos lo primero en afectar se han sido las áreas no asistenciales.

Junto al explosivo crecimiento de los hospitales, nuevas personas y funciones se incorporaron a la vida del hospital: el guardia de la entrada, el jardinero, las personas preocupadas por el mantenimiento del inmueble, las instalaciones y los equipos. El volumen de insumos necesarios para el trabajo de médicos, enfermeras y ahora técnicos fue creciendo espectacular-

mente y superando la capacidad del almacenista para manejarlos y controlarlos. El área administrativa creció más en número de funcionarios que en profesionalización y adquisición de adecuadas competencias. Ello generó procedimientos de operación y control acordes con un esquema tayloriano y produjo una creciente desarmonía en el nivel de preocupación por el desarrollo de este área con relación al ámbito asistencial, junto a una también creciente insuficiencia en la comunicación entre ambas áreas.

El desarrollo y la innovación médico-asistencial se encontraba en su máximo apogeo; sólo una cosa se había olvidado: el nivel de capacitación del trabajador de los servicios de apoyo, muy renuente al cambio, seguía siendo insuficiente y su autoestima se deterioraba. Al mismo tiempo, la falta de una visión compartida a largo plazo, la escasez de recursos y la necesidad de priorizar la asistencia fueron marcando, entre otras causas, grandes diferencias entre el trabajo clínico y el trabajo no clínico del hospital. Por una parte, el área asistencial cuestionaba por incompetencia cada vez más al área de apoyo sin comprender las causas subyacentes. Por otra, el área de apoyo estaba resentida por los *privilegios* del ámbito asistencial.

Todo ello genera en el hospital un ambiente de poco trabajo en equipo y pone en riesgo la excelencia y calidad de los servicios. Esta situación, común a la mayor parte de los hospitales de la Región y tan cuestionada por la calidad de sus servicios, especialmente en los ámbitos que no son técnicos o asistenciales, invita a reflexionar sobre la importancia del desarrollo armónico de los distintos procesos que intervienen en la generación de los productos finales. Razones de contención de costos y de mayor participación de los usuarios en las decisiones al tener más información y su exigencia de mejorar la calidad de los servicios (calidad, entre otras cosas, en un marco de creciente descentralización y de participación del mercado en la prestación de servicios de atención) presionan a la gerencia hospitalaria a buscar mejores opciones con los servicios de apoyo a la clínica, preocupación ésta que se traduce en la estrategia de unir todos los procesos integralmente bajo el concepto de gestión clínica.

La gestión de los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico

Las unidades de apoyo diagnósticas y terapéuticas están siendo sometidas a profundos análisis respecto al papel que deben desempeñar y a la forma como han de proceder para mejorar no sólo la calidad de los servicios, sino también su eficiencia y productividad.

Hasta hace unos años, la tendencia y aspiración de todo establecimiento hospitalario era contar con su propio banco de sangre; hoy se considera más apropiado participar de un banco de sangre centralizado de tipo regional y reservarse sólo las funciones de control transfusional. Esto no sólo responde al objetivo de reducir los costos de operación y mejorar el uso de los equipos, sino también a las crecientes dificultades para obtener donaciones de sangre, a que se requieren mayores márgenes de seguridad para usar los hemoderivados y a que la utilización de subderivados asciende y es preciso aumentar la eficiencia en el uso integral de la sangre. Para alcanzar dichos objetivos, cobra entonces gran importancia el establecer alianzas entre las instituciones de servicio, con la Cruz Roja y otros del ramo.

Por otra parte, cada establecimiento aspira a tener laboratorios especializados y algunas veces incluso los servicios clínicos quieren tener el suyo propio. Hoy, producto de la veloz innovación tecnológica, parece que merezca la pena ser propietario de los equipos ante las modalidades que permiten tener y renovar equipos en comodato frente a la compra de insumos. La nueva tecnología automatizada permite reducir la intensidad de la mano de obra y generar economías de escala por volúmenes de exploraciones. En ese contexto, se deberá estudiar

si resulta más conveniente reconvertir personal, librarse de pesados costos fijos y comprar servicios a laboratorios externos.

La tecnología del diagnóstico por imagen no sólo precisa de tecnología más sofisticada y de rápida obsolescencia, sino también de personal más cualificado, que en realidad es escaso. Además, la tecnología de la información está permitiendo, por ejemplo, que un radiólogo pueda ver e informar una imagen a miles de kilómetros de distancia. Por consiguiente, también es válido preguntarse si al hospital le conviene hacerse cargo de este área y si es mejor explorar formas de compra de servicios, entrega en arrendamiento, alianzas con terceros, fórmulas de coadministración, etc.

Los pabellones quirúrgicos suelen ser una de las áreas más críticas del hospital moderno. En ellos intervienen centenares de procesos, como la gestión de la atención de los pacientes con relación a la tabla quirúrgica y la gestión del recurso humano, la infraestructura, la tecnología o los insumos. Los flujos de personas e insumos deben ser programados y exactos. El error de un anestesista o de una caja estéril de material quirúrgico en el momento y lugar precisos podría provocar serios problemas y afectar el plan de trabajo de todo un día. El pabellón establece relaciones funcionales y formales con diversos equipos, personas y unidades, todos ellos vitales y concatenados con otras: pabellón y anestesiología, postoperados y cuidados intensivos, banco de sangre, laboratorios, esterilización, farmacia, etcétera. No es de extrañar que se estén explorando diversos instrumentos de la información para facilitar dichos procesos. Hay compañías privadas que se están especializando en administración de *paquetes quirúrgicos* que ofrecen la administración completa del pabellón. El cirujano del hospital sólo se deberá preocupar de lavarse y operar, el gerente del hospital, de pagar la factura mensual por el servicio, y la empresa externa tendrá a su cargo la ropa, los insumos, la esterilización, el mantenimiento de los equipos, el funcionamiento de los programas informáticos y también, por qué no, el café y las galletas.

Muchas de las preguntas que se formulan actualmente en el ámbito de los servicios de apoyo diagnóstico guardan relación con la forma de obtener mayor calidad a menor costo y con la decisión de si conviene tomar estas decisiones individualmente en virtud del mercado o es mejor asociarse con otros para compartir riesgos y obtener mayores ventajas. Este último punto se desarrollará más adelante. Por ahora, valga mencionar una máxima oportuna: no crea a la primera todo lo que le ofrezcan.

La gestión de los servicios de apoyo no asistenciales

El nuevo papel de los servicios de apoyo no asistenciales

Ante la posibilidad de que los servicios de apoyo interesen a los distintos actores para evaluar un hospital, la dirección debe obligar a replantearse la actual estrategia de organización, a fin de que los servicios hospitalarios participen en crear la imagen de calidad que los usuarios demandan. No se trata de configurar una competencia entre las funciones médicas y no médicas para captar consumidores; por el contrario, más que equilibrar las estructuras hospitalarias, éstas se han de integrar en colaboración para que reflejen un proceso armónico de mejora continua de la calidad.

En los últimos años, muchos hospitales han basado su gestión en metas cuantitativas, por lo que no sorprende que la mayor parte de ellos se hayan ido estructurando fundamentalmente con miras a la efectividad. Para lograr un servicio de calidad, será necesario superar

muchas barreras funcionales, lo que implicará a corto y mediano plazo replantear la distribución de los recursos en el hospital. No es fácil pensar en la calidad sólo en razón de la mera efectividad después de tantos años centrados en producir exploraciones, egresos, consultas y cirugía y sin tener una clara noción del uso adecuado de los recursos, del impacto sanitario y social de las acciones y de la percepción de la calidad por parte de los usuarios en cada uno de los procesos. Los hospitales cuya gestión se ha orientado exclusivamente a la efectividad, como es el caso de los hospitales públicos, o bien sólo se interesan por los logros financieros a corto plazo, como algunos hospitales privados, o afrontarán la difícil tarea de ser competitivos, ya que deberán reorientar sus procesos, más allá de la mera efectividad, en los ámbitos de la efectividad social referida a sus resultados (lo que también está siendo válido para los privados) y especialmente al aumento de la calidad percibida.³

Para lograr una verdadera gestión de calidad en el hospital se habrá de aceptar que los servicios de apoyo son un factor importante para que la actividad médica se realice adecuadamente. Como los servicios de apoyo también deben participar en la satisfacción de los clientes, su buen funcionamiento es fundamental para alcanzar la calidad deseada.

Hacia la satisfacción de los clientes internos

Los servicios de apoyo deberán, en primer lugar, reconocer a todos sus clientes en el hospital y fuera de él. Con ese fin tendrán que dirigir sus actividades a lograr que médicos, enfermeros, pacientes, familiares, acompañantes, proveedores de bienes y servicios, así como toda la comunidad relacionada con el hospital, queden satisfechos por la calidad de los servicios prestados.

Para asumir la responsabilidad de satisfacer adecuadamente a sus *clientes*, se deberán emprender acciones de reestructuración y profesionalización, trabajar paralela y coordinadamente con el área médica; así se podrá poner de manifiesto el verdadero potencial de calidad profesional que encierra el trabajo médico, se crearán las condiciones para que la estancia del enfermo sea lo más segura y agradable posible, a los familiares se les proporcionarán lugares adecuados, cómodos y comunicados para la espera, y con los proveedores se promoverán las relaciones de confianza a largo plazo, para que conozcan a fondo las necesidades del hospital y participen en la atención. A la comunidad, por último, se le garantizará un hospital accesible, que no contamine el ambiente y sea un ejemplo de gestión honrada de los recursos y con sentido social.

Es vital forjar, sobre la base de la confianza, relaciones que tiendan a establecer una alianza estratégica entre el hospital y los proveedores, en las cuales, por una parte, el proveedor asuma compartir la función social del hospital y, por otra, el proveedor perciba que la relación comercial se fortalece en la medida en que agrega valor a la entrega de un producto. Por ejemplo, en el contrato de entrega de un determinado insumo, el proveedor ofrece hacerse responsable del bodegaje y la distribución, contribuir al sistema de información de la farmacia o dar soporte financiero a la capacitación de enfermería o a una investigación de interés común para ambas instituciones. Existen muchos ejemplos de cómo los intereses del hospital y del proveedor pueden potenciarse sinérgicamente con una visión a largo plazo.

Del concepto del que guarda siempre tiene al de justo a tiempo

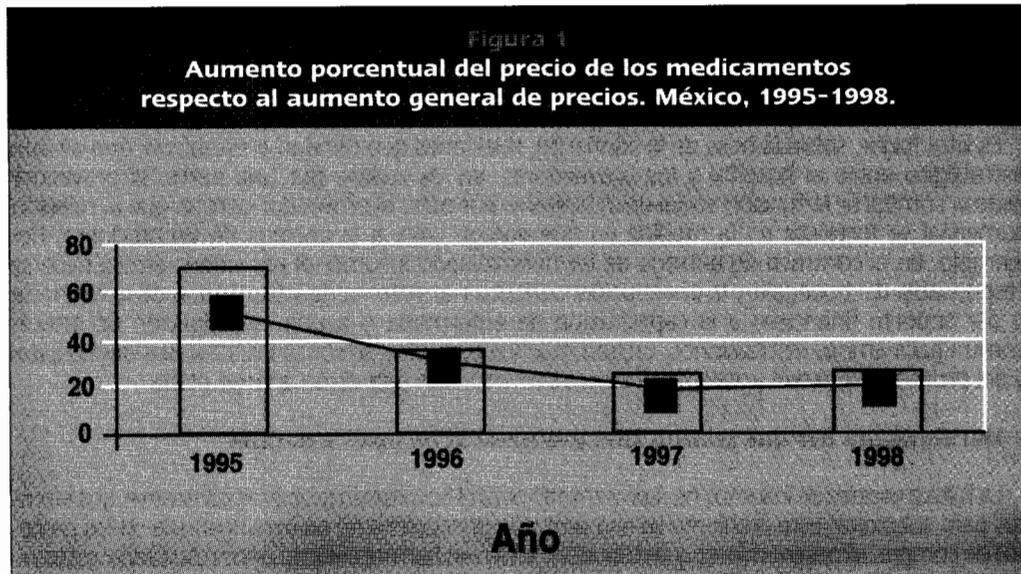
La falta o escasez de insumos ha representado para el hospital un problema constante. Los intentos para solucionar este problema se han centrado principalmente en la reingeniería de los procesos de compra, almacenamiento y distribución. Si bien se han obtenido buenos resultados, éstos no han sido los deseables. Asimismo, se han modificado con buenos resultados los modelos de planificación para identificar necesidades, determinar cantidades y tiempos de distribución. En muy pocas

ocasiones el problema se ha analizado de forma integral, considerando todos los factores externos e internos que intervienen en la cadena de abastecimiento; acaso por ello no ha sido posible encontrar una solución definitiva al problema del desabastecimiento. Del mismo modo que es clave forjar una relación de confianza con los proveedores del hospital, también lo es establecer la misma relación entre el almacén o la farmacia con los distintos servicios clínicos y unidades del hospital. Una cultura de desconfianza explica la tendencia culturalmente aceptada de generar *microbodegas* periféricas, donde muchas veces se empozan ineficientemente recursos de alto valor.

Al igual que la gestión de otras funciones del hospital, la actividad de compra está influida por factores externos —económicos, jurídicos y mercantiles— que constantemente cambian y demandan introducir ajustes en la gestión.

Los países de la Región han arrojado en los últimos treinta años profundas dificultades económicas; pocos son los países que pueden hablar de un crecimiento real sostenido del gasto en salud, como también son pocos los sistemas de salud que destinan mayores recursos per cápita a sus hospitales. La frase *hacer más, con menos* tuvo pleno significado en razón de la eficiencia, pero actualmente, en virtud de la calidad, se habrá de pensar que sólo se puede *hacer más, con lo que corresponde, con arreglo a estándares y a pruebas científicas*. Esta escasez de recursos se refleja claramente en las bodegas de los hospitales.

A modo de ejemplo valga citar que entre 1995 y 1998 el porcentaje de aumento del precio de los medicamentos en México fue mayor del 11% respecto al aumento general de precios. Los presupuestos de los hospitales públicos no ascendieron en la misma proporción, a pesar de que el 60% del gasto en insumos y servicios de los hospitales se utilizó en la compra de medicamentos. Durante esos mismos años, varios artículos periodísticos abordaron el tema criticando severamente la falta de medicamentos, sobre todo en las unidades médicas de la seguridad social. Por su parte, las evaluaciones de los servicios para la población no asegurada mostraron desabastecimientos mayores del 50% en el rubro de medicamentos. En los hospitales privados no se presentó esta situación, ya que este aumento se reflejó en el precio de facturación para los pacientes (figura 1).



Fuente: Secretaría de Comercio y Fomento Industrial de México, 1999.

Respecto al objetivo de lograr la continuidad en el abastecimiento, la gestión de compras también encuentra dos factores adversos que suelen ir a la par: la escasez de recursos y el aumento del costo. El modelo de planificación que se desarrolle deberá considerar la posibilidad de que se presenten uno o ambos factores. Ante tal eventualidad, se dispone de tres soluciones alternativas cuya elección depende de la persona que tome las decisiones en el hospital. Primera, usar fuentes alternativas de financiamiento, como fondos de previsión y contingencia, créditos o anticipos de presupuestos y transferencias. Segunda, sustituir insumos, lo cual exige elaborar protocolos de atención que incluyan productos sustitutos que, aunque no sean la opción de elección, pueden ser utilizados en casos de escasez. Tercera, reformular metas como alternativa final para garantizar la calidad.

Los procesos de globalización y de libre mercado exigen hacer un análisis en cada país. La dispersión poblacional, la concentración de los mercados en ciudades medias y grandes, las comunicaciones y la geografía, marcan grandes diferencias en la gestión de los suministros entre unidades hospitalarias urbanas y rurales. Este tipo de factores son una realidad en el panorama actual de América Latina y el Caribe, que demanda realizar un profundo análisis para establecer modelos eficientes de gestión de las compras. El tema de la dependencia de las importaciones es un tópico importante que debe estudiarse para conseguir trabajar con sistemas oportunos. Además, es preciso explorar formas de asociarse con otros hospitales para importar directamente y compartir sistemas de bodegaje y distribución, establecer alianzas con empresas que ofrezcan dichos servicios o conseguir que en el contrato con los proveedores de suministros importados se contemple la posibilidad de transferir el riesgo de mantener sistemas de almacenamiento adecuados y oportunos. También deben observarse los efectos de las variaciones del precio del dólar o del yen respecto a las monedas nacionales. Por ello, no es descabellada la propensión a establecer contratos a largo plazo que también tiendan a transferir, o al menos a compartir, dichos riesgos al proveedor.

En el hospital también existen factores que influyen en el proceso de compra. Entre ellos hay que destacar la persistencia de modelos obsoletos de planificación, la carencia de recursos tecnológicos (soporte informático), la desproporción entre los salarios y los incentivos que muchas veces reciben funcionarios que tienen la responsabilidad de negociar contratos millonarios o de cuidar insumos de alto costo, la mínima inversión en capacitación y, acaso el más importante, la gran diversidad de patrones de consumo derivada de una elevada e inadecuada variabilidad en la práctica clínica.

Sobre éste último punto, algunos hospitales han recurrido a la protocolización de su arsenal terapéutico y a la estandarización de sus procedimientos médicos. Ello ha permitido ordenar los calendarios de compra, reducir la diversidad de productos y la reserva en los almacenes, y ha desembocado en importantes disminuciones de los costos. La experiencia acumulada por algunos países en la elaboración de protocolos de atención (*guidelines*) para contener los costos hospitalarios es una alternativa que han de analizar los hospitales de la Región como instrumento que ayuda a planificar los suministros en los hospitales.⁴

Es importante no olvidar durante todo el ejercicio de planificación de suministros que ni éstos son requeridos en las mismas cantidades ni las fuentes de abastecimiento se mantienen constantes. La estimación de los suministros necesarios y las decisiones de los lugares de adquisición se han de revisar cuidadosamente para asegurarse de que los productos aún son necesarios y de que no se dispone de mejores fuentes o de formas más efectivas de abastecimiento.⁵

Para llegar a un buen entendimiento, el precio, el costo y el valor serán términos que deberán estar perfectamente definidos y acordados por todos los niveles de la gestión en el

momento de la planificación y la compra. El valor de los productos lo establece el hospital en virtud de las prioridades que haya definido para la prestación de los servicios. El costo reflejará la inversión realizada por el hospital, expresada en términos monetarios, para llevar a cabo cualquier actividad y el precio será la expresión monetaria que fije el vendedor para trasladar la propiedad del bien que está vendiendo. Para ejemplificar lo dicho pueden citarse los estudios realizados por la Secretaría de Salud de México en 1998 acerca de los insumos en hospitales generales. En ellos se observó que el 80% de las unidades de producto solicitadas para la operación del hospital en un año sólo representaron el 20% del costo total de los insumos, es decir, 8 de cada 10 artículos que salieron de los almacenes de los hospitales fueron cubiertos con el 20% del presupuesto destinado a la compra de insumos. Estos mismos estudios notificaron que la falta de productos baratos tenía serias repercusiones en la operación del hospital a pesar de su bajo costo, su precio estable y su escasez poco probable. Por el contrario, la escasez o falta del 20% de los productos restantes influía menos en la operación general del hospital, ya que repercutía en actividades específicas. El costo es significativo, su precio por lo general es variable y sus posibilidades de escasear son altas, toda vez que se trata de productos de importación sujetos a mercados menos conocidos (cuadro 1).

Cuadro 1
Patrón de consumo
y mercado.

Artículos	Consumo		Mercado	
	Especificidad	Costo	Riesgo de aumento del precio	Riesgo de escasez
80 % de artículos consumidos	baja	bajo	bajo	bajo
20 % de artículos consumidos	alta	alto	alto	alto

Sobre la base de ese estudio se propuso implantar un modelo de planificación de insumos, que para el 80% de los artículos despierta menor preocupación sobre posibles fuentes alternativas de financiamiento, menor ejercicios de sustitución, pero una mayor interacción con los proveedores. Por otro lado, se recomendó que para el 20% restante de productos se analizaran más a fondo las posibles alternativas de financiamiento y sustitución (cuadro 2).

Cuadro 2
Análisis de la planificación
de suministros.

Artículos	Fuentes alternativas de financiamiento	Alternativas de sustitución	Ajuste de metas ante la escasez y el precio alto
Para el 80% de los artículos	Pocas	Pocas	Alto
Para el 20% de los artículos	Varias	Varias	Bajo

¿Hacer o comprar?

Otro aspecto que debe considerarse es la forma como el mercado entrega al hospital los productos farmacéuticos. Muchas veces los medicamentos orales y endovenosos se entregan inadecuadamente para su óptimo uso intrahospitalario. Esto obliga a transferir al proveedor la responsabilidad de entregar oportunamente la dosis unitaria que va a recibir el paciente o a generar dicho proceso internamente. Una situación particular afecta a los hospitales pediátricos, ya que generalmente los productos son producidos para adultos. Así, en el hospital Luis Calvo Mackenna de Chile se estudió la pérdida económica derivada de optar por desechar la mayor parte de una ampolla, y se consideró rentable invertir en un proyecto de medio millón de dólares para la construcción, equipamiento y operación de una planta industrial de dosis uni-

tarias de medicamentos que cumpliera las normas internacionales de calidad. Esta planta no sólo produce microdosis endovenosas, sino también productos para alimentación parenteral para las necesidades internas, para la venta a terceros y para preparar quimioterápicos en condiciones de seguridad. Antes de la tomar la decisión de producirlos en el hospital, se propuso a empresas farmacéuticas que asumieran el proceso, pero esta propuesta fue rechazada porque el costo financiero para el hospital era mayor que el de crear su propia planta industrial.

Debates similares se producen en torno a dilemas tan simples como comprar torundas de algodón o prepararlas en el hospital o a decisiones tan complejas como subcontratar áreas como esterilización, laboratorios o todos los procesos no clínicos.

La externalización de servicios

En los últimos años se ha planteado que la externalización de servicios, mediante subcontratación u otras modalidades, puede aportar muchas ventajas a la gestión hospitalaria, puesto que pone al alcance los recursos necesarios para dar respuestas efectivas y oportunas a los problemas logísticos sin que las empresas adjudicatarias se conviertan en colaboradoras de la actualización e innovación del hospital. Disponer de servicios globales externos facilitaría a los órganos de dirección del hospital participar en decisiones estratégicas, encontrar soluciones a la falta de espacios, mejorar la imagen hospitalaria, facilitar la atención al paciente, e incluso abrir cauces a la financiación externa.

Lo tradicional en la pasada década ha sido subcontratar aisladamente diversos servicios de apoyo, empezando por la limpieza, la lavandería y la alimentación. También se ha propuesto subcontratarla esterilización e incluso todo el área de diagnóstico (laboratorios y diagnóstico por imagen). En lugar de licitaciones aisladas a diferentes proveedores, se ha ofrecido la alternativa de generar en el mercado la demanda de empresas que asuman integralmente todo lo que no es el *giro principal* del hospital, lo que se ha venido en llamar *subcontratación global*. Las claves del éxito de la subcontratación global de servicios generales y de apoyo hospitalarios se basan en la relación del hospital con la empresa proveedora de los servicios, que ha de caracterizarse por la confianza mutua, la transparencia de la información, el respeto de las capacidades mutuas, realizar compromisos de inversión y establecer un marco adecuado para compartir beneficios. Esta forma de gestión incluiría un valor añadido a la mera externalización de servicios por dos razones: la empresa proveedora funciona como un socio en la consecución del objetivo último (la atención al paciente) y porque la integración de distintos servicios externos en un único interlocutor hace que los costes se midan con más facilidad y dota de mayor capacidad para resolver problemas.

El objetivo consistiría en articular diversos elementos en el hospital que, si funcionan por separado, no son tan efectivos, y relacionarlos entre sí para agilizar y flexibilizar las tareas. Ello se consigue siempre que la empresa que se encargue de los servicios administre directamente el recurso humano que participe en ellas y se haga responsable de los procesos integralmente. Esto facilitaría que los directivos se dediquen por completo a diseñar las actividades asistenciales principales y a formar al personal sanitario. Las dimensiones y la complejidad del hospital son un buen parámetro para saber cuántos o qué servicios deben incluirse en la subcontratación, teniendo en cuenta que si se globalizan se contará con un único socio.

A semejanza de lo que había ocurrido antes en la industria —donde, por ejemplo, se pasó de una situación en la cual las firmas automovilísticas cambiaron, buscando una reducción de costos y un aumento de la calidad, de construir hasta el último tornillo necesario, a contratar con especialistas externos incluso la iluminación sistemas de frenado etc.—, en los hospitales

tareas como limpieza, lavandería, alimentación o mantenimiento, han ido pasando progresivamente a ser realizadas por empresas externas especializadas. Este cambio busca reducir el costo de funcionamiento de los hospitales y, por consiguiente, la posibilidad de dedicar los ahorros a mejorar la cantidad y la calidad de los procesos asistenciales principales.

Actualmente se propone considerar la externalización de servicios para procesos globales tales como todo el abastecimiento y el bodegaje. Lo que se pretende con ello es evitar procedimientos administrativos innecesarios, capital detenido en inventarios y pérdidas por vencimientos, bodegaje inadecuado, *robo hormiga* o pequeñas corrupciones en la licitación, compra, bodegaje y distribución de miles de artículos diversos, por medio de la licitación y la adjudicación a un único proveedor de la responsabilidad de manejar integralmente el proceso completo. El hospital dice qué necesita, cuándo y dónde y la empresa externa se encarga de todo. Esta alternativa ofrece las siguientes ventajas:

- Mejoras en la logística y en los ciclos de aprovisionamiento, al tratarse de un proveedor especializado en este tipo de servicio.
- Disminución importante para el personal del hospital de las tareas puramente administrativas, que puede entonces dedicarse más a fondo al control de la calidad de los productos y al control y racionalización del consumo.
- Reducciones importantes del coste de los artículos sobre la base de la mayor capacidad negociadora, aprovechando oportunidades del mercado por parte de una empresa de servicios y las ventajas de una mayor economía de escala en la relación con sus proveedores, y reduciendo el número de intermediarios en el proceso y su repercusión en el coste final del producto.

Estas ventajas, aún respetando el lógico margen de beneficio de la empresa de servicios, en conjunto pueden reducir los precios y, por ende, el dinero dedicado por el hospital a la provisión de suministros, entre los cuales se incluyen las compras de reactivos para laboratorios, productos farmacéuticos, material para pabellón, ropa, material estéril desechable, etcétera. Para que esto sea viable el hospital necesitará poder definir con precisión qué necesita, dónde y cuándo, será vital que cuente, primero, con una unidad especializada que defina, desde los requerimientos clínicos, aspectos tales como arsenal farmacológico, arsenal de insumos, reservas críticas, especificaciones técnicas, segundo, con capacidad para gestionar la información de los requisitos y los gastos por centro de costos, y, tercero, con el control de la calidad de los productos y procesos. Como parte de la propia negociación con la empresa proveedora de dichos servicios, se puede obtener la colaboración estratégica de la propia empresa externa a fin de que el hospital pueda desarrollar las competencias que pudieran ser deficientes en los ámbitos señalados.

Como forma básica de evaluación, se propone evaluar sobre la base de los costos de operación, según la información disponible, y con arreglo al siguiente criterio:

Producción en el hospital	Costo del servicio externalizado
Gasto en personal	Costo directo del servicio externalizado
Bienes y servicios de consumo	Estimación de los costos de contraparte técnica y de administración del convenio
Insumos	
Consumos básicos	
Otros	
Gastos indirectos de administración	
Total costos	Total costos

Produciendo o comprando en red

La descentralización y el camino del hospital hacia la autonomía de gestión harán que en el futuro aumente para el hospital la responsabilidad de tomar decisiones en el área logística. Esta responsabilidad no sólo implica el cumplimiento de las leyes aplicables, sino también atender la pérdida de beneficios potenciales de economías de escala tales como las compras centrales. Las ventajas y desventajas del centralismo estarán en la balanza que se inclinará en uno u otro sentido de acuerdo con el interés que cada hospital le conceda a la actividad de compra. Sin embargo, la consolidación de las compras y la experiencia no tienen forzosamente que producirse en el marco de una gestión centralizada; los productos que requiere el hospital son en muchas ocasiones similares a los que utilizan otras industrias, empresas e instituciones locales.

La idea de asociarse para producir o comprar debe ser estudiada en busca de beneficios para el hospital. Esta idea desarrollada para funcionar en redes puede tener buenos resultados, siempre y cuando exista una planificación adecuada y reglas muy bien definidas por las instituciones participantes. Productos tales como combustibles, alimentos, papelería y refacciones comunes, pueden adquirirse en programas conjuntos con otras empresas; la compra de medicamentos y materiales médicos requerirán la conformación de grupos afines. Lo que se debe buscar son las ventajas de las economías de escala al comprar en *holding* o en red. A este respecto es interesante analizar las transformaciones que se han ido produciendo en la Central de Abastecimiento de Chile. Esta central, inicialmente era un gran complejo de compra centralizada para todo el sistema público hospitalario chileno. Al mismo tiempo, servía de bodega central, ya que un hospital hacía un pedido anual, pero los despachos eran mensuales (la Central tenía su propio sistema de distribución a nivel nacional), y también en la práctica concedía créditos, ya que era costumbre que los hospitales siguieran recibiendo sus pedidos aunque adeudaran a la Central, pues ésta no aplicaba multas ni exigía intereses. Dicho organismo no tardó en transformarse en un gigante burocrático y a perder las ventajas competitivas de su elevado poder de compra. De este modo, muchos hospitales grandes descubrieron que podían comprar directamente a proveedores a precios más ventajosos que los de la Central. Dicho organismo se quedó sólo prestando utilidad a pequeños hospitales sin capacidad propia de negociación o a hospitales con mala capacidad de gestión, que por sus grandes deudas no merecían la confianza de los proveedores y sólo podían acceder a la Central de Abastecimiento para mantener sus suministros. En los últimos años, la Central ha sufrido interesantes cambios: se ha convertido en una suerte de empresa pública autónoma que, además de suministrar a hospitales que tienen competencias para mantener una política propia de compras, se ha convertido en una especie de intermediario o de *bolsa electrónica* de compras, lo que permite agrupar o asociar a establecimientos para distintas compras con gran flexibilidad. Así, cada hospital puede escoger libremente esta modalidad y optar por ella según sus propias conveniencias, lo cual genera potentes efectos de economías de escala sin los inconvenientes de burocracias centrales y con una transparencia que evita el riesgo de corrupción.

Antes de contratar externamente, deben evaluarse las ventajas y desventajas de las distintas alternativas. En ese proceso es conveniente:

- Evaluar las ganancias financieras o en calidad que se obtendrían al externalizar, subcontratar o comprar a terceros, las eventuales ganancias en recursos humanos potencialmente reconvertibles, y qué potencial de reingeniería de procesos se ofrece.
- Evaluar la posibilidad y conveniencia de crear empresas o microempresas que, utilizando los recursos disponibles, puedan operar como filial o centro de gestión autónomo que ofrezca al hospital ventajas comparativas con relación a otras empresas del mercado. La búsqueda de

iniciativas de este tipo o similares tiende a abrir el mercado y hacerlo más competitivo. Evaluar la posibilidad de generar dichas unidades junto con otros establecimientos, para aprovechar de este modo recursos humanos y tecnológicos ya existentes. Con todo, el conjunto de establecimientos o una red pueden evaluar la posibilidad de disponer de una unidad común de mantenimiento, de esterilización o un laboratorio común. Estas unidades no sólo pueden proveer servicios a la red o a quienes se hayan asociado para constituirlos, sino que también pueden abrirse al mercado para utilizar toda su capacidad, mejorar sus condiciones de inversión y contribuir a ofrecer mejores condiciones de precio y calidad a quienes las han constituido.

- Evaluar, cuando se estime pertinente, que un tercero provea un servicio o participe en parte de un proceso o negociarlo con la red, con otro establecimiento o grupo, de tal manera que se ofrezca un volumen de negocio más atractivo para el mercado que permita ocupar una posición de negociación más ventajosa.
- Evaluar e implantar los *requisitos de contraparte* necesarios para controlar y evaluar permanentemente la funcionalidad, conveniencia y los resultados de los sistemas, convenios o contratos que se hayan establecido. Se debe disponer de una unidad formal que funcione como homólogo de la empresa contratada y tenga suficiente y adecuada capacitación y experiencia en la materia del contrato, capacidad de control, evaluación y la posibilidad de emitir recomendaciones.

La gestión del proceso de compra y abastecimiento

Una vez establecido un modelo dinámico de planificación de las necesidades, la gestión de las compras debe realizarse en conformidad con las leyes de cada país o las reglas particulares que establezcan los hospitales. Este marco legal debe considerar equitativamente, para ser de utilidad, la regulación de todo el proceso (planificación, ejecución y control), equilibrar los derechos y obligaciones del comprador y del vendedor, lograr que todo momento del proceso de la compra sea transparente y propiciar la igualdad de oportunidades a todos los proveedores que deseen participar. El marco normativo también debe considerar procedimientos específicos y simples acordes con una gestión ágil, que esté de acuerdo con el tipo de bien o servicio de que se trate y con la magnitud de las compras.

Para que una compra termine bien debe empezar bien. Para los proveedores es importante conocer en detalle las características de los bienes que se desean y cómo se propone llevar a cabo la operación de compra. A continuación, se mencionan algunas de esas características:

- Quién está convocando o invitando a realizar la operación, su objetivo y la razón social, qué papel desempeñan los insumos en los planes del hospital, cómo y cuándo se utilizan y cómo llegan al paciente.
- Qué bienes o servicios se pretende adquirir, cantidades, características detalladas de los productos, indicación de los sistemas empleados para identificarlos, información específica que se requiera respecto al mantenimiento, asistencia técnica y capacitación, relación de refacciones que deberán considerarse, aplicación de normas internacionales sobre el producto, dibujos, cantidades, muestras, y pruebas que se realizarán, así como el método para ejecutarlas.
- Los lugares, fechas y horarios en que los interesados podrán obtener mayor información o pedir aclaraciones. Información que deben presentar y los anexos técnicos y folletos que deberán incluir, el idioma en que lo deberán presentar, unidad monetaria en que habrán de presentar su oferta, flexibilidad en la presentación de propuestas, cómo se evaluarán las ofertas, modelo de contratación y condiciones, y el plazo para la presentación de propuestas.

- Lugar, plazo y condiciones de la entrega, embalajes, transporte, cantidades.
- Condiciones de pago, señalando el momento en que se haga exigible.
- Datos sobre todo tipo de garantías.
- Sanciones por la cancelación del contrato por cualquiera de las partes, por atraso en la entrega de los bienes o en la prestación de los servicios.⁶

Si bien el comprador analizará en conjunto las condiciones que le proponen sus proveedores, es conveniente que se detenga un poco más en algunas de ellas:

El precio. Es un elemento importante en la selección del proveedor; sin embargo, sólo deberá ser factor un decisivo cuando se presenten dos propuestas exactamente iguales.

La calidad. Estará determinada previamente y se basará en características objetivas, por ejemplo, el grado de aleación del acero del instrumental quirúrgico y la resistencia de la ropa quirúrgica a las sustancias de lavado, todas aquellas características y pruebas de los materiales que determinen las áreas técnicas y de ingeniería, así como las normas disponibles para los productos.

La cantidad y oportunidad. Los proveedores deberán entender la importancia que reviste la continuidad de los servicios; por ello, es indispensable que la entrega se realice en la cantidad y en los plazos estipulados en la orden de compra.

El pago. El cumplimiento de las condiciones de pago por parte del proveedor tiene como contrapartida la obligación del comprador de cumplir con esta obligación primordial en la forma que se haya pactado.

La garantía. Es el instrumento de protección que protege contra algún riesgo. Sus condiciones se solicitan de antemano y el proveedor está obligado a cumplirlas en los términos que le fueron solicitadas.

Los servicios posteriores. Estos deben ser acordados previamente y se debe garantizar que el proveedor cumpla con ellos. Por lo general, se refieren a garantizar la disponibilidad de refacciones suficientes, capacitación y servicio de mantenimiento.⁷

Tradicionalmente, las relaciones entre compradores y vendedores no han sido bien vistas, han despertado suspicacias y recibido distintas interpretaciones. No obstante, la profesionalidad basada en la honestidad exige este acercamiento. Aquí reviste gran interés la figura de comisión de compras, que contempla que los expertos de cada ramo con el encargado de la unidad respectiva definan lo que se debe o no comprar y tomen la última decisión analizando las ofertas y eligiendo la mejor opción. Dicha figura puede asimismo eliminar cualquier posibilidad de corrupción. Ejemplos de estas comisiones se encuentran en hospitales y en empresas de agua y saneamiento de diferentes países del mundo. Una de ellas, AYA de Costa Rica, tiene una comisión con mucha experiencia que controla adecuadamente las listas de proveedores y la normalización.

No debe olvidarse que el proveedor de insumos es otro cliente ni que el entendimiento y la comunicación son fundamentales para que las operaciones de compra se realicen de la mejor manera posible. El hecho de que tanto el vendedor como el comprador dispongan de la mejor información de ambos aumenta la integración de los procesos que desarrollan cada uno de ellos. Asimismo, las soluciones de las dificultades que pudiesen surgir durante el proceso son más fáciles cuando hay entendimiento entre las partes. El buen comprador será aquel que venda a los proveedores un hospital solvente y transparente, y el buen vendedor, el que adquiera el compromiso de formar parte de la función social del hospital y de los beneficios que éste brinda a la comunidad.

El almacén es el punto intermedio del proceso de suministros. Tradicionalmente se conoce como el lugar donde se guardan los bienes o los insumos antes de distribuirlos a los servicios. Es posible que bajo este único concepto no se entienda la función de un almacén en su totalidad y sus implicaciones en la calidad, la información y la contabilidad del hospital. Lamentablemente, buena parte de los almacenes de los hospitales de América Latina y el Caribe operan básicamente como bodegas, físicamente sus condiciones no son las más adecuadas y su funcionamiento se basa en modelos de gestión rudimentarios. El personal a quien se le ha asignado esta tarea sólo cuenta con una preparación básica, su conocimiento en la gestión de almacenes es mínimo y su experiencia escasa. Su tarea dentro del almacén se limita a recibir los bienes adquiridos, clasificarlos, acomodarlos, registrar su ingreso y atender solicitudes y registrarlas. Esta forma de gestionar los almacenes ha puesto en tela de juicio su importancia; hay quien opina que el suministro a los servicios puede ser llevado a cabo sin ellos. Con la forma actual de trabajar no es extraña la propuesta de eliminar al almacén como parte del proceso; sin embargo, antes de tomar alguna decisión al respecto, se deberán tener en cuenta otros factores.

Uno de los aspectos más importantes que han de analizarse respecto a esa decisión es que el mercado de insumos hospitalarios es un factor externo muy cambiante e influyente y que, como en muchos otros mercados, los cambios que se pudieran presentar exigen cierto tiempo para ser asimilados, a pesar de que durante este lapso el suministro de insumos al hospital podría ponerse en peligro y con ello la continuidad del servicio. A consecuencia de su medio ambiente particular, los hospitales de la Región están en condiciones poco favorables para llevar a cabo una acción de este tipo, ya que los mercados de insumos hospitalarios han demostrado ser aún muy inestables por su alta dependencia de las importaciones. Quizás en otro ambiente, en una época con menos riesgos y de después de haber establecido relaciones de creciente confianza y alianzas estratégicas, se pueda analizar la alternativa de reducir el proceso de suministro. A corto y mediano plazo para la empresa hospitalaria de América Latina y el Caribe es más atractivo explotar las mayores oportunidades de la gestión del almacén.

En la actualidad, se ha desarrollado a bajo costo tecnología simple que promete ofrecer condiciones más ágiles y oportunas para acometer actividades del almacén, gestionar sistemas de registro automatizados (lectores ópticos y códigos de barras) y disponer de mobiliario más funcional. El desarrollo más interesante es el que presentan las diversas opciones de programas informáticos. Las posibilidades que ofrecen estos sistemas de información permitirían conocer oportunamente, y entre otros, las entradas de productos por compra, los proveedores y el producto, cambios en el mercado y en el consumo, tendencias de precios, empaquetados, presentaciones, control de caducidad de productos y sus cambios, las existencias en todo momento, su potencial en la producción de servicios, salidas por servicio, persona o actividad, costo de inventario, costo por producto y costo por servicio. Aplicaciones más desarrolladas permiten enlazar el sistema con distintas funciones del hospital, como contabilidad y facturación, compras, control de costos e informes de gestión. En la medida en que el almacén se vaya transformando en un sistema de información, no solamente será útil para gestionar los suministros, sino también para acometer otras actividades como la estandarización y selección de procedimientos médicos basados en el costo y la evaluación de los cambios de la productividad basados en consumos.

Otra de las funciones del almacén es el control de calidad de los insumos. La comunicación efectiva con el área de compras y los usuarios permite que en el almacén se verifique que las características seleccionadas de los productos que ingresan coincidan con las consideradas en la planificación. Para ello, se utilizan métodos simples como la inspección visual de los bienes, se verifica la caducidad, se pesan los productos, se ponen en cuarentena, se comparan muestras o se realizan consulta y evaluaciones con expertos y usuarios.

Los procesos relacionados con la gestión de los suministros serían inútiles si éstos no garantizaran la oportunidad y la calidad de los insumos en el mismo lugar donde se necesitan; la posibilidad de lograrlo surgirá en la medida en que la gestión del almacén asuma esquemas de disponibilidad más dinámicos.

Los tradicionales métodos de máximos y mínimos son muy útiles para productos relativamente normalizados cuyos precios no fluctúan mucho, para aquellos que se utilizan en cantidades bastante regulares, cuyo establecimiento depende de la velocidad de consumo, que son importantes en la atención médica, para los cuales se dispone de sustitutos y en los que el tiempo requerido para pedir y recibir los insumos no es excesivo. Los productos que presentan mayores variaciones en el mercado requieren niveles de existencias mayores, y para ellos se recomienda hacer compras periódicas fijas basadas en consumos probables mayores a un año que no tomen muy en cuenta las existencias en el momento de realizarlas.

Una práctica interesante que se ha puesto en marcha con el desarrollo de las comunicaciones es el enlace de sistemas de almacén entre los grupos hospitalarios y otros servicios de atención médica en las comunidades. Este enlace conforma redes de información sobre la disponibilidad de recursos entre las unidades y fomenta el intercambio de productos sobre la base de su precio de compra.

Los hospitales y las clínicas de una zona o red pueden establecer acuerdos sobre la disponibilidad de ciertos productos, lo que les permite reducir sus márgenes de seguridad y sus pérdidas por caducidad cuando cuantifican sus existencias. A modo de ejemplo valga citar los antidotos o sueros contra las picaduras de serpientes o alacranes que están disponibles en cantidades mínimas en los establecimientos. Cuando se precisa de mayor volumen, se cuenta con una unidad preestablecida que dispone de mayores cantidades y suministra a la unidad que lo requiere. Así también sucede en los centros toxicológicos de tipo regional, que no sólo ofrecen información las 24 horas del día, sino medicamentos que, aunque se utilicen poco, son caros. Con todo ello se garantiza su disponibilidad.

De una relación de comando y control a una de confianza y descentralización

Para colocar el producto que requiere el médico, la enfermera y los técnicos de los laboratorios y gabinetes auxiliares en el punto exacto donde se va a utilizar se necesita una organización que se ajuste al funcionamiento del hospital. La distribución de insumos no puede llevarse a cabo ni durante ni después de iniciada la actividad, pues el producto ya debe estar disponible donde y cuando se necesita. Los deseos de cualquier directivo de que los insumos se utilicen debidamente, los han llevado a instrumentalizar esquemas de distribución racionados y a menudo a secuestrar los insumos en gabinetes bajo llave y a exigir para su uso un sinnúmero de autorizaciones. Estos modelos generan descontento y apatía en el personal del hospital. Los modelos de gestión del suministro deberán en el futuro dirigirse más a las pérdidas que se producen cuando el producto, aún estando en el hospital, no pueda ser utilizado en el paciente, que a la pérdida. Se debe entender que los servicios deben transferir la responsabilidad del control a las propias unidades clínicas. Esto último sólo es posible lograrlo mediante un modelo de descentralización interna según el cual cada servicio clínico se constituya como centro de responsabilidad.

La gestión del equipamiento

Con relación al equipamiento hospitalario se han de considerar varios aspectos: la decisión de renovar o introducir nuevos equipos o tecnologías y la de implantar una política de mantenimiento de los equipos hospitalarios. Estos aspectos se analizaron en el capítulo anterior.

Nuevo enfoque para la gestión de riesgos en los hospitales

Los riesgos en los hospitales aumentarán en el futuro y lo harán tanto para las personas que trabajan en ellos (riesgos tan diversos como exposición a sustancias deletéreas, contagios, aumento demandas legales), como para las que reciben atención (infecciones cruzadas, efectos indeseados o colaterales de los mismos procesos asistenciales, como producto de la inmovilidad frente a incendios o catástrofes) y los bienes intangibles (que son los que aportan valor añadido al centro, como la información, historias clínicas, el conocimiento científico, la creatividad de los profesionales sanitarios, la imagen de la institución o el prestigio ante la población).

La gestión de riesgos, por tanto, es un complemento de la gestión general y su objetivo consiste en disminuir el daño o la pérdida que se pueda causar a las personas, a la infraestructura, a la tecnología o a intangibles como consecuencia de comportamientos ineficientes, incorrectos, no éticos e incluso fraudulentos. Este nuevo enfoque complementa al tradicional y hace hincapié solamente en riesgos físicos tales como la prevención de incendios y de heridas punzantes y las decisiones que tomar el gerente durante las numerosas circunstancias que afronta en su gestión.

Un nuevo concepto de seguridad

Con mucha asiduidad la seguridad del hospital se ha asociado únicamente con la vigilancia de los accesos al hospital para evitar la entrada de personas ajenas al trabajo hospitalario e impedir la sustracción de recursos. Sin embargo, el hospital presenta aspectos de seguridad muy especiales y en algunos casos singulares en comparación con otro tipo de organizaciones.

Los riesgos potenciales inherentes a la función del hospital están presentes permanentemente y afectan a los pacientes, al personal y a los visitantes. Durante el tiempo que permanecen en el hospital, los trabajadores están expuestos constantemente al contraer enfermedades y a padecer lesiones al operar equipos y daños diversos por contacto con compuestos químicos. El paciente tampoco está exento de esos mismos riesgos y también puede sufrir un accidente con un equipo, instrumento o sustancia. No debe olvidarse que el estado de conciencia y alerta de muchos enfermos no siempre es óptimo.

Existen dos aspectos que se deberán tomar muy en cuenta sobre la seguridad del paciente. El primero de ellos es el relativo a la confidencialidad a la cual tiene derecho; la información sobre su estado de salud no puede ser divulgada salvo con su expresa autorización o bajo los requerimientos expresamente autorizados por la normativa de cada país en la materia. El segundo atañe a la seguridad de sus pertenencias. Si bien se hace referencia a efectos y valores personales, también se incluye la seguridad de recién nacidos y menores a cargo del hospital. Las personas que acuden al hospital, ya sea acompañando a un paciente, para visitarlo o para realizar cualquier trámite o negociación, se exponen a riesgos, por lo que la seguridad también los debe considerar.

El tipo y la naturaleza de los riesgos varían. Vigilancia no es sinónimo de seguridad, y saberlo

es importante cuando se diseñe la organización del hospital y cuando se contraten los servicios externos que en el mercado se hacen llamar de seguridad. La responsabilidad de la función de seguridad estructuralmente no puede recaer en una única área; por ello, se recomienda elaborar un programa de seguridad y constituir una comisión de seguridad que supervise la aplicación y el funcionamiento de las medidas encaminadas a reducir riesgos.

Prevención y protección de personas y bienes

El programa de seguridad deberá fundamentarse básicamente en tres ideas: 1) evitar que se lesionen el personal, los pacientes y los visitantes, como un compromiso humano de todos hacia todos, 2) cumplir y asegurar que se cumplan las normas internas y externas establecidas por la autoridad, y 3) entender que, a pesar todas las medidas preventivas que se tomen, el accidente puede producirse, y ello no debe desmotivar al personal.

Un programa de seguridad consta de los siguientes elementos principales: la identificación de peligros y riesgos, su prevención (una política para hacer frente a los riesgos hospitalarios ampliamente difundida), y la participación del personal. El elemento relativo a la identificación es muy diverso, dado que cada servicio tiene características singulares que generan riesgos específicos; sin embargo, es conveniente estar alerta y siempre abierto a la nueva información que se presenta para actuar antes de que se produzca un incidente. Una parte fundamental de la identificación de riesgos desconocidos es el análisis de incidentes. Cuando alguno ocurre, lo menos que se puede hacer es identificar sus causas y evitar que situaciones iguales o parecidas puedan volver a presentarse.

La prevención de peligros y riesgos supone actuar en todos los niveles de la organización, desde la aplicación de políticas generales, al desarrollo de procedimientos particulares y la implantación de medidas para proteger incluso a un solo individuo. En la prevención de riesgos es esencial conseguir la más amplia participación del personal. En ese sentido han sido útiles las experiencias de generar comités paritarios —integrados por el personal y la gerencia— sobre riesgos y accidentes laborales (en Chile son legalmente obligatorios), y la constitución de comités de emergencia hospitalarios integrados por representantes del personal y de las unidades más directamente relacionadas que cuentan con atribuciones y competencias en el ámbito de la capacitación, formación de brigadas, preparación de simulacros, confección y actualización de manuales de procedimiento ante emergencias, etc.

La prevención se puede dividir en dos partes principales: primero, la eliminación o el control directo del peligro y, segundo, la supervisión y educación del trabajador, paciente o visitante. El aspecto referente a la eliminación o el control consiste en plantear acciones potencialmente útiles, como es el caso de la inspección y el mantenimiento preventivo, recomendaciones en el reemplazo o cambios en los tipos de equipo y en los procedimientos, y la adición de instrumentos de protección y seguridad. Sin embargo, muchos de los peligros lamentablemente no están sujetos a acciones o a correcciones y es ahí donde el entrenamiento y la supervisión adecuados, acompañados de una buena motivación, son fundamentales para lograr buenas prácticas que pueden proporcionar seguridad al empleado, al paciente y al visitante.

La puesta en marcha de un programa de seguridad se inicia con su diseño. Todas las normas de seguridad deben ser respetadas, supervisadas y verificadas. Los accesos, comunicaciones y circulaciones de las distintas áreas del hospital, deben quedar restringidos, las instalaciones eléctricas, hidráulicas y sanitarias han de diseñarse de acuerdo con el equipamiento y la función de cada área, y los sistemas contra incendios y salidas de emergencia deben ser accesibles y suficientes. El programa de seguridad de un hospital debe contemplar la colocación de todas las

señales e indicaciones necesarias (rutas de evacuación, instrucciones en caso de siniestros naturales, instrucciones especiales para el manejo de equipos etc.), los lugares generales deben mantenerse bien iluminados y libres de cualquier objeto que interfiera la circulación segura, y también deben mantenerse en buen estado las marcas y señales de cruces de peatones y la ruta de ambulancias en el exterior. Los accesos tienen que estar adecuadamente señalizados, los paneles de vidrio transparente deben marcarse con calcomanías u otros medios para evitar que por equivocación sean tomados por entradas. Los pasamanos de escaleras y corredores han de mantenerse en buenas condiciones, firmemente fijos y libres de protuberancias agudas.

Estos son sólo algunos ejemplos de los aspectos que deben tenerse presentes. En este campo, la capacitación y las sesiones de información son fundamentales, sobre todo para los trabajadores nuevos, y han de formar parte de las acciones de introducción al puesto de trabajo, en las cuales se deben abordar temas tales como seguridad eléctrica y mecánica, protección contra radiaciones, manejo de desechos y control de la infección, así como aspectos más concretos sobre el manejo de equipos especiales y materiales arriesgados. El paciente debe en todo momento ser vigilado en sus desplazamientos por los servicios, ir siempre acompañado por un trabajador del hospital y, de ser posible, en una silla de ruedas o en una camilla. Los visitantes tienen que ser informados sobre el comportamiento que deben guardar durante su estancia en el hospital, conocer las áreas y los horarios a los que tienen acceso y la forma de llegar a ellos. Por último, la comunidad donde se encuentra ubicado el hospital debe recibir información sobre las acciones que se realizan en él para proteger el medio ambiente, como el tratamiento del agua antes de su descarga al exterior, el manejo escrupuloso de la basura y los desechos de todo tipo, el control y aislamiento del ruido, el manejo especial de sustancias peligrosas y la seguridad radiológica. Algunos miembros de la comunidad cercana al hospital deben participar y formar parte de sus comisiones de seguridad.

Prevención del riesgo de infecciones nosocomiales

El hospital, por sus actividades, es un lugar poco higiénico y muy vulnerable a la contaminación. Las infecciones intrahospitalarias constituyen una seria amenaza para la salud de los pacientes y los trabajadores. Estas infecciones, por lo general oportunistas, afectan a los enfermos en situación crítica o inmunodeprimidos. El interés por la seguridad de los pacientes y trabajadores sobre las infecciones nosocomiales no siempre ocupa el lugar que merece. La creación de comisiones de seguridad e higiene y de prevención de infecciones intrahospitalarias a menudo finaliza con su creación y no se llevan a cabo tareas como reuniones permanentes, emisión de recomendaciones, su instrumentación y aplicación o la vigilancia y la evaluación.

A este respecto, la población cada día cobra más conciencia de que este tipo de problemas pueden presentarse en el hospital y de que los tratamientos y gastos podrían no estar relacionados con la enfermedad que causó el ingreso de un paciente. No sería de extrañar que en el futuro aumentaran las demandas por este motivo.

Cualquier medida de seguridad para evitar la presencia de una infección cruzada no está de más. Los microorganismos responsables y los medios de transmisión son muy variados y por ello los procedimientos también deben serlo. La prevención está enfocada a los siguientes aspectos: 1) fomentar en la cultura de los trabajadores hospitalarios la preocupación por dicho riesgo; 2) elaborar y aplicar normas adecuadas e internalizadas en cada unidad clínica sobre manejo de procedimientos clínicos y de los desechos; 3) utilizar correctamente los equipos de protección; 4) supervisar y evaluar la higiene hospitalaria y el cumplimiento de los procedimientos recomendados y de las normas y estándares en ámbitos tales como aseo de superficies y equipos, esterilización de materiales, etc., y 5) implantar políticas de capacitación, manejo de la información e incentivos en este área.

Todos estos aspectos deben tenerse presentes constantemente a fin de crear una clara conciencia de esos riesgos y de sus consecuencias. Además, hay que tener en cuenta que el simple lavado de las manos es algunas veces lo que se olvida más fácilmente, a pesar de ser uno de los métodos más adecuados para disminuir el riesgo de infecciones intrahospitalarias.

Todos los dispositivos de seguridad que se adopten por prevenirlas se deben controlar y evaluar. La información sobre indicadores en cada unidad del hospital ha de comunicarse regularmente y servir de base para emprender acciones correctivas. La observación del cumplimiento de normas también tiene que efectuarse periódicamente, retroalimentando al servicio o a las personas acerca de los fallos que se observen en su cumplimiento. El muestreo regular de las distintas áreas con pruebas de laboratorio bacteriológicas es, hasta la fecha, la mejor opción a pesar de que se han cuestionado su interpretación y su costo.

La comprobación de la pureza del aire puede llevarse a cabo en conductos y filtros, sobre todo en aquellos que conectan con las áreas de terapia y quirófano. La calidad del agua puede verificarse en depósitos, grifos comunes, bebederos y otros puntos del sistema de suministro. Estas acciones deben complementarse con la revisión del funcionamiento de autoclaves, campanas en laboratorios y filtros, encuestas sobre el conocimiento de los procedimientos, supervisiones sobre el uso de prendas e instrumentos de protección y el cumplimiento de recomendaciones y normas.

La prevención de incendios

El incendio es otro problema grave de seguridad al que están expuestos prácticamente todos los inmuebles. La gravedad de sus consecuencias estriba en el número de personas que se podrían encontrar en un inmueble al iniciarse; empero, en el hospital su gravedad aumenta por la incapacidad de muchos pacientes de actuar por sí solos. En la Región, los accidentes se producen con mayor frecuencia por defectos en las instalaciones eléctricas, mal manejo de sustancias combustibles y defectos en equipos.

Los programas de mantenimiento preventivo e inspección de instalaciones eléctricas y el acatamiento de las medidas correctas de almacenamiento de sustancias serían suficientes si se implantaran y produjeran adecuadamente, lo cual indica que el origen de un incendio tiene un componente importante de negligencia y descuido. El manejo de este aspecto de seguridad estriba principalmente en dos acciones: la primera es acatar las medidas de prevención y la segunda, limitar el daño cuando el incendio se produce. La prevención y la limitación del daño se inician con el diseño y la construcción del edificio, que deben incluir instalaciones de irrigadores, extintores de fuego de distintos tipos y el uso de materiales reglamentarios en la construcción. Para limitar el daño se diseñan vías de salida de emergencia adecuadas al número y las características de las personas de cada servicio del hospital y se instala el sistema de alarma.

Los hospitales antiguos que no cuentan con medidas específicas contra incendio deberán instrumentar medidas que reduzcan el riesgo. Una vez en funcionamiento, todas estas instalaciones contra incendios serán sujetas a un programa de mantenimiento y a controles constantes. Las vías de salida, aunque parezca obvio, se deben revisar periódicamente para que se encuentren libres de obstáculos, ya que no es infrecuente que, cuando se realiza una ampliación o remodelación de una unidad o dependencia, se olvide que las vías de escape se deben mantener libres. Por mucho que pueda extrañar, los planos de dichas remodelaciones o ampliaciones no son elaborados por personal experto, ni sus ejecuciones supervisadas por personas competentes.

Como ya se señaló, un programa de mantenimiento preventivo bien planeado y ejecutado no sólo garantiza la segura y continua operación del equipo, sino que también ayuda al per-

sonal de mantenimiento a descubrir y eliminar peligros de incendio. El equipo eléctrico también debe someterse a inspecciones rutinarias y completas.

Por su actividad, en los hospitales se almacenan materiales de riesgo tales como ropa, equipo de mantenimiento, cilindros de gas comprimido, solventes y otros líquidos inflamables, que han de separarse de cualquier otro material combustible y mantenerse en un gabinete de metal situado en lugares bien ventilados y seguros.

La concentración de desperdicios constituye una fuente primaria de incendio, pues cuanto mayor sea su acumulación tanto mayor será el riesgo de incendio. Los desechos líquidos inflamables nunca deberán eliminarse en lavabos o en otros tipos de salidas o drenajes; es conveniente que su eliminación e incineración la controle cuidadosamente el personal especializado.

Como medidas adicionales, el hospital puede proporcionar ropa de cama fabricada con materiales de baja inflamabilidad o informar previamente a los pacientes y a sus familiares sobre el tipo de prendas que pueden usar. En los hospitales para niños, ancianos y de pacientes psiquiátricos, el uso de prendas de cama poco inflamables puede determinar las consecuencias de un incendio.

La señalización sobre lo que se debe hacer en caso de incendio debe estar ubicada en lugares estratégicos para que el público la conozca, y no está de más que cada habitación cuente con ella.

Todo hospital haber habilitado un plan de urgencia que indique quienes son los responsables de cada una de las actividades que han de acometerse en caso de incendio (operación de alarma, llamada a bomberos, desconexión de suministros de gas, electricidad y otros combustibles y asistencia para la evacuación). La puesta en práctica regularmente de estos procedimientos puede ayudar a mejorarlos y aprenderlos.

El mayor riesgo de que un incendio se presente lo constituye el gerente hospitalario confiado, que cae en la trampa de pensar que el incendio es una posibilidad remota que no puede suceder en su hospital. El mejor hospital del futuro en el ámbito de la prevención de incendios no será el que cuente con el equipo más moderno, sino aquel en el cual trabajen personas capaces de prever y anticiparse al riesgo.

El manejo de los desechos industriales y biológicos

Los hospitales y otros centros de atención médica se consideran industrias altamente contaminantes. El volumen y el tipo de desechos que generan los sitúa en esa posición. En millones de toneladas se pueden ya cuantificar anualmente estos desechos y estas cifras tienden a aumentar a consecuencia del mayor uso de materiales desechables, más del 20% de los cuales se considera de riesgo. Muchos hospitales de la Región aun no realizan adecuadamente la separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos, y algunos continúan eliminándolos mezclados con otros de origen industrial a través de los servicios comunales de recolección de basura ignorando cuál es su destino final. Los residuos líquidos se vierten al sistema de drenaje interno y posteriormente al municipal sin ningún tratamiento previo. Los confinamientos de basura se encuentran en lugares de riesgo para el hospital y la comunidad, y se siguen mezclando los desperdicios de todo tipo y de todos los servicios. Quien los manipula es principalmente el personal de limpieza, que muy a menudo carece de la debida capacitación para hacerlo y para prevenir riesgos.

El manejo deficiente de los residuos de hospitales no sólo crea situaciones de riesgo que amenazan la salud del personal, pacientes, visitantes; también es la causa de situaciones de

deterioro ambiental que trascienden los límites del hospital y ponen en riesgo la salud de aquellos sectores de la comunidad que directa o indirectamente se pueden exponer al contacto con material infeccioso o contaminado. La realidad es que todavía el hospital, como integrante de una comunidad y una sociedad, sigue poniendo en riesgo a muchas personas y deteriora el ambiente escudándose en argumentos inaceptables como falta de recursos o imposibilidad financiera de operar adecuadamente un sistema de manejo de residuos.

El hospital del futuro reconocerá y actuará antes de que la comunidad y sociedad se lo exija. Elaborará mecanismos para disminuir el volumen de residuos, separándolos adecuadamente y estableciendo los convenios necesarios con otros sectores de la sociedad para reciclar materiales, inactivar sustancias peligrosas e incinerar productos infecciosos. Por la importancia que revisten los residuos biológicos, éstos se deberán separar y envasar dependiendo del tipo de residuo de que se trate e identificar claramente. Cuando para este propósito se utilicen bolsas, éstas deberán ser de plástico impermeable, resistentes, sólo se deberán llenar hasta el 80 % de su capacidad y cerrar antes de ser transportadas al lugar de almacenamiento. Los recipientes de los residuos peligrosos punzantes o cortantes han de ser rígidos, de polipropileno, resistentes en todas sus partes y tener un a tapa con abertura para depósito y dispositivos de cierre seguro. Los recipientes de los residuos peligrosos líquidos deben ser rígidos y disponer de tapa hermética.

Para la recolección y el transporte interno se destinarán carros manuales exclusivamente, que habrán de desinfectarse cada día con vapor o algún producto químico que garantice sus condiciones higiénicas. No deberán utilizarse conductos neumáticos o de gravedad como medio de transporte interno de los residuos peligrosos biológicos e infecciosos. Se deberán establecer rutas de recolección para su fácil movimiento hacia el área de almacenamiento. El equipo mínimo de protección del personal que efectúe la recolección consistirá en uniforme completo, guantes y mascarilla. Si se manejan residuos líquidos, se deberán usar anteojos de protección.

Para el almacenamiento, se destinará un área alejada de los pacientes, visitas, cocina, comedor, instalaciones sanitarias, sitios de reunión, áreas de esparcimiento, oficinas, talleres y lavandería. El área deberá tener techo y ubicarse donde no haya riesgo de inundación, contar con una pendiente del 2% en sentido contrario a la entrada y muros de contención lateral y posterior de una altura mínima de 20 cm. No deben existir conexiones con drenaje en el piso que permitan que los líquidos fluyan afuera del área protegida. Éstas deben tener una capacidad mínima de tres veces el volumen medio de residuos peligrosos biológicos e infecciosos generados diariamente, y no habrán de permanecer en el hospital más de 48 horas. El acceso a este área quedará restringido al personal responsable de estas actividades.

El traslado afuera del hospital deberá realizarse en contenedores instalados en vehículos especiales de caja cerrada, hermética y contar con sistemas de captación de escurrimientos, además de sistemas mecanizados de carga y descarga. Los contenedores se lavarán y desinfectarán después de cada ciclo de recolección. El tratamiento tendrá que garantizar la eliminación de microorganismos patógenos y la inocuidad de los residuos peligrosos biológicos e infecciosos, Los patológicos deben quemarse y, una vez tratados, se podrán eliminar como residuos no peligrosos.⁸

Manejo de los riesgos en áreas especiales

Las unidades auxiliares de diagnóstico y tratamiento constituyen servicios de alto riesgo, principalmente para sus trabajadores. En estas áreas las comisiones de seguridad deberán vigilar sobre todo los siguientes aspectos: los riesgos mecánicos, los de incendio o lesión por fuego, los de lesión por sustancias químicas, los de infección, y, especialmente, el riesgo radiológico. La principal medida de prevención en estas áreas consiste en la restricción de la circu-

lación. A ellas sólo debe poder acceder el personal que trabaja y los pacientes. El personal de aseo, mantenimiento y supervisión deberá recibir capacitación especial sobre la forma de entrar y permanecer en ellas y las protecciones que debe usar. Mecánicamente, estas áreas deberían ser revisadas en sus circulaciones, se tiene que evitar que existan objetos que impidan una libre circulación, líquidos derramados que puedan provocar caídas, saledizos que puedan ocasionar golpes, garantizar el correcto estado de los equipos e instalaciones eléctricas. Todo ello es el garante para evitar el riesgo de descargas eléctricas y choques.

El riesgo de incendio siempre está presente y por ello todas las secciones del área debe ser equipadas con extintores preferentemente de polvo o gas, para evitar un mayor daño a los equipos.

Principalmente en los laboratorios de análisis clínico y patología el riesgo de lesión por alguna sustancia química es elevado; por ello se habrán de equipar con regaderas de alta presión para limpiar mecánicamente al accidentado y tener al alcance sustancias alcalinas o ácidas para inactivar los productos que causen el accidente.

La prevención de infecciones es la preocupación más importante del trabajador de estas áreas. Por este motivo es necesario que se siga al pie de la letra el procedimiento establecido para cada caso particular, los encargados de tomar muestras y procesarlas deben conocer el diagnóstico de cada paciente y usar las protecciones que sean necesarias.

El riesgo radiológico demanda un cuidado especial y especializado, que se inicia con el entrenamiento, información y equipamiento para la protección radiológica del trabajador, y el establecimiento de un programa de seguridad que establezca cómo supervisar y evaluar la aplicación correcta de los procedimientos y el uso de los equipos de protección. En este programa es fundamental disminuir el riesgo de los pacientes por ello se deberá asegurar que las exploraciones solicitadas son adecuado para confirmar un diagnóstico. Toda solicitud de exploración conlleve una exposición radiológica debe contener información clínica suficiente para que el especialista pueda seleccionar y aplicar el procedimiento o técnica que considere más adecuado para establecer el diagnóstico y analizar previamente si el beneficio esperado compensa el riesgo que acarrea para el paciente la exposición radiológica⁹.

La gestión de servicios generales

El volumen de unidades de proceso ha transformado a la lavandería, la cocina y suministros energéticos del hospital en servicios industriales, y la misma razón ha complicado su organización y gestión.

Lavandería y ropería

En las décadas de los sesenta y setenta, las mejores condiciones económicas y el mayor acceso a la tecnología industrial permitieron a los países de la Región disponer de lavadoras industriales de gran capacidad, centrifugadoras de secado, mangles para el planchado y máquinas de coser en sus hospitales. Asimismo, el personal del servicio aceptó con satisfacción la introducción de la maquinaria, ya que encontró en ella una ayuda a su ruda tarea. Actualmente, las actividades efectuadas con estos equipos se distribuyen en la recolección, la separación de las prendas de acuerdo con el ciclo de lavado, el paso de las prendas de un proceso a otro, el acomodo, la distribución a los servicios, el control y el registro. Con estas nuevas actividades, el número de puestos necesarios para el servicio ha disminuido considerablemente. Por otra parte, el crecimiento del mercado de la ropa confeccionada a menor costo

que la fabricada por el hospital es muy atractivo y está desplazando a las costureras y reduciendo su trabajo a la realización de reparaciones menores.

Con el paso del tiempo, dos circunstancias cambiaron radicalmente la buena marcha de este servicio. Por un lado, el desgaste de los equipos, su mantenimiento inadecuado y la falta de previsión para renovarlos explican que los permanezcan inactivos durante mucho tiempo. Si bien han persistido los trabajos de lavandería, el número de puestos de trabajo se ha reducido notablemente. Por otro lado, el esquema de compra era inadecuado y en él el precio era el factor preponderante en la toma de decisiones. Ante esta situación, los fabricantes sacrificaron la calidad de las telas utilizadas a cambio de poder ofrecer mejores precios, pero la vida útil de las prendas se redujo considerablemente. Las consecuencias de esta la situación han obligado a reducir el número de camas y a cancelar intervenciones quirúrgicas por falta de sábanas y campos quirúrgicos. No obstante, los hospitales que previeron la renovación tecnológica de sus equipos industriales, capacitaron a su personal, vigilaron la calidad de los materiales de ropería, y actualmente cuentan con un servicio que opera eficiente y oportunamente mediante la aplicación de modelos de gestión tradicionales, e incluso son capaces de vender servicios a terceros. Un ejemplo de ello lo constituye el Hospital de Quillota de Chile.

En este ámbito, hay que examinar críticamente las tendencias actuales. La externalización no puede aplicarse como un dogma, y cada hospital deberá examinar la conveniencia de externalizar o no los servicios de lavandería y otros servicios de apoyo. La clave acaso consista en analizar la infraestructura disponible y su uso alternativo, la disponibilidad para liberar o reconvertir el recurso humano, el costo unitario de producción o la situación del mercado local.

La contratación externa del servicio se ha convertido en una solución alternativa para muchos hospitales, si bien no escapa a muchos de los inconvenientes mencionados. La circunstancia de que el proceso de lavado se lleve a cabo fuera del hospital dificulta su control y supervisión; por ello, no es raro observar, por ejemplo, conflictos provocados por incumplimientos o cambios en las prendas. Otra alternativa cada vez más utilizada es el uso de prendas desechables, aunque tiene el inconveniente de su alto costo y baja disponibilidad en el mercado.

El tener alternativas siempre simplifica en alguna medida la gestión y, con ello, aumenta las posibilidades de alcanzar los objetivos fijados. El análisis de la situación de este servicio en cada unidad del hospital y el conocimiento a fondo de las condiciones del mercado externo de los servicios de lavandería permitiría, sobre la base de sus debilidades y fortalezas, decidir si conviene externalizar o no este servicio. Algunos hospitales han optado por combinar estas alternativas, conservando el procesos de algunas prendas, contratando externamente el proceso de otras y usando algunos materiales desechables.

La alimentación

Del mismo modo que la lavandería se ha transformado en un servicio industrial, el servicio de alimentación del hospital también lo ha hecho. La organización actual del hospital para desarrollar la función alimentaria afronta complicaciones que en no pocas ocasiones pone en entredicho a este servicio respecto a los objetivos del hospital. Para algunos directivos, este servicio desempeña un papel auxiliar en el tratamiento de los enfermos y galvaniza la pronta recuperación de aquellos que padecen problemas nutricionales. Para otros, se trata de un servicio de apoyo que debe hacer más agradable, en la medida de lo posible, la estancia del enfermo y cumplir una prestación laboral de los trabajadores.

Independientemente de su posición en la organización del hospital, el servicio de alimentación debe cumplir las funciones de auxiliar del tratamiento, apoyar la recuperación de los enfermos y

alimentar, cuando así se haya acordado con el personal del hospital. Para ello, la gestión debe crear las condiciones adecuadas para que se desempeñen estas funciones y atender las necesidades de los clientes en cada una de ellas. Satisfacer las demandas de los médicos relativas a la nutrición de los pacientes exige que la gerencia les preste atención. Las vías de comunicación deben estar abiertas permanentemente, las instrucciones han de ser claras y las actividades tienen que coordinarse muy bien. Los dietistas, los cocineros y los responsables del economato han de ser conscientes de que desempeñan un papel auxiliar en el tratamiento del enfermo, y el servicio de enfermería debe vigilar en todo momento que las instrucciones del médico se cumplan. La alimentación de los pacientes que precisan dietas especiales debe llevarse a cabo con el mismo cuidado y vigilando los equilibrios calóricos y nutricionales. La presentación, temperatura y diversidad en el menú, son aspectos que se habrán de tomar muy en cuenta.

En la alimentación del personal siempre es de mucha ayuda que participen algunos de sus miembros en la elaboración del menú, la definición de cantidades y la composición de las comidas y los horarios. Las medidas de higiene siempre deben ser acatadas estrictamente, desde la higiene personal y de los utensilios hasta la de los alimentos desde el momento mismo de su recepción (aparición física, empaquetado, volúmenes, etcétera). Es conveniente que los alimentos no perecederos se controlen poco antes de utilizarlos.

Los apoyos externos en la gestión de este servicio adoptan diversas modalidades. Hay quien adquiere alimentos congelados semiprocesados, que facilitan las tareas de cocina. Otros contratan el suministro de raciones alimentarias empaquetadas, lo que permite prescindir de la cocina general y sólo exige disponer de pequeñas zonas periféricas para calentar las raciones antes de ser servidas. Otras modalidades incluyen la contratación de empresas externas que realizan todas las tareas y el hospital sólo ha de supervisar, controlar y evaluar el servicio. Para los trabajadores se pueden contratar cocinas y comedores externos (a través de bonos de alimento), aunque esto presenta el inconveniente de que el personal debe abandonar el hospital para ir a comer.

Los esquemas de evaluación tradicionalmente utilizados para este servicio se basan en el número de raciones que se generan y distribuyen, su costo y en algunas ocasiones su oportunidad, dejando en un segundo plano la opinión y evaluación de los clientes. Es recomendable que el modelo de evaluación contenga información sobre el cumplimiento de los procedimientos y la satisfacción de los clientes (médicos, especialistas, personal y pacientes). Esta información permitirá a los que toman decisiones valorar con mayor conocimiento de causa cualquier modificación que deba introducirse en la gestión.

Un aspecto importante de la satisfacción del cliente es responder a su necesidad de información. Los pacientes, el personal del hospital y los médicos perciben mejor las situaciones cuando son informados. Acciones como la de añadir a la charola del paciente información sobre el contenido calórico y nutricional de la ración alimentaria que se le está sirviendo suelen dar buenos resultados.

Movilización

Para movilizar objetos y personas en situaciones tan diversas como las que se producen en el hospital con frecuencia se utilizan los mismos vehículos, aunque a menudo no están debidamente mantenidos. En Chile, por citar un ejemplo, en los últimos años se propende a especializar y centralizar algunas funciones de movilización. Así, en las ciudades más importantes se han creado servicios centrales de rescate que han ido concentrando en red el grueso de la movilización de las personas en situación crítica, lo que antes hacía cada hospital ineficiente-

mente y de forma independiente. Esto ha permitido que los servicios de apoyo hospitalario para movilización estén diversificando y especializando las tareas de movilización. Esto también abre la posibilidad de externalizar dicho servicio de apoyo, lo cual dependerá entre otras cosas de la evaluación de cada realidad local.

El cuidado de la casa

Un ámbito de gran importancia en el apoyo a las labores hospitalarias y que generalmente produce gran frustración y molestias en las personas tiene que ver con el *cuidado de la casa*, es decir con el mantenimiento general de aspectos tan domésticos como lampistería, pintura, iluminación, cristalería, mobiliario, etc. Todo ello tiene que ver con la capacidad del establecimiento de realizar un mantenimiento preventivo de la red eléctrica, de la de agua, gases, corrientes débiles, ascensores, etc.

A menudo, el personal se afecta más por la desidia y los fallos organizativos en ese ámbito que por las dificultades para reparar o mantener equipos. Para evitar este problema, el hospital puede organizar el mantenimiento interno o contratarlo externamente, situación que deberá evaluarse según cada realidad local. De todas formas, en general el personal puede entender que en tiempos de crisis la gerencia no tenga recursos para reparar un scanner, pero nadie va a aceptar que un grifo esté goteando más de una semana y nadie la repare.

Suministros esenciales

La disponibilidad de agua, agua caliente, vapor, aire comprimido, calefacción, refrigeración central, gas propano, gases medicinales, electricidad, gasóleo o gasolina es esencial para que puedan realizarse las tareas hospitalarias. La generación continua y útil de estos elementos suele llevarse a cabo en la sección de máquinas del hospital. Este lugar poco conocido por algunos directivos, gerentes y buena parte del personal del hospital es un complejo sorprendente de ingeniería por la diversidad de elementos que debe suministrar: fontanería, red eléctrica, calderas, refrigeración, gas, etc. La seguridad de estas áreas es compleja y vital para el hospital y requiere personal profesional y técnico especializado y un programa específico de mantenimiento.

Los problemas que aparecen en este servicio suelen derivar de la falta de mantenimiento preventivo, la improvisación del personal para su operación y la falta de previsión en la renovación de sus componentes. La primera causa aumenta el riesgo de accidentes, la posibilidad de interrupción del suministro de algunos de los elementos y provoca costosas pérdidas por fugas o ineficiencia de la maquinaria. La improvisación del personal es una acción grave que puede poner en peligro la vida del personal de mantenimiento, la integridad de los equipos y, por ende, la del hospital.

La obsolescencia de los equipos reduce la eficiencia de la maquinaria, aumenta el consumo de combustible y la contaminación del medio ambiente. Es importante señalar que la capacidad de los equipos se calcula sobre la base de estimaciones del consumo de acuerdo con el uso previsto en cada área.

Las decisiones de incorporar nuevos equipos a los servicios o de cambiar su ubicación han de consultarse previamente con el ingeniero especialista, a fin de que éste informe de la factibilidad de llevar a cabo los cambios previstos o indique las modificaciones y adaptaciones que se deben realizar para que los equipos y el servicio funcionen correctamente. La contratación externa del mantenimiento y el funcionamiento de esta sección del hospital deben considerarse seriamente a la primera señal que se produzca de que una operación es incorrecta o defi-

ciente. El personal y el equipamiento de este área deben estar asegurados con pólizas amplias que cubran todas las posibilidades de accidente. Las medidas de protección tienen que ser obligatorias, supervisarse permanentemente y contar con el equipo necesario para prestar primeros auxilios a pesar de que se encuentren en el mismo hospital. Los hospitales que han desatendido estas funciones habrán de incorporarlas o actualizarlas a corto plazo.

La gestión de la atención al paciente

La gestión de la atención al paciente está relacionada con ámbitos muy diversos que deben estar concatenados: la gestión de las citas o agenda asistencial, la gestión de la ficha clínica, y gestión de la atención al cliente.

La unidad de admisión debe participar en la recepción de los pacientes, en la gestión de la agenda médica ambulatoria, la asignación de camas, los traslados desde otros establecimientos, las altas y los traslados hacia otros dispositivos en coordinación con la red asistencial, en la gestión de los traslados intrahospitalarios, y en la gestión de la agenda quirúrgica. Además, tiene un papel fundamental en la generación de información estadística, generalmente colabora en tareas de información al usuario y debe coordinar su labor estrechamente con unidades tales como archivo de fichas clínicas, recaudación y finanzas y unidades especializadas de atención al cliente. En la gestión del paciente, es clave la introducción constante de métodos de mejora de la calidad, ya que de la fluidez de sus procesos dependerá en gran medida de la eficiencia de los procesos clínicos principales. La mayor parte de las veces los procesos de admisión se superponen a procesos relacionados con la facturación al propio paciente, a la seguridad social o a entidades privadas de financiamiento. De la debida coordinación de dichos procesos depende que se introduzcan mejoras, como las *ventanillas únicas*, el personal polifuncional, etcétera.

La unidad de archivo no sólo se debe hacer cargo de la ficha clínica, sino que ha de participar en la gestión de sus flujos, preservar la confidencialidad de la información, así como propiciar la mejora continua del instrumento y de los procesos de auditoría. Las tecnologías de la información están miniaturizando el archivo de información y mejorando la eficiencia del registro de la actividad clínica, aunque simultáneamente están aumentando los problemas relacionados con el uso confidencial de dicha información.

La gestión de la atención al cliente

Es importante recordar que el principal cliente (el paciente) no disfruta el privilegio de estar ingresado en un hospital: sus amigos y familiares preferirían estar con él en otro lugar y él percibe su estancia en el hospital como mera obligación impuesta por su enfermedad. Las circunstancias en que se produce la relación entre el paciente y el personal del hospital no son siempre las más favorables. La atención médica de gran calidad profesional que se presta en el hospital para restituir la salud del enfermo no debe verse empañada por la falta de previsión e interés en los demás servicios que el hospital ofrece para que la estancia del paciente y sus familiares sea agradable.

Con mayor frecuencia los hospitales en países desarrollados analizan la posibilidad de incorporar nuevos servicios de apoyo para que el paciente sienta su estancia lo menos incómoda posible. Por mencionar algunos, cabe destacar en primer lugar el servicio de transporte. Disponer de servicios de ambulancias para pacientes en estado crítico o discapacitados siempre modifica favorablemente la percepción que puedan tener del hospital. Esto implica que el estado de los vehículos sea el adecuado para la función que realizan. Pero las posibilidades del

servicio no terminan en las ambulancias: el transporte público que facilita la llegada de pacientes ambulatorios o visitantes es un aspecto que debe ser considerado habida cuenta de la importancia que reviste el hospital para la comunidad. Siempre conviene establecer convenios y acuerdos con las autoridades para que se habiliten rutas de transporte público que comuniquen todo el área geográfica de la localidad con el hospital, un aspecto que no sólo beneficia a pacientes ambulatorios, sino también a los trabajadores y a los visitantes y constituye un elemento importante de la accesibilidad de la población a los servicios del hospital.

Otro servicio importante es el estacionamiento público para automóviles de visitantes. Aunque en muchos hospitales antiguos no se planificó la creación de un espacio físico con este fin, todos los hospitales modernos debe disponer de él; los que no cuenten con estacionamiento habrán de construirlo a mediano plazo.

Al paciente también se le debe satisfacer su necesidad de comunicación con el exterior y de entretenimiento e información, mediante la instalación de teléfonos, radios y televisores en las habitaciones. Los televisores también pueden aprovecharse para informarles, por medio de videos documentales o, en su defecto, de cartillas informativas, de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos a que va a ser sometidos en el hospital.

Los visitantes y familiares, aunque entienden que hay momentos en que no conviene estar cerca del paciente, siempre lo desean. En los hospitales públicos de Chile, por ejemplo, hace algunos años, sólo se permitían visitas un par de días a la semana y durante muy pocas horas. Esta normativa ha cambiado radicalmente y, por ejemplo, en el hospital de niños Luis Calvo Mackenna¹⁰ se creó en 1995 un servicio de apoyo llamado de *atención al cliente*. Esta unidad, que incluye oficinas de información, se ha preocupado por orientar a las personas, disponer de instrumentos para recabar su opinión y recibir sugerencias de los usuarios y, conjuntamente con enfermería, diseñó e implantó un proyecto denominado *hospital abierto y amable* que incluye protocolos de capacitación de los padres, y especialmente de las madres, para que la visita se transformara en una estancia de colaboración en la cual la madre asume parte de los cuidados del niño. Se trata de una suerte de *contrato* escrito, diseñado por enfermería, en el cual se estipulan los deberes y derechos de los familiares, que éstos firman cuando se ingresar al niño. Paralelamente, enfermería del hospital, como actividad incluida en las acciones del Consejo de Calidad del hospital, ha desarrollado iniciativas tendientes a disminuir la percepción de que el hospital es un lugar poco amable. En esa línea se encuentran, entre muchos otros, los proyectos de arte en el hospital que han permitido llenar de colores y formas salas y pasillos, el proyecto de *zoológico móvil*, que permite a grupos de voluntarios llevar mascotas a los niños ingresados, el proyecto *cuenta cuentos*, por medio del cual grupos de voluntarias leen cuentos a los niños, el proyecto *biblioteca del hospital* o, por citar un último ejemplo, la construcción de una escuela autorizada por el Ministerio de Educación, que cuenta con profesores de enseñanza básica y media.

Junto con los aspectos ya señalados, en la gestión integral del paciente hay que preocuparse también de los siguientes ámbitos:

- Desarrollar competencias para que el hospital pueda dar apoyo de carácter social al paciente y su familia, para asegurar la continuidad del tratamiento, preocuparse de la reinserción del paciente a su comunidad y de que existan redes de apoyo local que puedan seguir respaldando al paciente y su familia.
- Desarrollar competencias en la organización para dar apoyo al paciente y su familia de carácter psicológico y espiritual, respetando la cultura y creencias de todos.
- Desarrollar competencias en la organización para organizar a los pacientes en entidades

comunitarias tales como las agrupaciones de pacientes, los clubes de pacientes crónicos o las asociaciones de pacientes o familiares que deseen seguir conectados con el hospital para apoyar a otros pacientes o a sus familias. Estas organizaciones son muy efectivas en actividades como colaborar en la continuidad de los tratamientos, desarrollar nuevos hábitos y conductas o mantener actitudes solidarias, establecer nexos entre hospital y comunidad.

- Desarrollar competencias en la organización para, a través de oficinas de atención al público, buzones o encuestas, recabar reclamaciones y sugerencias de los pacientes y sus familiares y transformar los datos obtenidos en información útil para la gestión, especialmente en el ámbito de la calidad.

Todas estas competencias pueden desarrollarse a través de unidades especializadas tales como los servicios de atención al usuario o unidades similares. A menudo todas ellas están dispersas en distintas personas y unidades del hospital. Por ello, es sumamente importante coordinar y unificar sus objetivos.

Conclusiones

En los hospitales, por tratarse de empresas sociales de gran y creciente complejidad tecnológica y de intensivo uso de recursos humanos cada vez más cualificados, se deben tomar decisiones estratégicas sobre la forma de mejorar la productividad y la calidad en sus áreas principales de producción. Para ello deben concentrar sus energías en el *giro central del negocio hospitalario*, esto es la *gestión clínica*. En este sentido, cada vez cobra más interés la necesidad de explorar cómo, con quién y dónde obtener productos intermedios con ganancias en eficiencia y calidad. En la gestión de los procesos que generan dichos productos intermedios esenciales para los clínicos surgen distintas alternativas e instrumentos tales como la externalización o las alianzas con otros establecimientos o en red, dirigidos a trabajar o negociar en conjunto y obtener ventajas en volúmenes, precios y calidad. Todas estas modalidades han de analizarse cuidadosa, crítica y pragmáticamente. Siempre hay que oponer alternativas frente a cada solución y evaluar la posibilidad de explorar economías de escala al tomar este tipo de decisiones.

Por otra parte, surge la necesidad, también estratégica, de generar o reforzar unidades especializadas de apoyo en ámbitos nuevos tales gestión del riesgo hospitalario y la atención al usuario en un contexto más amplio de la gestión de la atención del paciente.

En la filosofía de la gestión clínica y con objeto de terminar con la brecha existente entre clínica y administración, el líder o gestor clínico debe conocer y tener responsabilidad sobre el proceso completo y participar en los procesos intermedios de los cuales es cliente. La gestión de los servicios de apoyo a la gestión clínica no ha de seguir siendo un engorro para la dirección y la administración del hospital. Si los hospitales del futuro desean cambiar su imagen actual y completar la calidad ya alcanzada por los servicios médicos profesionales, encontrarán en los servicios de apoyo un aliado útil en la tarea de lograr que el hospital del presente anticipe en la práctica lo que para todos debe ser el hospital del futuro.

Bibliografía

- 1 Departamento de Sanidad, Servicio de Salud Vasco. Gestión clínica. Vitoria: Departamento de Sanidad, Servicio de Salud Vasco, 1997.
- 2 Vielmas J. Gestión clínica. Santiago de Chile: Ministerio de Salud, Unidad de Gestión de Servicios; 2001.
- 3 Waker D. El cliente es lo primero. Madrid: Díaz Santos; 1991.
- 4 Durand-Zaleski I, Colin C, Blum-Boisgard C. An attempt to save money by using mandatory practice guidelines in France. *Br Med J* 1997;315:943-946.
- 5 Ackoff R. Planificación de la empresa del futuro. México, DF: Limusa; 2000.
- 6 Diario Oficial de la Federación. Ley de adquisiciones, arrendamientos y servicios del sector público. Primera sección. México, 4 de enero de 2000.
- 7 Cruz ML. Principios generales de compras. México, DF: Continental S.A. de C.V.; 1986.
- 8 Secretaría de Salud de México. Norma Oficial Mexicana para el separación, envasado, almacenamiento, recolección, transporte, tratamiento y disposición final de los residuos peligrosos biológico-infecciosos que se generan en establecimientos que presten atención médica. México, DF: Secretaría de Salud de México; 1995.
- 9 Verdejo M. Programa nacional de protección radiológica en el diagnóstico médico con rayos X. México, DF: Secretaría de Salud de México, Organización Panamericana de la Salud; 1999.
- 10 Artaza O, Cabello X, Cortés V. Hospital Luis Calvo Mackenna: la calidad y la satisfacción usuaria, pilares estratégicos del cambio. *Cuad Méd Soc* 1997;38:41-47.