

Título: Implementación de los hospitales autogestionados en red en Chile: estudio cualitativo de dos casos*.

* Investigación patrocinada por la Dirección de Investigación y Desarrollo de la Universidad Austral de Chile, Código S-2010-37.

Autores(as):

Claudio A. Méndez

Magíster en Salud Pública de la Universidad de Chile. Actualmente ocupa la posición de profesor auxiliar de sistemas y políticas de salud en el Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile.

Christian Miranda J.

Doctor en Ciencias de la Educación de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Actualmente ocupa la posición de profesor asociado en el Instituto de Filosofía y Estudios Educativos, Facultad de Filosofía y Humanidades de la Universidad Austral de Chile.

M. Cristina Torres A.

Magíster en Desarrollo Rural de la Universidad Austral de Chile. Actualmente ocupa la posición de profesora auxiliar de gestión en salud en el Instituto de Salud Pública, Facultad de Medicina de la Universidad Austral de Chile.

Myriam Márquez M.

Magíster en Educación de la Universidad de la Frontera. Actualmente ocupa el cargo de profesora auxiliar en el Instituto de Salud Sexual y Reproductiva de la Facultad de Medicina y dirige el Departamento de Aseguramiento de la Calidad e Innovación Curricular de la Universidad Austral de Chile.

Resumen

En Chile, no existe evidencia cualitativa que explore los aspectos que han dificultado o facilitado la etapa de implementación de los Establecimientos de Autogestión en Red (EAR).

Se condujo un estudio cualitativo de casos, basados en entrevistas semi-estructuradas en profundidad a profesionales de los Hospitales de Autogestión en Red San José de la ciudad de Osorno y Regional de Valdivia durante el período junio de 2010 a mayo de 2011. Se seleccionó una muestra por bola de nieve de 40 profesionales de diferentes niveles de compromiso administrativo. El análisis de las entrevistas se realizó mediante la técnica de análisis de contenido en su aproximación convencional.

La implementación de los EAR implicó el desarrollo de nuevas competencias para el desempeño profesional. Sin embargo, persisten como debilidades la ausencia de capacidades organizacionales y la resistencia al cambio. Como fortaleza, se destaca el alineamiento de los equipos directivos con los cambios a implementar.

Palabras claves: Política de Salud, Servicios de Salud

Introducción

La gestión de los hospitales ha sido una constante preocupación para los sistemas de salud. Principalmente porque el logro de las metas de dichos sistemas en la mayoría de los casos ha sido asociado al desempeño de las instituciones hospitalarias. Así, los procesos de reforma a los sistemas de salud de las últimas tres décadas en América Latina han implementado diversas reformas en la organización hospitalaria tendientes a otorgar mayores espacios de autonomía en el ámbito de la gestión (Hernández, 2002; Echeverri, 2008; Homedes & Ugalde, 2005; Lloyd-Sherlock, 2005; Belmartino, 2005; Jack, 2003; García-Prado & Chawla, 2006; Mesa-Lago, 2007).

En Chile, la reforma de la salud de la década pasada involucró la creación e implementación de los Establecimientos de Autogestión en Red (EAR). Estos, serían aquellos establecimientos hospitalarios dependientes de los servicios de salud con la mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones (Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión, 2004). Previo a estos cambios, los hospitales públicos se caracterizaban por su dependencia de los servicios de salud y no contaban con autonomía para la gestión de sus recursos por parte de los equipos directivos (Nancuante & Romero, 2008). Así, la política implicaba crear espacios de mayor flexibilidad y autonomía para la asignación de los recursos y en la gestión de del presupuesto de los hospitales (Retamal, 2009).

Inicialmente se planteó el mes de enero de 2009 como fecha límite para que los 59 hospitales de alta complejidad incluidos en la Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión se adscribieran al régimen de autogestión, no obstante al año 2008 sólo 11 de estos establecimientos habían completado el proceso que los acreditaba como EAR (Artaza, 2008). Las principales dificultades de los establecimientos para acceder a la categoría de EAR se han relacionado a que estos no alcanzaron los estándares requeridos, junto con experimentar una alta rotación de sus directivos (Sociedad Chilena de Administradores en Atención Médica y Hospitalaria, 2009). Actualmente los 59 hospitales descritos en la Ley se encuentran adscritos al régimen de EAR por el sólo imperio de la Ley, sin embargo no existe evidencia respecto de las dificultades de los equipos en la implementación de los cambios, así como de las brechas que aún persisten en las instituciones respecto del diseño y la implementación de la política.

La presente investigación tiene por objetivo analizar la percepción de los profesionales hospitalarios con relación a la etapa de implementación de la política de EAR en los Hospitales San José de la ciudad de Osorno y Regional de la ciudad de Valdivia.

Métodos

Se condujo un estudio de casos múltiples, correspondientes a los hospitales Regional de la ciudad de Valdivia (HRV) y San José de la ciudad de Osorno (HSJO). Ambos, hospitales de alta complejidad. Esta categorización obedece al nivel de servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico ofrecidos, disponibilidad y grado de especialización de los recursos humanos, equipamiento y capacidad de resolución.

Se seleccionó una muestra en bola de nieve (Onwuegbuzie & Leech, 2007) de 40 profesionales con y sin responsabilidades directivas que al momento de la investigación presentaban una relación contractual con la institución de al menos dos años. Este criterio, buscó cautelar la participación de los profesionales en la etapa de implementación del EAR. Se definió profesional con responsabilidad directiva a directores(as), subdirectores(as), jefes(as) de servicios clínicos y coordinadores(as). En tanto, se consideró como profesional sin responsabilidad administrativa aquellos(as) cuya labor se dirige principalmente a labores asistenciales.

Los profesionales fueron contactados en forma personal por uno de los autores, previa solicitud de autorización a las autoridades administrativas y aprobación del protocolo de investigación por los Comités de Ética del Servicio de Salud de Osorno y Valdivia respectivamente. Hubo rechazo de seis profesionales a participar de la investigación, los cuales adujeron como causas la falta de tiempo, aprensiones a la confidencialidad de la información y desconocimiento del tópico de investigación. En la tabla 1 se describen las características de la muestra.

El trabajo de campo se realizó desde agosto de 2010 a octubre de 2011. Para la recolección de la información se utilizó la técnica cualitativa de entrevista individual semi-estructurada en profundidad (DiCicco-Bloom & Crabtree, 2006). Las dimensiones de la entrevista abordaron los cambios introducidos a la gestión hospitalaria por la reforma de la salud (tabla 2). Se buscó la saturación global de las dimensiones, lo cual determinó el tamaño muestral final. Las entrevistas tuvieron una duración mínima de 20 minutos y máxima de 1 hora y se realizaron en dependencias de la institución laboral de los entrevistados. Las entrevistas fueron conducidas por dos entrevistadores entrenados por el equipo de investigación, con el fin de obtener consistencia y reducir la variación de la aproximación a los temas presentados a los entrevistados (Fitzpatrick & Boulton, 1994). Las entrevistas fueron grabadas, previa suscripción del documento de consentimiento informado, y transcritas en forma literal. Posteriormente -como criterio de calidad- fueron enviadas a los entrevistados para obtener comentarios y correcciones.

Las entrevistas transcritas fueron leídas en forma reiterada por el grupo de investigadores y codificadas de acuerdo a la técnica de análisis del contenido en

su aproximación inductiva o convencional (Hsieh & Shannon, 2005; Elo & Kyngäs, 2008). Para la reducción de la información, se definieron unidades de análisis y esquemas de codificación (Tabla 3). Posteriormente, se seleccionaron citas literales de las entrevistas, codificadas de acuerdo al centro hospitalario y nivel de responsabilidad administrativa: profesional con responsabilidad administrativa (HSJO-EC/HRV-EC) y profesional sin responsabilidad administrativa (HSJO-ES/HRV-ES).

La calidad del análisis de los datos se cauteló mediante la triangulación de investigadores y la reflexividad en el análisis (Onwegbuzie & Leech, 2007b; Calderón, 2002; Malterud, 2001). En el caso de la presente investigación, el análisis se condujo reconociendo ideas preconcebidas de dos de los investigadores respecto al diseño e implementación de la política de autogestión hospitalaria, para lo cual el análisis fue conducido en forma independiente por los investigadores para luego confrontar dichos análisis en uno de carácter global.

Resultados

En la Tabla 4 se presentan las categorías y subcategorías temáticas que emergieron del análisis de las entrevistas. Los resultados se describen de acuerdo a cada categoría temática y sus respectivas subcategorías.

Autogestión en Red

Para los entrevistados, la conceptualización de la autogestión en red está determinada por la percepción de autonomía en la gestión de las instituciones hospitalarias. Esta autonomía implica mayores niveles de independencia de las instituciones hospitalarias para la toma de decisiones respecto de su desempeño. Principalmente, se identifica la autonomía en el ámbito de la financiación.

Los profesionales con responsabilidad directiva, conceptualizan la autogestión hospitalaria desde la autonomía para la toma de decisiones respecto de la asignación de recursos. Esta última ha estado determinada por la implementación de los centros de costo, permitiendo establecer un equilibrio financiero para la provisión de servicios de salud. Asimismo, para los profesionales, la autogestión ha sido concebida desde la autonomía para el establecimiento de normas y protocolos alineados a la provisión de servicios de salud.

[HSJO-01-EC] “...Significa que el hospital debe ser capaz de sustentarse económicamente, porque antiguamente recibíamos todo de afuera y ahora tenemos por medio de todos los centros de costos que tenemos ingresar una cantidad de dinero necesaria para poder llevar adelante el hospital...”

[HSJO-02-EC] "...En el caso de un hospital, se trata de realizar todas las medidas administrativas necesarias, para lograr eficiencia en el manejo de los recursos, con el objeto de cumplir las metas propuestas por el ministerio y los compromisos de gestión adquiridos, logrando un equilibrio financiero, donde las acciones a realizar y sus retornos son manejados íntegramente por el hospital..."

[HRV-13-EC] "...Consiste básicamente en entregarle una serie de atribuciones por ley a los hospitales, desde el punto de vista de la gestión financiera, de la gestión administrativa, de la gestión de recursos humanos..."

[HRV-18-EC] "...Con la autogestión se supone que nosotros somos autónomos en el proceso, en el desarrollo de nuestro funcionamiento..."

En el caso de los profesionales sin responsabilidad directiva, la percepción de autogestión hospitalaria se relaciona con la autonomía para la toma de decisiones organizacionales dirigidas a mejorar la provisión de servicios de salud. Así, para los profesionales, la autogestión hospitalaria está determinada por las atribuciones para la asignación de recursos organizacionales para mejorar la eficiencia y calidad de la provisión de servicios de salud.

[HSJO-04-ES] "...Autogestión para mí es poder decidir en forma local decisiones que se acerquen más a las necesidades de las personas que estoy destinada a atender que tienes que hacer llegar los recursos necesarios con el recurso humano que se requiere para dar una atención, tener definida la cartera de servicios que tienes de disponibilidad para la población objetivo y poder administrar todo lo que está en ese sentido para dar mejores resultados..."

[HSJO-05-ES] "...Para mí la autogestión es un ordenamiento de protocolos, procedimientos, de manera de tener una sola línea; hablando de procedimientos clínicos, son todos pero te voy a hablar de lo clínico, que en el fondo te va a ahorrar tiempo, recursos; en el fondo te vas a ahorrar dinero, hace más eficiente el sistema..."

[HRV-05-ES] "...Es una forma de organización-administración de gestión clínica. Los establecimientos tienen que ser capaces de organizarse y hacer la propia gestión de todos sus recursos para cumplir con su, con la tarea que está encomendada..."

[HRV-11-ES] "...Cada servicio de salud para que gestionara 100% los recursos ¿cierto?, para poder digamos entregar a sus usuarios la atención determinada pero ya no dependiendo de un ente superior..."

Por otra parte, para los profesionales con responsabilidades directivas, los propósitos del diseño de la autogestión hospitalaria se dirigieron a la

implementación de mejores sistemas de control financiero, así como de procesos administrativos.

[HSJO-08-EC] "...Bueno, yo siempre he dicho que la salud es un saco sin fondo, eso como primera cosa y lo otro es ordenar, ordenar todos los establecimientos y ver en que se está gastando el dinero que ingresa de las arcas fiscales, ver como se están gestionando las digamos, todas las metas que tienen los hospitales y las metas a nivel país respecto a la salud..."

[HSJO-19-EC] "...Los propósitos para autogestionar son principalmente: disminuir o eliminar la pérdida financiera por mal uso de recursos, disminuir los costos relacionados con las prestaciones médicas, optimizar todos los recursos, como se hace en las instituciones privadas..."

[HRV-20-EC] "...El propósito básicamente es en parte desde el Ministerio de, de hacienda y baja a través de la unidad de la DIPRES, de la dirección de presupuesto y es justamente ordenar lo que se gasta en salud, sobre todo en los grandes hospitales que son los que gastan cerca del sesenta por ciento del presupuesto de salud" "el propósito básicamente, ordenamiento y tratar de ser más eficientes, más que eficaz, más eficiente de los hospitales, menos recursos lograr mejores resultados..."

[HRV-19-EC] "...Cumplir requisitos en el ámbito administrativo, características administrativas que debe cumplir el hospital y no solo en el proceso administrativo sino que también en el ámbito financiero y que como el más complicado yo diría en la mayoría de los hospitales cumplir con las metas financieras para ser autogestionado..."

En el mismo sentido, para los profesionales sin responsabilidad directiva, los propósitos del diseño de la política de autogestión hospitalaria en red se basaron en la necesidad de mejorar la eficiencia en la ejecución presupuestaria de los hospitales, junto con una optimización en la gestión de las instituciones.

[HSJO-06-ES] "...Yo pienso que hacer más rentable los muy escasos recursos que hay en salud, en este caso económicos más que nada y hacer más eficientes las gestiones..."

[HSJO-07-ES] "...Yo pienso que va a llegar a ser bueno porque es como que estamos obligados a trabajar más, generar nuestros propios recursos y no estar esperando sentaditos que a fin de mes lleguen, por decir algo, 1000 millones para cubrir las necesidades..."

[HRV-11-ES] "...El propósito que tiene es ahorrar plata, disminuir los costos y gastos que tienen para el país en salud, yo creo que esa es la finalidad, de ahí que funcione, no creo, pero yo creo que esa es la finalidad..."

[HRV-05-ES] "...Bueno, introducir una mejoría en todo lo que es la salud, en todo lo que es las prestaciones hacia el usuario y mejor aprovechamiento de los recursos, o sea, racionalizar los recursos siempre escasos en salud..."

Los conceptos y propósitos que los entrevistados perciben respecto del diseño de la autogestión hospitalaria en red se basan en las dimensiones financieras como determinantes para la autogestión. Asimismo, esta concepción se construye en forma independiente de la responsabilidad directiva de los entrevistados y del centro hospitalario en donde se desempeña profesionalmente.

Implementación

La implementación de la política de autogestión hospitalaria implicó la adaptación de los equipos de salud a nuevas instancias organizacionales y administrativas. La adaptación a los cambios ha estado determinada por la asimetría de información entre los profesionales con responsabilidades directivas de aquellos que se desempeñan en sólo el ámbito clínico.

Los profesionales con responsabilidad directiva, identifican la implementación de los centros de responsabilidad, la asimetría de información y la ausencia de competencias gerenciales como las principales dificultades para la implementación de los cambios organizacionales.

[HSJO-09-EC] "...Yo creo que la dificultad ha sido la coordinación y lo otro implementar un sistema de registro, de costos, porque para ser autogestionados el hospital va a tener que generar sus recursos y para hacer eso tenemos que ver bien cuanto estamos gastando y cuanto estamos produciendo, cual es nuestro producto y a que costo lo estamos sacando y eso ha sido difícil implementarlo..."

[HSJO-10-EC] "...Te digo sin lugar a dudas que es la resistencia al cambio, sobre todo en algún tipo de jefatura, en las cuales están acostumbrados a trabajar en forma independiente y no a trabajar conformando equipos interdisciplinarios, porque de repente los centros de responsabilidad se forman con centros de costos que no son afines los unos con los otros..."

[HRV-06-EC] "...Eh, a nivel organizacional, creo que una vez más como te dije, la poca difusión que se tiene hacia las bases, te llegan los documentos, te llegan como con un mes de atraso, cuando ya tienes que empezarlo a cumplir al día siguiente, que creo que es lo más, no te preguntan si tú cumples o no cumples e insisto voy a ser majadera, con tus recursos, si los tienes o no los tienes, te dicen que lo tienes que hacer con lo que tienes y entonces es uno la tiene que ver como lo hace con lo poco que tiene..."

[HRV-09-EC] "...Las instancias para, preparadas para este proceso, la falta de la implementación también, y además que ha sido muy lenta de la, de los departamentos, de los subdepartamentos de gestión y el cuidado..."

Sin embargo, para los profesionales sin responsabilidad directiva las principales dificultades de los equipos para la implementación de la política de autogestión hospitalaria se han concentrado en las brechas de información, coordinación y resistencia de los equipos para la implementación de los cambios. Las brechas de información han instalado un clima de incertidumbre respecto de las implicancias de los cambios para el desempeño de los equipos y de las instituciones. Más aún, la desinformación ha impactado en la coordinación de los procesos clínicos y administrativos.

[HSJO-18-ES] "...Como dificultad para esto es el tema de temor que sentimos los más nuevos y de cargos no directivos que si se quedan cortos de plata nos den el sobre azul, lo otro que es la gente de los escalafones de servicios no tienen idea de que trata todo esto y están convencidos, al igual que algunos colegas que se trata del inicio de un proceso de privatización, pero eso se da porque no ha habido una buena información, una reunión con la gente del ministerio, servicio y dirección del hospital, con todo el personal de acá, para explicar bien el cuento y despejar las dudas..."

[HSJO-07-ES] "...Y lo otro es coordinarse, porque uno necesita estar como bien coordinado, falta como por lo mismo, desinformación, algo simple que vemos nosotros acá que funcionamos a pedidos, desde las farmacias, entre los servicios, los centros de costos y muchas veces no saben a quién hacerle el pedido o a quien hacerle el cobro; es de consumo porque lo asume un centro de costo o es cargado directamente a una unidad, la desinformación engloba todo, ahora todo es solucionable digo yo..."

[HRV-05-ES] "...Bueno, yo creo que los obstáculos son la resistencia al cambio, primero que nada, no cierto, es una cosa cultural, entonces eso, eh, y atravesado también por las cosas políticas, por todo, todo lo que es el entorno, pero yo creo que las principales trabas, están en el interior y eso es un proceso largo, cuesta ir mostrando, digamos, los beneficios que puede tener una cosa así..."

[HRV-01-ES] "...Yo creo los mayores obstáculos es cambiar la conciencia de las personas, crear la necesidades reales y que la gente entienda la importancia de esto y difundirlo, difundirlo; es poca la difusión que se ha dado, generalmente se invitan a los jefes a todos los programas y cursos de gestión pero en las bases poco y nada se sabe..."

Por otra parte, un aspecto relevante para los entrevistados lo constituyeron las políticas y estrategias de recursos humanos en salud. Existe una importante brecha respecto de las exigencias del diseño e implementación de la política de

autogestión y las competencias de los equipos de salud. Asimismo, la existencia de escaso soporte técnico para la gestión del recurso humano en la etapa de implementación se ha constituido como una importante barrera.

En el caso de los profesionales con responsabilidades directivas, la necesidad de políticas y estrategias en el área de recursos humanos en salud se ha evidenciado en las dificultades para la implementación del modelo de gestión en las instituciones hospitalarias. Específicamente la ausencia de competencias profesionales, disponibilidad de profesionales y desinformación de los equipos de salud respecto de la implementación de los cambios.

[HSJO-02-EC] "...Falta de recurso humano, falta de competencias del personal, falta de sistemas informáticos adecuado para la gestión administrativa..."

[HSJO-08-EC] "...Principalmente la falta de profesionales que existe en el servicio y a nivel país, y al tener unidades separadas y centros de costos distintos uno no puede compartir personal, porque tiene que estar diciendo yo te paso esto tú me pasas esto otro..."

[HRV-19-EC] "...Primero que la gente sepa, conozca, este en conocimiento de los procesos, de los cambios..."

[HRV-17-EC] "...Yo creo que es un poco eso, ah, el cambio de paradigma que viene con, con los nuevos modelos de gestión que trajo la reforma, propuso ahí como hartos desafíos. Ahora, yo desconozco si la información habrá bajado a todos los niveles, qué quizá puede ser uno de los puntos que haya realmente bajado a todos los niveles de esta, de esta gran cadena de funcionarios..."

No obstante la percepción de los entrevistados con responsabilidad directiva, para los profesionales sin responsabilidades directivas la capacitación en nuevas competencias profesionales alineadas con la política de autogestión ha sido el principal obstáculo para la implementación de la autogestión hospitalaria, desde el ámbito de los recursos humanos en salud.

[HSJO-06-ES] "...Para mí la mayor dificultad ha sido el tema de la capacitación, por ejemplo yo jamás he recibido capacitación formal de la institución, todo lo que yo sé es porque hice un diplomado el año pasado, pagado por otra vía, yo me lo pagué, entonces no sé si en general no creo que exista una buena política por parte del hospital respecto a la capacitación, pero en realidad lo desconozco, puede que si exista pero lo que uno ve en la práctica..."

[HSJO-04-ES] "...Creo que más capacitación hace falta, poder evaluar cuáles son los puntos más conflictivos y en esos poder trabajar, como en toda organización hay problemas del clima laboral y de hecho hay sectores que son un poquito más flojitos cuesta que tomen el peso a su trabajo..."

[HRV-05-ES] "...Falta de preparación, la falta de capacitación. La difusión tampoco llega a todo el mundo al mismo tiempo. Los recursos claro que son pocos. Falencias del recurso humano, tanto en cantidad como en las competencias que tiene..."

[HRV-11-ES] "...Lo que se hizo en la autogestión fue entregar una cantidad de plata al servicio, pero no se le dio ninguna herramienta, no se le hizo a la enfermera una capacitación diciéndole mira así se administra, ya..., no se le dijo sabe que usted va a tener por área un asesor eh con un profesional a fin del tema que usted puede ir y consultar todos esos temas..."

Las percepciones de los profesionales respecto de la implementación de la autogestión hospitalaria en red, permiten establecer la relevancia de las políticas y estrategias de recursos humanos en salud como brecha entre el diseño y la implementación.

Opciones de Políticas

Para los entrevistados, aspectos del financiamiento, la asignación de recursos y relacionados a la política y gestión de recursos humanos se constituyen como los principales ámbitos para el diseño e implementación de políticas y estrategias que permitan mejorar el desempeño de las instituciones hospitalarias. No obstante, también identificaron la necesidad de diseñar estrategias dirigidas a establecer diagnósticos organizacionales y abordar la cultura organizacional de las instituciones.

En el ámbito de los recursos humanos en salud, los profesionales con responsabilidad directiva abordan la necesidad de una política de recursos humanos desde la capacitación y entrenamiento gerencial.

[HSJO-02-EC] "...Lo primordial es generar un cambio de mentalidad en el recurso humano, para lograr alinear a todos tras un mismo objetivo. Se deben mejorar todos los procesos y capacitar a los funcionarios en este nuevo modelo de gestión, está claro que no es una tarea simple y que requerirá mucha conversación e información para poder llegar a interiorizar a todos los implicados en el tema..."

[HSJO-09-EC] "...Yo creo que capacitar más y mejor a los funcionarios, porque en este momento la autogestión la comprendemos bien los profesionales que están a cargo de una sección, pero el resto de los funcionarios, ya sean técnicos, paramédicos, auxiliares tienen poco conocimiento y no lo entiende bien y si aquí no remamos todos para el mismo lado, no vamos a llevar bien esta cuestión creo yo, y eso no se ha hecho en forma masiva a todos los funcionarios de que es la autogestión, que es lo que cabe hacer en función de cada uno de nosotros porque todos tenemos que colocar, desde el auxiliar de servicios hasta el jefe del centro de responsabilidad..."

[HRV-14-EC] "...Cambios es en cuanto a mejorar quizá fortalecer las comunicaciones, fortalecer el trabajo en equipo, fortalecer las competencias, que tengan los equipos directivos y los grupos de trabajo que son necesarios para llevar la autogestión, hay que fortalecer al jefe de los centros de responsabilidad, porque él, a ellos se les ha delegado también, se les va a delegar, delegado ya en sí funciones, atribuciones para mejorar la gestión..."

[HRV-09-EC] "...Primero educar a toda la gente que esté involucrada en el tema, desde la jefatura hasta el último funcionario. Dando a conocer educar, entusiasmando, encantando a la gente con el tema. Va a sonar a lo mejor duro, pero habría gente que cambiar..."

Para los profesionales sin responsabilidad directiva, mejorar el desempeño de los equipos de salud pasa por determinar un mejor sistema de designación de profesionales directivos, así como la medición del desempeño de los equipos.

[HSJO-18-ES] "...Para mí de lo más importante es que se designe un director permanente, porque con puros subrogantes no se puede hacer nada..."

[HSJO-04-ES] "...Creo que tenemos que fijarnos metas a corto plazo y cumplirlas, que no se a como servicio público y no venga la gente a quedarse lo hagan bien o mal, no, que si la gente aprecia su trabajo tiene que esforzarse, esa cosa de inamovilidad yo la cambiaría si te exigen algo hay que hacerlo, tenemos la culpa las jefaturas de no ponernos de acuerdo en que si una persona no trabaja bien cambiarla, o decirle, si no haces tú pega bien a aquí a mañana te vas. Es decir sin privatizar tener mentalidad de privado..."

[HRV-11-ES] "...Las personas que están en el nivel más macro, las que están en la cúpula de este asunto, se familiaricen con las necesidades reales de los servicios de salud, de los hospitales públicos, de los consultorios. Hay un tema de presupuesto que no se está tratando a nivel nacional, a nivel legislativo, y hay un tema también que la gente que está a cargo de esto está muy lejano a la realidad que se vive acá, muy lejano, entonces los cambio ni siquiera son tan pequeños, los cambios vienen demasiado arriba..."

[HRV-01-ES] "...Yo creo que los cambios deben partir por las políticas, para empezar, ministeriales, las políticas globales y sobre todo como se está manejando aquí en el hospital de los directivos del hospital..."

En el ámbito del financiamiento, para los profesionales con cargos directivos es prioritario mejorar el sistema de asignación de recursos.

[HSJO-11-EC] "...Bueno yo creo desde el punto de vista macro como siempre, eh, mejorar la infraestructura y los recursos de dinero que deben fluir hacia los hospitales directamente y no a través de los servicios para que sean

efectivamente los hospitales los que, porque al día de hoy hay muchos, por ejemplo, programas que los recursos todavía siguen llegando al servicio..."

[HSJO-12-EC] "...Eh, yo creo que más que nada, más que lo, que nosotros, a ver, yo creo que, es que este hospital es bien especial ah, si tú me lo dices como país, yo creo que mientras no haya una asignación real de recursos no es posible el cambio y eso lo sostengo, a pesar de que tú tengas buenos equipos de trabajo, no solamente es un problema de gestión..."

[HRV-02-EC] "...El cambio más importante debería estar al nivel de la ley de presupuesto, la asignación de los recursos para la salud de acuerdo a lo que realmente se puede, digamos, se puede establecer pero si no hay modificación..."

[HRV-19-EC] "...Cómo se establecen los marcos presupuestarios hospitalarios de cómo se distribuye el presupuesto (...) ordenamiento también de la parte financiera y eso permita que los hospitales trabajen ordenadamente y con el adecuado presupuesto yo creo que ahí no significa de que no exista el control financiero de todo lo que hace el hospital, la idea es ser más responsable con el recurso financiero pero que se trabaje holgadamente y no tener que estar como todas las veces apretados y priorizando..."

Para los profesionales sin responsabilidad directiva, la asignación de recursos no se constituye como la principal opción de política. Por el contrario, perciben aquellos aspectos relacionados al proceso administrativo, así como los relacionados a mejorar los canales de comunicación a través de la función rectora del Ministerio de Salud, como fundamentales.

[HSJO-05-ES] "...Hacer un buen proceso de diagnóstico, ver donde nos falta, clínicas o administrativas, y después supervisar, armar pautas de monitoreo para poder ver los resultados, porque si no monitoreas, cualquier decisión que tomes puede estar equivocada..."

[HSJO-18-ES] "...A ver, yo te diría que lo primero es los recursos, porque del ministerio pasan el hospital a auto gestionado, pero no dejan saldadas las deudas, y como puedes administrarte solo sin plata. Lo segundo es que se organicen unas reuniones informativas, yo creo que por estamento, así se podrían despejar las dudas..."

[HRV-01-ES] "...Yo creo que los cambios deben partir por las políticas, para empezar, ministeriales, las políticas globales y sobre todo como se está manejando aquí en el hospital de los directivos del hospital..."

[HRV-11-ES] "...Las personas que están en el nivel más macro, las que están en la cúpula de este asunto, se familiaricen con las necesidades reales de los servicios de salud, de los hospitales públicos, de los consultorios..."

Independientemente de la condición de responsabilidad administrativa, las opciones de políticas percibidas como necesarias para mejorar la implementación de la autogestión hospitalaria establecen las brechas entre el diseño y la implementación de los cambios organizacionales.

Discusión

Los hallazgos obtenidos en la investigación constituye la primera evidencia cualitativa publicada que aborda la implementación de los EAR desde las percepciones de los profesionales de la salud. Asimismo, permiten establecer las principales brechas que los profesionales de la salud perciben respecto del diseño e implementación de los hospitales de autogestión en red e identifican las principales dificultades que los equipos han enfrentado para la implementación de los cambios.

Para los profesionales de la salud, la percepción respecto de lo que implica la autogestión hospitalaria está determinada por la autonomía percibida respecto de la toma de decisiones, la asignación de recursos y gestión financiera. Si bien la autogestión hospitalaria en Chile no está relacionada a una completa autonomía de los hospitales respecto de la función rectora, la percepción de los profesionales se alinea a los objetivos de la autonomía hospitalaria como una política dirigida a la contención de costos y la eficiencia hospitalaria (Unger, De Paepe, Ghilbert, Soors, Green, 2006; Sharma & Hotchkiss, 2001).

Por otra parte, la etapa de implementación de otras experiencias de autonomía hospitalaria en América Latina ha presentado como factor común, y obstáculo para la implementación, el alto grado de incertidumbre organizacional en los equipos de salud (McPake, Yepes, Lake, Sanchez, 2003; Machado, Giaccone, Alvarez, Carri, 2007). En el caso de la implementación de la autogestión hospitalaria en los casos estudiados, la incertidumbre ha estado relacionada principalmente a los niveles de coordinación dentro de las propias organizaciones hospitalarias, así como de los lineamientos de parte de la rectoría del sistema. Sin embargo, este grado de incertidumbre no se relaciona con la estabilidad laboral, sino con la estabilidad del modo de producción de servicios en el establecimiento.

Otro hallazgo relevante es la percepción respecto de la rotación de directivos hospitalarios en la etapa de implementación, no obstante dicha situación fue destacada como una de las mayores dificultades de los establecimientos para acceder a la categoría de EAR previa modificación del plazo legal (Sociedad Chilena de Administradores en Atención Médica y Hospitalaria, 2009). En el mismo sentido, se ha destacado la falta de reconocimiento y de compromiso más que aspectos pecuniarios, como factores desmotivacionales en directivos hospitalarios en Chile (Bustamante-Ubilla, Del Río-Rivero, Lobos-Andrade, Villarreal-Navarrete, 2009).

Asimismo, si bien la ausencia de una política de recursos humanos para acompañar los cambios en las organizaciones hospitalarias ha sido advertida como una brecha determinante entre el diseño e implementación (Méndez, 2009; Méndez, 2009; Méndez & Torres, 2010; Méndez & Alarcón, 2011) las percepciones de los profesionales reconocen que a siete años de la aprobación de los cuerpos legales de la reforma esta continúa siendo uno de los factores determinantes para la implementación y el desempeño tanto de los equipos como de las instituciones. Más aún, la ausencia de políticas y estrategias dirigidas a recursos humanos en salud fundamenta que esta área sea parte de las opciones de políticas identificadas por los entrevistados como determinantes para mejorar la implementación.

La implementación de la política de autogestión hospitalaria ha contribuido a mejorar la provisión de servicios de salud y los procesos asistenciales. No obstante, la ausencia de competencias organizacionales y estrategias de capacitación para los equipos de salud ha impedido alcanzar de mejor forma los estándares que la autogestión demanda para la institución. Sin duda que avanzar en superar dichos obstáculos será determinante para entregar una mejor provisión de servicios de salud y percepción de satisfacción usuaria. Esto último en razón que existe evidencia que señala la importancia de la evaluación de los procesos de gestión con objetivo de mejorar la satisfacción de los usuarios en los hospitales públicos en Chile (Riveros & Berné, 2007).

Si bien los resultados de la investigación presentan la limitante de basarse en el análisis de los discursos de profesionales de la salud pertenecientes a sólo dos hospitales de alta complejidad bajo el régimen de autogestión, la homogeneidad estructural de la función de provisión pública del sistema de salud chileno permite cierto nivel de transferibilidad de los hallazgos a otros hospitales del país. Por otra parte, los resultados obtenidos plantean la necesidad de conducir nuevas investigaciones dirigidas a medir el impacto de la implementación de la autogestión hospitalaria en el desempeño de los equipos de salud y de los hospitales.

Referencias

Artaza O. (2008). Los desafíos de la autogestión hospitalaria. *Rev Chil Pediatr*; 79: 127-30.

Belmartino S. (2005). Una década de reforma de la atención médica en Argentina. *Salud Colectiva*; 1(2): 155-171.

Bustamante-Ubilla MA, Del Río-Rivero MC, Lobos-Andrade GE, Villarreal-Navarrete PI. (2009). Percepción de la motivación de los directivos intermedios en tres hospitales de la Región del Maule, Chile. *Salud Publica Mex*; 51: 417-426.

Calderón C. (2002). Criterios de calidad de la investigación cualitativa en salud (ICS): apuntes para un debate necesario. *Rev Esp Salud Pública*; 76: 473-482.

DiCicco-Bloom B, Crabtree BF. (2006). The qualitative research interview. *Medical Education* ; 40: 314-321.

Echeverri O. (2008). Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. *Rev Panam Salud Publica*; 24(3): 210-216.

Elo S, Kyngäs H. (2008). The qualitative content analysis process. *Journal of Advanced Nursing* ; 62(1): 107-115.

Fitzpatrick R, Boulton M. (1994). Qualitative methods for assessing health care. *Qual. Saf. Health Care* ; 3: 107-113.

García-Prado A, Chawla M. (2006). The impact of hospital management reforms on absenteeism in Costa Rica. *Health Policy Plan*; 21(2): 91-100.

Hernández M. (2002). Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. *Cad Saúde Pública*; 18(4): 991-1001.

Homedes N, Ugalde A. (2005). Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Rev Panam Salud Publica*; 17(3): 210-220.

Hsieh H, Shannon SE. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qual Health Res*; 15(9): 1277-1288.

Jack W. (2003). Contracting for health services: an evaluation of recent reforms in Nicaragua. *Health Policy Plan*; 18(2): 195-204.

Ley 19.937 de Autoridad Sanitaria y Gestión. Publicada en el Diario Oficial el 24 de Febrero de 2004, Chile.

Lloyd-Sherlock P. (2005). Health sector reform in Argentina: a cautionary tale. *Soc Sci Med*; 60: 1893-1903.

Machado AL, Giaccone M, Alvarez C, Carri P. (2007). Health reform and its impact on healthcare workers: a case study of the National Clinical Hospital of Cordoba, Argentina. *Social Medicine*; 2(4): 156-164.

Malterud K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*; 358: 483-88.

McPake B, Yepes F, Lake S, Sanchez L. (2003). Is the Colombian health system reform improving the performance of public hospitals in Bogotá? *Health Policy Plan*; 18(2): 182-94.

Méndez CA, Alarcón A. (2011). Alineación del recurso humano y regulación de la competencia como factores claves para la autogestión hospitalaria en Chile. *Rev Chil Salud Pública*; 15(2): 90-97.

Méndez CA, Torres MC. (2010). Autonomía en la gestión hospitalaria en Chile: los desafíos para el recurso humano en salud. *Rev. Saúde Pública*; 44(2): 366-371.

Méndez CA. (2009). Los recursos humanos de salud en Chile: el desafío pendiente de la reforma. *Rev Panam Salud Pública*; 26(3): 276-80.

Méndez CA. (2009). Reflexión sobre la planificación de los recursos humanos y la autonomía de gestión en los hospitales de Chile. *Rev Esp Salud Pública*; 83: 371-378.

Mesa-Lago C. (2007). Social security in Latin America: pension and health care reforms in the last quarter century. *Latin American Research Review*; 42(2): 181-201.

Nancuante U, Romero A. (2008). *La reforma de la Salud*. 1ª ed. Santiago de Chile: Editorial Biblioteca Americana.

Onwegbuzie AJ, Leech NL. (2007). Validity and qualitative research: an oxymoron? *Quality & Quantity* ; 41: 233-249.

Onwegbuzie AJ, Leech NL. (2007). A call for qualitative power analyses. *Quality & Quantity* ; 41: 105-121.

Retamal M. (2009). Autogestión hospitalaria en cifras. *Rev Chil Salud Pública*; 13(3): 169-174.

Riveros J, Berné C. (2007). Análisis de la opinión de usuarios sobre calidad percibida y satisfacción con hospitales públicos: estudio de caso desde la perspectiva de la aplicación del marketing. *Rev Méd Chile*; 135: 862-870.

Sharma S, Hotchkiss D. (2001). Developing financial autonomy in public hospitals in India: Rajasthan's model. *Health Policy*; 55: 1-18.

Sociedad Chilena de Administradores en Atención Médica y Hospitalaria. (2009). Los desafíos pendientes de la autogestión hospitalaria en red. *Cuad Med Soc (Chile)*; 49: 171-77.

Unger JP, De Paepe P, Ghilbert P, Soors W, Green A. (2006). Disintegrated care: the Achilles heel of international health policies in low and middle-income countries. *International Journal of Integrated Care*; 6(18): 1-13.

Tabla 1. Características de la muestra.

Variable	HRV±		HSJO‡	
	N	%	N	%
Sexo				
Masculino	5	24	7	37
Femenino	16	76	12	63
Total	21	100	19	100
Edad				
20 – 30	1	5	1	5,3
31 – 40	4	19	4	21
41 – 50	6	28	4	21
51 – 60	9	43	9	47,4
61 – 70	1	5	1	5,3
Total	21	100	19	100
Profesión				
Médico Cirujano	3	14	8	42
Enfermera(o)	13	61	2	10,5
Tecnólogo Médico	1	5	1	5,3
Asistente Social	0	0	1	5,3
Kinesiólogo	0	0	1	5,3
Nutricionista	0	0	1	5,3
Matrona	2	10	1	5,3
Químico Farmacéutico	0	0	3	15,7
Abogado	0	0	1	5,3
Administrador Público	1	5	0	0
Ingeniero Comercial	1	5	0	0
Total	21	100	19	100
Años de Servicio				
01 - 10	6	28	9	47,4
11 – 20	4	19	1	5,3
21 – 30	6	29	4	21
31 – 40	5	24	5	26,3
Total	21	100	19	100

± Hospital Regional de Valdivia. ‡ Hospital San José de Osorno.

Tabla 2. Guía de entrevista semi-estructurada en profundidad.

Guión de Preguntas
<ul style="list-style-type: none"> • ¿Qué entiende usted por autogestión? • ¿Cuáles cree usted son los propósitos de autogestionar los hospitales? • ¿Cuáles cree usted son las consecuencias para la gestión hospitalaria? • ¿Cuáles han sido los obstáculos organizacionales para implementar la autogestión? • ¿Cuáles cree usted han sido las dificultades de los equipos para la implementación? • ¿Cuáles han sido las fortalezas organizacionales para la implementación? • ¿Cuáles han sido las fortalezas de los equipos para la implementación? • ¿Qué cambios cree usted son necesarios para mejorar la autogestión?

Tabla 3. Esquema de codificación.

Unidad de Análisis	Código
<ul style="list-style-type: none"> • Autogestión 	<ul style="list-style-type: none"> • Concepto • Objetivo • Diseño • Implementación • Evaluación
<ul style="list-style-type: none"> • Provisión 	<ul style="list-style-type: none"> • Garantías • Gestión • Modelo • Integración • Regulación
<ul style="list-style-type: none"> • Recursos humanos 	<ul style="list-style-type: none"> • Distribución • Retención • Desempeño • Competencias • Regulación
<ul style="list-style-type: none"> • Políticas 	<ul style="list-style-type: none"> • Financiamiento • Recursos humanos • Provisión • Regulación • Integración

Tabla 4. Categorías y subcategorías temáticas.

Categoría	Subcategoría
<ul style="list-style-type: none"> • Autogestión en Red. 	<ul style="list-style-type: none"> • Significado • Objetivos • Diseño • Impacto
<ul style="list-style-type: none"> • Implementación 	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios Organizacionales • Obstáculos Organizacionales • Equipos de Salud
<ul style="list-style-type: none"> • Opciones de Políticas 	<ul style="list-style-type: none"> • Recursos Humanos • Financiamiento