Universidad Austral de Chile
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería

"PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD CON RESPECTO A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA AUTOGESTIÓN HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL CLINICO REGIONAL VALDIVIA"

Tesis presentada como parte de los
Requisitos para optar al grado de
Licenciado en Enfermería

Paulina Nicole Andrea Neira Jara
Doris Alejandra Oyarzo Espinoza
Francisco Ignacio Valeria Schönherr

VALDIVIA – CHILE

Abril 2012

Universidad Austral de Chile
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería

"PERCEPCIÓN DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD CON RESPECTO A LA IMPLEMENTACIÓN DE LA AUTOGESTIÓN HOSPITALARIA EN EL HOSPITAL CLINICO REGIONAL VALDIVIA"

Tesis presentada como parte de los
Requisitos para optar al grado de
Licenciado en Enfermería

Paulina Nicole Andrea Neira Jara
Doris Alejandra Oyarzo Espinoza
Francisco Ignacio Valeria Schönherr

VALDIVIA – CHILE

Abril 2012

PROFESOR PATROCINANTE

Nombre: Claudio Arturo Méndez Valenzuela.
Profesión: Matrón, Licenciado en Obstetricia y Puericultura.
Grado: Magíster en Salud Pública.
Instituto: Salud Pública.
Facultad: Medicina.

Firma:

PROFESORES INFORMANTES

Nombre: María Julia Calvo Gil.
Profesión: Enfermera, Licenciada en Educación.
Grado: Magíster en Bioética.
Instituto: Enfermería.
Facultad: Medicina.

Firma:

Nombre: René Mauricio Barría Pailaquilén.
Profesión: Enfermero.
Grado: M. Sc. Epidemiología Clínica DrPH©.
Instituto: Enfermería.
Facultad: Medicina.

Firma:

AGRADECIMIENTOS

…Mientras vueles, nunca olvides las ansias, que sentías por volar. Y mientras más alto llegues, jamás olvides aquel viento, que te dio aliento, allá abajo en la penumbra…

En primer lugar queremos entregar nuestros más sinceros agradecimientos al profesor Claudio A. Méndez V. por su constante apoyo, paciencia, confianza, amabilidad y por supuesto, por darnos la oportunidad de realizar esta investigación, que sin duda fue un gran desafío para nosotros y asimismo dar un mayor realce a nuestra carrera. A nuestros profesores informantes, María Julia Calvo G. y Mauricio Barría P. por su excelente disposición siempre.

A todos los entrevistados que colaboraron amable y desinteresadamente para que este trabajo de investigación sea posible.

Agradecer a nuestros padres, familia y los amigos que sin su motivación, esfuerzo, dedicación, comprensión y apoyo, estas líneas jamás hubiesen llegado al papel…

Muchas gracias a todos…

ÍNDICE

CONTENIDO	PÁGINAS
RESUMEN	**I**
SUMMARY	**II**
1. INTRODUCCIÓN	**1**
2. MARCO TEÓRICO	**3**
Aspectos Conceptuales de la Autonomía Hospitalaria	3
Experiencias de Autonomía Hospitalaria en América Latina y el Caribe	4
Implementación de la Autonomía Hospitalaria en América Latina y el Caribe	7
La Autogestión Hospitalaria en Chile	8
3. OBJETIVO GENERAL Y OBJETIVOS ESPECÍFICOS	**12**
4. MATERIAL Y MÉTODO	**13**
Tipo de Estudio	14
Área de Estudio	14
Universo de la Muestra	15
Instrumento	15
Recolección de la Información y Trabajo de Campo	16
Análisis de la Información	16
Limitaciones	17
Aspectos Éticos	18
5. RESULTADOS	**19**
6. DISCUSIÓN	**32**
7. CONCLUSIÓN	**35**
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	**36**
9. ANEXOS	**40**

I. RESUMEN

En el año 2002 se inició un proceso de reforma sanitaria en Chile, que a nivel organizacional introdujo la figura de los Establecimientos Autogestionados en Red. Estos serían aquellos hospitales públicos de alta complejidad que podrían optar por sus propios modelos organizacionales. No obstante, a siete años del inicio de su implementación, no existe evidencia desde las percepciones de los equipos de salud relacionados a los aspectos que han dificultado su implementación, así como aquellos que requieren de mayor desarrollo dentro de las instituciones hospitalarias. La presente investigación tuvo por objetivo identificar la percepción de los profesionales de la salud con respecto a los cambios en la gestión hospitalaria producto de la autogestión en red dentro del Hospital Clínico Regional de Valdivia, durante el periodo 2010-2011.

Metodológicamente la investigación correspondió a un estudio cualitativo descriptivo - exploratorio en base a entrevistas individuales semi – estructuradas en profundidad. El universo de estudio correspondió a profesionales de salud que realizan labores clínicas, directivas o de coordinación en el Hospital Clínico Regional Valdivia. A través de un muestreo por conveniencia y en bola de nieve, se seleccionaron 20 profesionales. El análisis de la información se realizó mediante la técnica de análisis de contenido en su aproximación convencional.

Para los profesionales entrevistados, la implementación de los hospitales autogestionados no se ha podido llevar con fluidez. Entre la información obtenida se identifican que los principales obstáculos se refieren al manejo de las políticas sanitarias establecidas; la escasa incorporación del recurso humano a este proceso y los déficit de recursos financieros y materiales, por otro lado son estos mismos los que refieren que los equipos de salud y el equipo directivo ha tenido las cualidades necesarias para seguir promoviendo el proceso de implementación de los EAR. Finalmente proponen cambios necesarios para llevar con éxito este proceso, entre los cuales se destaca el mejoramiento de la gestión del recurso humano y la inyección de financiamiento.

Como conclusión se plantea que la asimetría en la información existente, evidencia el déficit de competencias gerenciales efectivas dentro de la institución relacionado con la difusión de la información. Por otro lado los aspectos organizacionales que facilitan la autogestión hospitalaria son: El trabajo en equipo, la responsabilidad, motivación y liderazgo de los distintos equipos de salud, que son piezas fundamentales para poder llevar a cabo esta nueva reforma y finalmente para poder mejorar y avanzar en la etapa de la implementación de la etapa de autogestión hospitalaria, es necesario considerar políticas de recurso humano, que

incluyan aspectos como: Capacitación, financiamiento y formación sobre los nuevos lineamientos de la actual reforma sanitaria.

II. SUMMARY

In 2002 began a process of health reform in Chile, that organizational level introduced the figure of the self-managed establishments. These would be highly complex public hospitals that could choose their own organizational models. However seven years into its implementation there is no evidence from the perceptions of equipment related to health issues that have hindered their implementation, well as those that require further development within hospitals institutions. This research aimed to identify the perception of health professionals with respect to changes in hospital management product of self-management network within the Regional Hospital of Valdivia, for the period 2010 – 2011.

Methodologically the research corresponded to a descriptive qualitative study – exploratory interviews based on semi – structured in-depth. The study group corresponded to health professionals who perform clinical tasks, directives or coordination in regional clinical hospital of Valdivia. Through a convenience and snowball sampling, selected 20 professionals. The information analysis was performed using the content analysis technique in conventional approach.

For the professionals interviewed, the implementation of self – managed hospitals failed to take fluently. Among the information obtained to identify the main obstacles relate to the management of health policies established; limited integration of human resources to this process and the deficit of financial and material resources, on the other hand are those who refer to themselves health teams and the management team has qualities needed to further promote the EAR implementations process. Finally propose changes necessary to successfully lead this process, among which is the improvement of human resource management and funding injection.

In conclusion states that information asymmetry existing evidence on effective managerial skills shortage within the institution related to the disseminations of information. On the other organizational aspects that facilitate self – managed hospitals are: teamwork, responsibility, motivation and leadership of individual health teams, that are key to carrying out this new reform and ultimately to improve and advance the implementation of the self – managed

hospital stage is necessary to consider human resource policies that include aspects such as: training, financing and training on the new guidelines of the current health reform.

1. INTRODUCCIÓN

Las políticas públicas en salud tanto en Chile como a nivel mundial son un tema siempre complejo de abordar, debido a la constante evolución que ha existido durante los últimos 40 años en el ámbito sanitario[1]; esto ha sido un punto importante en la agenda política de los gobiernos, y una de las principales preocupaciones de los organismos internacionales aunque existan diferencias entre los temas de mayor relevancia de cada país[2]. La situación en Chile ha cambiado manifestándose en una constante baja en los indicadores de morbimortalidad los cuáles son atribuibles a la disminución de las enfermedades infecciosas, circulatorias, muertes neonatales y tuberculosis; además de la transición sociodemográfica que ha existido desde el año 1960 al año 2001, en donde queda de manifiesto el aumento de la sobrevida de los grupos etáreos de adultos y adultos mayores[1].

Con respecto al desarrollo de la red hospitalaria éste ha presentado disímiles énfasis históricos. En la década de los cincuenta, la creación del Servicio Nacional de Salud permitió ampliar la cobertura de la provisión de servicios de salud a través de la creación de una mayor infraestructura hospitalaria[3]. Sin embargo, en la década de los ochenta, la reforma al sistema de salud se tradujo en una precarización de los servicios hospitalarios en razón de otorgar un mayor espacio de desarrollo a la provisión privada de instituciones de salud.[4]

Todos estos indicadores provocaron que en el año 2002 el Ministerio de Salud iniciara un proceso de reforma al sistema sanitario, en donde se conceptualiza a los sistemas de salud como todas aquellas instancias cuyo fin último sea entregar provisión de salud[5,6]. Como una de las principales funciones, la provisión involucra la coordinación entre distintas instancias institucionales para un buen desempeño de los sistemas. Al respecto, las instituciones hospitalarias cumplen un papel de relevancia al estar históricamente asociadas al éxito o fracaso de las metas que persiguen los sistemas de salud.

En el caso de la organización hospitalaria, la reforma propuso la creación de los Establecimientos Autogestionados en Red (EAR), con el fin de que todos los hospitales públicos del país puedan existir independientemente, logren ser autogobernados, autofinanciados y autogestionados, pero regulados por el Estado. Previo a la reforma, los hospitales se caracterizaban por estar sujetos a la centralización de los recursos y depender directamente del Ministerio de Salud[7]. En tal sentido, con la implementación de los EAR se busca el aumento de la eficiencia, que exista un reconocimiento de las responsabilidades no médicas, estimular la competencia entre las instituciones prestadoras de la salud; a nivel financiero se busca mantener una rendición de cuentas, recuperar los costos y mantener los

excedentes institucionales; a nivel de usuario, elección de las prestaciones, promover la participación de la comunidad en salud, y de esta forma mejorar la calidad de los cuidados[8].

Como estrategia, se espera que la autonomía hospitalaria permita fijar metas y competir con mayor calidad y eficiencia, que se mejoren las reinversiones y se implementen planes de mercadeo; a nivel de profesionales de la salud se busca una mayor motivación de los equipos multidisciplinarios, mediante programas de capacitación y el fortalecimiento de las habilidades que favorezcan el clima organizacional, asimismo mejorar la calidad en la entrega de los cuidados y la reducción de los costos[8].

Actualmente y a siete años de iniciado el proceso de reforma en salud, no existe evidencia a nivel nacional relacionada a la evaluación de la implementación de la autogestión. No obstante, sí existe evidencia internacional respecto del impacto en la implementación de diseños de autonomía en la gestión de los hospitales que permiten inferir los beneficios, dificultades y barreras de los cambios establecidos. Como profesionales de Enfermería que ejercen las diferentes áreas del rol dentro de un hospital y cuya labor principal es la gestión del cuidado se hace imprescindible conocer cuál es la percepción que tienen los profesionales clínicos del Hospital Clínico Regional de Valdivia (HCRV) con respecto a la implementación de la autogestión en red, con el fin de poder identificar y analizar aquellos aspectos organizacionales que facilitan y dificultan el proceso de implementación.

2. MARCO TEÓRICO

En el presente marco teórico se abordarán las diferentes temáticas relacionadas a la autonomía hospitalaria. En la primera parte del capítulo, se describirán los aspectos conceptuales relacionados a la autonomía hospitalaria, para posteriormente en una segunda sección describir las principales experiencias de autonomía en América Latina y el Caribe. Finalmente se describe el proceso de reforma de la salud en Chile y las implicancias del diseño e implementación en los establecimientos de autogestión en red para la provisión pública de servicios de salud.

2.1 Aspectos Conceptuales de la Autonomía Hospitalaria

El desempeño de los hospitales ha sido la cara visible de la implementación de nuevas reformas en salud. Las capacidades organizativas constantemente están siendo evaluadas a través del cumplimiento de las metas sanitarias propuestas. Es por esto que continuamente se desarrolla un fortalecimiento enfocado hacia un funcionamiento eficiente y eficaz de la estructura organizacional. Si bien las reformas de salud en muchos países son diseñadas desde la perspectiva racional designadas a nivel central, planeadas burocráticamente y con sistemas de control, son estas mismas las que les han otorgado heterogeneidad y un mayor estatus a la organización de los hospitales del Estado. Aunque las políticas públicas se basan en la realidad particular de cada país, hay ciertos temas que se incluyen en la mayoría de las agendas sociales de los distintos gobiernos a nivel mundial; como por ejemplo, la heterogeneidad en la organización y descentralización de los servicios de salud; el cual se refiere a la separación de la financiación y las prestaciones de salud, semiautonomía de las instituciones proveedoras y la descentralización geográfica de la provisión de salud[9]. Es en este contexto en donde la discusión respecto de la autonomía en la gestión de las instituciones hospitalarias ha sido un aspecto relevante, ya que permitiría a los hospitales movilizar ingresos y disminuir costos en los presupuestos de los gobiernos.

Según su etimología, autonomía se define como la capacidad de poder gobernarse bajo sus propias leyes. A nivel de instituciones hospitalarias públicas, involucra existir independientemente, ser autogobernados, autofinanciados y autogestionados, pero regulados por el Estado[10]. Así también lo que determina el grado de autonomía en la organización de los hospitales será el grado de descentralización en la toma de decisiones, en la formulación de políticas públicas y en las medidas de gestión que se instauren en la institución[10]. Al mismo tiempo, este concepto involucra un dinamismo que permite una evolución constante respecto del contexto en donde se desarrolle[11].

Otros autores la definen como un proceso de permanente aprendizaje y cambio, que promueve la responsabilidad en la gestión institucional, optimizando la calidad de los servicios y teniendo pleno compromiso e independencia gerencial y financiera que permita lidiar con su propio desarrollo[11].

Por otra parte, los objetivos de la autonomía hospitalaria se han dirigido al aumento de la eficiencia, que exista un reconocimiento de las responsabilidades no médicas, estimular competencia entre instituciones prestadoras de salud, a nivel financiero; rendición de cuentas, recuperar costos, y aumentar los excedentes institucionales; en el ámbito de beneficios por parte del usuario; elección de las prestaciones, promoviendo la participación de la comunidad en el manejo de la salud, y de esta forma mejorar la calidad de los cuidados[8].

Finalmente como estrategia se espera que la autonomía hospitalaria permita fijar metas y competir con calidad y eficiencia, mejorar las reinversiones e implementar planes de mercadeo, motivación de los equipos multidisciplinarios en salud de las instituciones hospitalarias, mediante programas de capacitación y fortalecimiento de habilidades que fortalezcan el clima organizacional y por último mejorar la calidad en la entrega de los cuidados y la reducción de los costos en salud[8].

No obstante las diferencias conceptuales respecto de lo que involucra la autonomía hospitalaria, algunos autores han propuesto diversas dimensiones para su evaluación e implementación, con el fin de establecer mejoras en instituciones hospitalarias a través de guías metodológicas, donde se describen características de la autonomía hospitalaria que pudiesen ser aplicadas en instituciones del sector salud. Con respecto al rol del Estado este aborda temas generales como la formulación de objetivos sanitarios a nivel nacional; creación de programas de salud, asignación de recursos financieros y también establece metas específicas a los hospitales, donde se abordan los temas sobre sus roles y funciones, e instaurar criterios de evaluación, entre otros. En la toma de decisiones a nivel del Hospital se destacan 5 funciones abordadas por la autogestión: **Gestión Estratégica,** que se refiere a la función de poder definir los objetivos globales de cada hospital, estableciendo metas, tareas y responsabilidades; como también procurar que se cumplan las políticas sanitarias establecidas, **Provisión,** que se relaciona con la adquisición de medicamentos, recursos tanto médicos como no médicos y la implementación de infraestructura para los usuarios. **Gestión Financiera, Gestión de Recursos Humanos** y **Administración**[10].

2.2 Experiencias de Autonomía Hospitalaria en América Latina y el Caribe

A comienzos de la década de los 90, en diversos países de América Latina y el Caribe se iniciaron procesos de reformas a los sistemas de salud[12]. Derivado de esto, se iniciaron diversos procesos de reorganización en las políticas de Estado, de esta manera comenzaron a

implementarse nuevas reformas en el sector salud y en seguridad social, con el propósito de evolucionar en las políticas sociales vigentes y en la restructuración del Estado. La implementación de dichos procesos de reforma ha involucrado diferentes experiencias en los distintos países en donde han ocurrido estos cambios, sin embargo para algunos autores las reformas sanitarias han evidenciado un avance discreto. En el caso de las instituciones hospitalarias, estos procesos de reforma permitieron que algunos países desarrollaran experiencias de autonomía. Las principales experiencias se han desarrollado en países como: Colombia, Argentina, Panamá, Costa Rica y Brasil.[13]

En el caso del sistema de salud colombiano, la reforma entró en vigencia con la aprobación de la Ley 100. Esta Ley implicó la descentralización del sistema de salud y la introducción de una lógica mixta de aseguramiento y provisión de salud. Previo a la reforma, el sistema de salud colombiano estuvo integrado por un sistema de seguridad social privado y un sistema público basado en un modelo de suministro, en el cual los hospitales públicos, recibían recursos directamente del gobierno y eran responsables de proporcionar asistencia médica, especialmente a la población de bajos ingresos[14].

Aunque las personas que tenían menores recursos debían tener acceso a los servicios de salud gratis o a un bajo costo, este acceso en realidad era bastante limitado por la incapacidad de pago de estos usuarios. Ante este escenario, la reforma introdujo un modelo basado en dos regímenes que componen este sistema de seguridad social de salud, los cuales son: el Régimen Contributivo y el Régimen Subsidiado. El primero cubre a la población con capacidad de pago y se financia mediante un impuesto del 12% de los ingresos. El segundo cubre a la población pobre que no tiene suficiente capacidad económica y a sus familias con una doceava parte de los recursos del ministerio de salud[15].

Esta reforma estuvo orientada a mejorar la equidad, eficiencia, eficacia y calidad del Sistema de Salud Colombiano, con el fin de que los usuarios perciban una evolución de la salud en su país[16]. En esta nueva reforma sanitaria, los individuos se afilian a un Plan Obligatorio de Salud (POS) mediante un pago económico (cotización o subsidio), lo que les dará acceso a un conjunto de beneficios. Estos pagos los recaudan las Empresas Promotoras de Salud (EPS), las cuales administran y dan la prestación de los servicios comprendidos en el POS. Por cada una de las personas afiliadas, cada EPS recibe una suma de dinero que cubre el costo promedio del POS. Los servicios que requiere el afiliado serán provistos por las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) previo contrato con las EPS, de esta manera los hospitales públicos colombianos podrían adquirir autonomía, tanto para adquirir contratos con las EPS, como para entregar prestaciones de salud de acuerdo a sus propias metas y generar así sus propios recursos[16].

En la misma década, la reforma Argentina descentralizó el sistema de salud, tanto en el aseguramiento de los servicios como en la provisión de éstos[17]. Los hospitales públicos se

establecieron como instituciones autogestionadas, los cuales podían establecer contratos con aseguradoras y prestadores privados para aquellos servicios que no podían entregar, cobrar copagos y destinar parte de sus ingresos para incentivos en el área de los recursos humanos [18]. El objetivo de esta nueva reforma en salud apuntaba a que su implementación provoque una mejoría y un incremento de la eficiencia, además de que exista una mejor asignación de los recursos destinados a la salud[19].

En el caso de Panamá en el año 2000 el Hospital de Panamá Integrado San Miguel de Arcángel (HISMA) ubicado en San Miguel, región de Panamá, adopta un nuevo modelo de Gestión en Políticas Públicas. El Ministerio de Salud (MS) y el Instituto de Seguridad Social (ISS) otorgan sus recursos anuales a CONSALUD, que es una entidad pública que permite a los contribuyentes del sistema público contratar servicios a ambos sectores; públicos y privados. Esta entidad compra los servicios hospitalarios de HISMA en nombre del MS y el ISS a un valor previamente acordado; por lo tanto HISMA recibe de CONSALUD una cantidad de ingresos que está directamente relacionada con los tipos y volúmenes de servicios que proporcione a los usuarios. Es así como HISMA se transforma en el proveedor único de los servicios hospitalarios de esta región[20].

En Brasil en 1988 el Congreso crea una nueva Constitución, en la cual se establece que la salud es un derecho universal y de responsabilidad del estado. El artículo 198 estableció un Sistema Único de Salud (SUS), con redes regionalizadas y descentralizadas de salud[21]. Es así, como la descentralización dejó la atención primaria a los municipios y la atención más compleja y de hospitalización a los Estados[22], ambos bajo el resguardo de las Secretarías de Salud. En tanto el Ministerio de Salud opera a nivel federal[21]. En cuanto al sector privado el artículo 199 define un papel complementario para las instituciones privadas de salud, pero reguladas por el SUS. El objetivo principal de la descentralización es la racionalización de los servicios de salud en base a una combinación pública-privada[19]. Esta mezcla pública-privada se da en los años noventa en el estado de Sâo Paulo, en donde los hospitales privados y sin fines de lucro logran una gran autonomía en su gestión como institución [23].

Otras experiencias como la de Costa Rica, se desarrollaron producto de serias deficiencias en las políticas públicas en salud. Los profesionales de la salud contaban con un sistema de control, tanto en la asistencia como el control horario, muy débil y cada vez aumentaba el ausentismo laboral, que se hacía cada vez más generalizado en los hospitales públicos del país, esto conllevaba a un atochamiento de los centros de salud y la población en las zonas rurales tenían muchas dificultades para acceder a la atención primaria de salud. Todos estos problemas detonaron una serie de reformas estructurales en la organización, financiación y prestación de servicios en el Sistema de Salud. Estas reformas tenían como objetivo la autonomía de los hospitales públicos en su gestión, en el presupuesto y en los recursos humanos, pudiendo lograr así mayor eficiencia y calidad[24].

Aquello provocó que el país comenzara a experimentar con la privatización de los servicios de salud, esto a través de la conversión de las clínicas del sector público a las cooperativas de proveedores sin fines de lucro[25]. Estas cooperativas reciben un pago por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), lo cual permitía a los usuarios realizarse los exámenes, la atención especializada y la hospitalización, además de que los medicamentos también eran proporcionados por la CCSS[26].

2.3 Implementación de la Autonomía Hospitalaria en América Latina y el Caribe

La implementación de la autonomía hospitalaria en América Latina y el Caribe, no siempre ha sido del todo exitosa en las diferentes experiencias descritas con anterioridad. Si bien la implementación buscó mejorar la eficacia, eficiencia, el acceso y la financiación de las instituciones, algunas experiencias presentaron problemas durante su implementación. Principalmente, estas dificultades se presentaron tanto a nivel de gestión como en los equipos de salud[27].

Las experiencias observadas en países como Colombia y Argentina, dan cuenta de las complejidades previamente descritas. Si bien en Colombia se produjo un aumento en la cobertura del sistema de salud pública[16], con la implementación de las EPS y las IPS se estableció un escenario de incertidumbre dentro de los hospitales. En los equipos de salud se creó un clima de desconfianza y de inestabilidad laboral, en donde el mayor temor se centró en asociar la autonomía con la privatización de los hospitales[28]. En temas de recursos humanos, con la contratación de terceros por parte de las IPS se generó una mayor flexibilidad laboral y una reducción en los salarios[11]. La implementación de la experiencia en Argentina presentó efectos similares dentro de los equipos de salud, generándose un ambiente de desconfianza y temor[29].

De forma paralela la autonomía implicó que en países como Argentina, se precarizaran las condiciones laborales de los recursos humanos[30]; determinada por la flexibilidad en cuanto a los requerimientos y asignación de los recursos, causando un ambiente de temor y desconfianza en los equipos de salud[29,31]. Un aspecto determinante de lo anterior fue la discrecionalidad de la asignación presupuestaria relacionada a los recursos humanos en las distintas regiones del país[17].

Sin embargo para países como: Panamá, Brasil y Costa Rica, algunas investigaciones han establecido una mejora de la eficiencia de las instituciones hospitalarias. En Panamá, el HISMA, en su primer año de implementación arrojó resultados positivos en productividad, calidad de la atención y eficacia en la gestión de recursos económicos y técnicos[20]. En Brasil los hospitales de São Paulo demostraron mayor eficiencia en su gestión, siendo diferente la realidad existente en los demás hospitales públicos del país que no obedecían a una mezcla

público-privada[23]. En Costa Rica los servicios hospitalarios mejoraron su eficiencia utilizando incentivos financieros, además de esto los costos de la gestión hospitalaria fueron manejados sin descuidar la calidad en la entrega de los cuidados[32].

Las experiencias previamente descritas, permiten evidenciar la dificultad en el tránsito desde el diseño a la implementación de estrategias tendientes a reformar las organizaciones hospitalarias. Si bien las experiencias descritas obedecen a distintos contextos nacionales, en razón de la homogeneidad de las reformas de salud de la década de los noventa en el continente, algunas de estas dificultades pueden ser plenamente contextualizadas al caso de Chile.

2.4 La Autogestión Hospitalaria en Chile

Al igual que la mayoría de los países de Latinoamérica, Chile inicia un proceso de reforma de salud que responde a un conjunto de factores que se presentaron bajo circunstancias epidemiológicas, políticas y sociales. En 1990 cuando se reinstala la democracia en Chile, el colectivo ciudadano percibía la salud como sinónimo de inequidad en los distintos niveles de salud y según la condición social, dificultad en el acceso (listas de espera), trato inadecuado a los usuarios, entre otros. Estas condicionantes auguraban la necesidad de implementar mejoras en la calidad de salud de los chilenos[33,34].

A mediados de la presente década se inició un proceso de reforma de salud en el país, cuyos principios orientadores fueron establecer[33]:

- Derecho a la Salud
- Equidad en Salud;
- Solidaridad en Salud
- Eficiencia en el uso de los recursos
- Participación social en Salud

Estos principios se alinearon al objetivo principal con que se plantea esta nueva reforma sanitaria, el cual fue; *«Mejorar la salud de la población, garantizando el derecho a la salud de todas las personas, a partir de sus expectativas y aspiraciones e incorporando mecanismos de disminución de las desigualdades sanitarias»*[33].

Finalmente el proceso involucró el diseño de 5 proyectos de Ley, los cuales fueron aprobados paulatinamente entre los años 2003 y 2005: Financiamiento, ISAPRES, autoridad sanitaria, derechos de los pacientes y AUGE (Acceso Universal con Garantías Explícitas)[35]

- **Ley Nº 19.888** del 2003, de **Financiamiento**, con el propósito de asegurar el cumplimiento de los objetivos prioritarios, entre ellos el Plan AUGE, para lo cual se consideró alzas del impuesto al valor agregado y de otros impuestos específicos[7,36].

- **Ley de ISAPRES**, que se separa en 2 proyectos; **Ley Nº 19.895** del 2003, corta de ISAPRES, de supervigilancia y control, instruyó sobre normas de solvencia y protección a las personas incorporadas a instituciones de salud previsional, también interviene en las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) y en las compañías de seguros. La **Ley Nº 20.015 del 2005, Larga de ISAPRES**; que abarcó lo relacionado con la regulación anual de contratos y reajuste de precios de los planes de salud, regula también lo que concierne a la elaboración de aranceles de prestaciones y la difusión de información por parte de la Intendencia[7,12,36].

- **Ley Nº 19.937** del 2004, de **Autoridad Sanitaria** que establece diferentes modalidades de gestión a través de la separación de las funciones de salud pública de las de prestación de servicios de salud, para ello se crearon 2 subsecretarías: de Salud Pública y de Redes Asistenciales. A nivel de los servicios de salud se crea la figura de los "hospitales autogestionados en red", pero a la misma vez la ley les otorga ciertas atribuciones y libertades que le son propias, cediéndole mayor cantidad de atribuciones a sus directivos[7,12,36].

- **Ley Nº 19.966** del 2004, del **Plan AUGE**, tras una discusión parlamentaria la sigla se reemplaza por GES (Garantías Explícitas en Salud), esta ley establece un plan de salud obligatorio para los beneficiarios de FONASA e ISAPRES, que incluya diagnósticos y tratamientos estandarizados para un conjunto de enfermedades priorizadas por su alto impacto sanitario y social y sus respectivas garantías asociadas en términos de acceso, calidad, oportunidad y financiamiento, de este modo se instituye un estándar mínimo de calidad de atención de salud, que permite ser exigida por todo ciudadano, incluye también desde un tiempo máximo para recibir la atención hasta el copago acotado para los pacientes de las 56 patologías AUGE[7,36,37].

- Y el proyecto de ley que legisla sobre los **Derechos y Deberes del Paciente**; donde se establece que toda persona tiene derecho a recibir atención de salud de calidad y siempre que lo necesite, sin ningún tipo de discriminación, a la misma vez la persona asume responsabilidades con el prestador determinado al momento de solicitar la atención de salud[12].

La ley de autoridad sanitaria juega un rol fundamental como base de la reforma, para la cual se le deben otorgar las herramientas necesarias para cumplir su labor de rectoría, regulación y fiscalización, debe ser dotada de una capacidad funcional acorde para entregar servicios de calidad que funcione con independencia y sin conflictos de interés con el resto del sistema[38].

En el caso de la organización hospitalaria, la reforma introduce la figura de los establecimientos de autogestión en red, la ley define; "Los establecimientos de salud dependientes de los servicios de salud, que tengan mayor complejidad técnica, desarrollo de especialidades, organización administrativa y número de prestaciones, obtendrán la calidad de "**Establecimientos de Autogestión en Red**" (EAR), lo que implica autonomía en materias de gestión, pero dependencia en materia de la cartera de servicios, todo introducido en un contexto de redes de atención estructuradas en torno a un modelo de atención integral en salud[39].

Que un centro de salud sea calificado como hospital autogestionado significa que estos deben desarrollar 3 competencias esenciales dentro de sus funciones y facultades de administración. En primer lugar que puedan organizarse internamente, hacer convenios con FONASA, o prestadores privados, según lo conveniente. En segundo lugar que los equipos clínicos pertenecientes al establecimiento deban construir su plan de actividades con el presupuesto que requieran con el fin de cumplir con los objetivos establecidos por la red asistencial, dicho presupuesto debe ser aprobado por los Ministerio de Salud y Hacienda antes del 15 de diciembre de cada año, y por último, conforme al presupuesto, tienen la capacidad de contratar personal y así cumplir con el recurso humano que se necesite para la ejecución del plan de actividades[34,40].

La implementación de los EAR no ha estado exenta de dificultades, ya que en su mayoría no han alcanzado el estándar de "Establecimientos autogestionados en Red". Inicialmente la ley contempló como plazo el 2009 para la implementación de todos los hospitales que contaban con las condiciones para ser considerados como EAR. No obstante de los 59 hospitales principales del país que se establecerían como tal, al año 2008 solo 11 de ellos habían logrado alcanzar tal categoría. Por este motivo, se debió enviar una modificación a la autoridad sanitaria para aplazarla a enero del 2010 y que se presentaran como hospitales autogestionados por el "solo ministerio de la ley" lo cual pone en peligro el logro de los objetivos establecidos al no cumplir con los requisitos[34,40].

Los principales aspectos que se han debatido como barreras para la implementación exitosa de los EAR se han relacionado con la falta de liderazgo y conducción del recurso humano para llenar los cargos directivos del sistema de alta dirección pública y que sean capaces de, mediante una gestión eficiente, llevar a cabo las competencias de los hospitales autogestionados[34]. En la materia de generar "carteras de servicios" ha sido pobre el avance de contratos efectivos entre la red y los EAR, producto del ineficiente desempeño de las direcciones de servicio[34]. En el ámbito financiero, no se han consolidado los procesos de negociación de los presupuestos y la falta de incentivos monetarios para los EAR. Un factor importante a considerar en el tema de los desafíos pendientes es que se ha centrado todo a nivel de los hospitales, sin considerar las falencias que existen en los otros niveles de atención que contribuyen a la eficiencia de los EAR[34].

No obstante lo expuesto anteriormente, se destaca que no existe evidencia empírica que analice el proceso de implementación de los EAR en el país. Por tal motivo la importancia de investigar sobre el tema en los hospitales públicos chilenos, se sustenta en la escasa accesibilidad a la información y la desconocida percepción que tienen los equipos de salud sobre la autogestión hospitalaria, el cual es el pilar fundamental para los cambios que involucran las reformas de las políticas en salud en nuestro país.

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo General:

- ✓ Identificar la percepción de los profesionales de la salud respecto a los cambios en la gestión hospitalaria producto de la autogestión en red en el Hospital Clínico Regional de Valdivia, durante el periodo 2010-2011.

3.2 Objetivos Específicos:

- ✓ Identificar como los profesionales de la salud conceptualizan la autogestión hospitalaria.
- ✓ Reconocer aspectos organizacionales que facilitan la implementación de la autogestión hospitalaria.
- ✓ Reconocer aspectos organizacionales que dificultan la implementación de la autogestión hospitalaria.
- ✓ Identificar los cambios que los profesionales de la salud reconocen como necesarios para la implementación de la autogestión hospitalaria.

4. MATERIAL Y MÉTODO

En el siguiente capítulo se expone la trayectoria metodológica utilizada en la investigación. Así, se hace énfasis en el paradigma de investigación seleccionado y en los fundamentos teóricos que determinaron la selección del diseño, técnicas de recolección y análisis de la información.

El paradigma cualitativo se caracteriza por incluir dentro de su metodología una recopilación, organización e interpretación sistemática del material obtenido a través de discursos o de la observación. Pretende identificar los significados de fenómenos, tanto individuales como sociales, dentro de su contexto[41]. En la metodología cualitativa el elemento de estudio no son los hechos sino los discursos, y su herramienta no es la cuantificación sino el análisis y la interpretación del lenguaje[42]. Por último, también posee una amplia gama de técnicas cualitativas capaces de recopilar información, para lo cual se requiere un conocimiento riguroso de los métodos, y así obtener una apreciación más completa de las ideas que se estudian[43].

Si bien la investigación en el área biomédica y salud pública siempre ha estado presente para otorgarle el carácter científico y sustentado a la práctica, tradicionalmente se ha basado en variables medibles, cuantificables, donde se utilizan datos sólidos y repetibles, orientado siempre al resultado[44]. No obstante, el uso de la investigación cualitativa en la actualidad ha aumentado notablemente, los profesionales de la salud están apuntando sus investigaciones hacia otras temáticas, donde buscan una comprensión cultural y simbólica de la vivencia de la salud por parte de los individuos y comunidades, lo que implica un punto fundamental para el desarrollo de la salud pública[42,45].

En el área de la salud pública, la metodología cualitativa otorga la oportunidad de abordar nuevas interrogantes y temas que se plantean y que no pueden ser alcanzadas por el paradigma tradicional de investigación[46]. Si bien es cuestionado por su carácter subjetivo y simbólico, es necesario recurrir a esta metodología para el estudio de ciertos temas en sistemas y servicios de salud, ya que nos permite abordar aspectos importantes donde se pretende identificar y conceptualizar fenómenos[43]. Tienen un enorme potencial para explorar, por ejemplo cómo opera la atención de salud en la actualidad y el impacto de la salud en los pacientes[43]. Revelan enfoques no analizados de las prácticas en salud, en particular, sobre el reto de encontrar estrategias más eficaces de prevención de enfermedades y promocionar la salud, lo cual requiere estudios más individualizados y contextualizados[46].

4.1 Tipo de Estudio

Con el fin de lograr los objetivos de esta investigación se condujo un estudio Cualitativo con propósitos Descriptivos y Exploratorios. Este tipo de diseño permite la descripción e investigación de fenómenos poco comprendidos, identificar y descubrir unidades de significados y generar nuevas hipótesis de investigación[47]. En el caso de los EAR, este tipo de diseño se presentó como idóneo en razón de la ausencia de evidencia respecto del proceso de cambio relacionado a la implementación de espacios de autogestión en las instituciones hospitalarias.

4.2 Área de Estudio

El área de estudio en donde se llevó a cabo esta investigación fue la ciudad de Valdivia capital de la Región de los Ríos. Según el último Censo realizado el año 2002 la ciudad cuenta con 259.243 habitantes, de los cuales 192.066 se encuentran viviendo en zonas urbanas y 67.177 en zonas rurales.

La Red Asistencial está integrada por un Servicio de Salud, una Secretaría Regional Ministerial, un Establecimiento de Alta Complejidad que correspondería al Hospital Clínico Regional Valdivia, un Establecimiento de Mediana Complejidad que corresponde al Hospital de La Unión y cinco de Baja Complejidad (Hospitales: Lanco, Los Lagos, Paillaco, Río Bueno y Corral).

El Hospital Clínico Regional de Valdivia (HCRV), es el único establecimiento de Alta Complejidad de la Región de Los Ríos además de ser un Centro de derivación Sur Austral, tiene una superficie construida de más de 43.000 mts^2. Actualmente cuenta con 524 camas disponibles y 455 profesionales de salud aproximadamente. Otorga atención especializada en: Cirugía, Obstetricia - Ginecología, Medicina Interna y Pediatría (estas últimas incluyen las subespecialidades de Hematología, Broncopulmonar, Gastroenterología, Reumatología, Cardiología, Nefrología, Endocrinología). Además cuenta con las especialidades de Traumatología y Ortopedia, Neurocirugía, Urología, Cirugía Infantil, Dermatología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Medicina Física, Psiquiatría, Oncología y Medicina Nuclear.

Este establecimiento además es Centro de Referencia y brinda atención de urgencia a habitantes de toda la Provincia de Valdivia, tales como: Lanco, Panguipulli, Los Lagos, Futrono, Máfil, Paillaco, Río Bueno, La Unión, San José, Lago Ranco y Corral[48].

4.3 Universo de la Muestra

El universo de esta muestra correspondió a profesionales del HCRV. Se seleccionó una muestra por conveniencia y en bola de nieve de 20 profesionales de la salud. Quienes debían cumplir ciertos requisitos, tales como: Profesionales de la Salud que al momento de la investigación presenten una relación contractual de al menos 3 años de antigüedad, los cuales a su vez se dividían en distintas categorías según su Nivel Directivo al que pertenecían; y estos se dividían en: Alto, medio y bajo nivel directivo.

Una muestra por conveniencia se caracteriza por obtener información de sujetos que están disponibles a participar de la investigación, y que pueden entregar información útil para el estudio, además esto nos permite tener una mayor profundidad de los datos y así obtener una investigación lo más completa posible[41,49,50]. En tanto una muestra en bola de nieve, consiste en solicitar a los informantes que ya fueron seleccionados para participar del estudio, recomendar a otros participantes que conozcan el tópico de la investigación[51,52].

La muestra fue integrada por un número de profesionales considerados necesarios para alcanzar la saturación global de la información. Algunos autores destacan que en este tipo de muestra se sugiere un tamaño que va desde los seis hasta treinta personas, con la cual debería haber saturación de la información[53].

4.4 Instrumento:

Se utilizó una pauta de entrevista (Anexo 1) dirigida a aquellos profesionales de la salud que desempeñan labores en el Hospital Clínico Regional de Valdivia. La pauta, abordó los temas relacionados a la etapa de implementación de la autogestión en red. En la Tabla 1, se describen las dimensiones y tópicos que fueron explorados a través de la pauta

Tabla 1. Dimensiones y Tópicos de la Entrevista

DIMENSIONES	***TÓPICOS***
Conocimiento respecto de la Autogestión Hospitalaria.	✓ Concepto de Autogestión. ✓ Propósitos de la Autogestión ✓ Consecuencias de la Autogestión para la Gestión Hospitalaria.
Obstáculos de los Equipos y de las Instituciones para la Autogestión Hospitalaria	✓ Estructura Organizacional ✓ Competencias de los Profesionales ✓ Financiamiento de la Implementación ✓ Inserción en la Red Asistencial
Fortalezas de los Equipos y de las	✓ Estructura Organizacional

Instituciones para la Autogestión Hospitalaria	✓ Competencias de los Profesionales ✓ Financiamiento de la Implementación ✓ Inserción en la Red Asistencial
Cambios necesarios para apoyar la Implementación de los Establecimientos de Autogestión en Red.	✓ Cambios a nivel de Macropolítica ✓ Cambios a nivel de Mesopolítica ✓ Cambios a nivel de Micropolítica

4.5 Recolección de la Información y Trabajo de Campo

Para la recolección de la información se utilizó la entrevista Semi-estructurada individual en profundidad. La cual consiste en un proceso comunicativo de interacción social entre dos individuos; un entrevistador y un entrevistado. El entrevistador es quien escucha al entrevistado, animándolo a hablar y es quien asume la organización y mantención de la conversación. Por su parte, el entrevistado es quien interpreta la pregunta y responde con la información que le parece relevante incorporando la filtración de su capacidad y la voluntad de transmitirla[54]. Por la gran cantidad de características que posee esta herramienta cualitativa se considera que es el formato de entrevista más utilizado por los investigadores[50].

Las entrevistas fueron conducidas por uno de los estudiantes tesistas, con el fin de lograr consistencia y disminuir la variación de la aproximación a los temas[50], hasta lograr la saturación global de las dimensiones a explorar, es decir el punto en que la recogida de la información no aportó nuevos datos[55]. Al ser sólo una persona la que guiaba la entrevista se logró un clima de confianza, un vínculo empático entre el entrevistador y el entrevistado que fue importante y necesario para concretar las entrevistas. Las entrevistas fueron grabadas en audio previa suscripción del respectivo Consentimiento Informado (Anexo 2) y transcritas posteriormente en forma literal para su análisis.

4.6 Análisis de la Información

El análisis de la información se realizó mediante la técnica cualitativa de análisis de contenido. Se caracteriza por ser una forma dinámica de análisis de datos verbales y visuales que se orientan a resumir el contenido informativo de los datos recabados[49]. Tiene como fin proporcionar el conocimiento y la compresión del fenómeno en estudio[56]. En el caso del presente estudio se utilizó un enfoque convencional de análisis de contenido, ya que como algunos autores señalan este tipo de enfoque es apropiado cuando la teoría o literatura existente del fenómeno a investigar es limitado[56]. Una de las ventajas de este enfoque es que la información se obtiene directamente de los participantes del estudio, basado en datos reales y sin imponer perspectivas teóricas preconcebidas[56].

Algunos autores señalan que el análisis del contenido es la técnica más idónea para el análisis de estudios cualitativos descriptivos. Otros refieren que este tipo de análisis ofrece a los investigadores un método flexible y pragmático para desarrollar y extender el conocimiento[56], otros en cambio lo refieren como un método sistemático y objetivo de describir y cuantificar los fenómenos[57].

La calidad del estudio fue cautelada por los criterios de rigor científico de credibilidad, dependencia, confirmabilidad y transferibilidad[41,58,59]. La credibilidad a través de la triangulación realizada por parte de los investigadores y el posterior envío de las transcripciones de las entrevistas a los informantes. La dependencia y confirmabilidad fue considerada mediante la descripción de la metodología utilizada y la reflexividad en la conducción del análisis de la investigación. Por ultimo, la transferibilidad se sustenta en la homogeneidad a nivel estructural y organizacional de la función de provisión pública del sistema de salud chileno que permite transferir estos hallazgos a otras instituciones hospitalarias de alta complejidad del país.

4.7 Limitaciones:

Dentro de las principales limitaciones de la investigación, destacó la falta de conocimiento de los tópicos tratados de cierta cantidad de participantes que fueron recomendados, lo que se tradujo en dificultades al momento de conducir las entrevistas.

El desarrollo del trabajo de campo fue limitado por la negación de 7 profesionales de la salud a participar, las razones fueron; escasez de tiempo, salida a vacaciones y negación a ser grabados, por lo cual fue necesario recalendarizar y agendar nuevas entrevistas, lo cual significó contratiempos para el desarrollo de la recolección de la información. No obstante lo anterior, dicha limitante no representó un impacto negativo en el tamaño final de la muestra y la saturación de las dimensiones.

Otro inconveniente se relaciona con la disponibilidad horaria de los participantes, ya que la mayoría trabaja bajo sistemas de turnos, lo cuál dificultaba la concertación de la entrevista e impedía la fluidez del trabajo de campo.

4.8 Aspectos Éticos:

Este estudio consideró la participación de profesionales de la salud que desempeñan actividades clínicas y administrativas en el Hospital Clínico Regional de Valdivia. Por este motivo se solicitó autorización al Comité de Ética del Servicio de Salud Valdivia y a las autoridades pertinentes del HCRV.

Además, se aplicó el Consentimiento Informado (Anexo 2), en el cual se dejaba de manifiesto los objetivos que se pretenden en esta investigación y el derecho que tienen los informantes a poder renunciar a la participación de esta investigación cuando ellos lo estimen pertinente. Finalmente se deja de manifiesto que se cautelará el carácter anónimo de las entrevistas realizadas, en donde sólo tendrán acceso a la información recopilada en estas entrevistas el profesor guía y los estudiantes tesistas.

5. RESULTADOS

En el siguiente capítulo se exponen los resultados obtenidos en la investigación. Del análisis de los datos, emergieron categorías y subcategorías temáticas que fueron abordadas por los profesionales de la salud del Hospital Clínico Regional de Valdivia que participaron de este estudio.

Tabla N° 2. Categorías y Subcategorías temáticas.

CATEGORIAS	***SUBCATEGORIAS***
Percepción de la implementación de la autogestión hospitalaria	• Concepto de autogestión hospitalaria • Fortalezas de la implementación • Debilidades de la implementación
Obstáculos en la implementación de la autogestión hospitalaria	• Déficit de información y difusión • Déficit de recursos financieros y materiales • Debilidades del equipo de salud
Cambios sugeridos para mejorar la implementación de la autogestión hospitalaria	• Competencias del recurso humano • Gestión de recursos financieros • Cambios organizacionales

A continuación se desarrolla un análisis general de cada categoría temática, para luego analizar las subcategorías que se desprenden de cada una de ellas, incluyendo citas textuales que describen los distintos enfoques que abordaron los entrevistados.

5.1 Percepción de la implementación de la Autogestión Hospitalaria

En esta categoría por medio de las entrevistas verificamos la percepción que tiene el profesional de la salud del HCRV en relación a la implementación de la Autogestión Hospitalaria; además de esta categoría se desglosan tres subcategorías que son: el concepto de Autogestión Hospitalaria, las fortalezas y las debilidades de la implementación. En esta categoría quedan de manifiesto las diversas opiniones vertidas de los niveles directivos alto, medio y bajo de los cuales se desprenden los siguientes resultados.

Dentro de las distintas percepciones de los profesionales de salud sobre la implementación de la autogestión hospitalaria en primera instancia se destaca la subcategoría sobre el concepto de autogestión, que busca conocer la manera en que los profesionales lo definen. Durante las diversas entrevistas realizadas, destacamos la ambigüedad que existe acerca del concepto, reflejándose principalmente en los niveles directivos bajos e intermedios de la institución, no obstante los profesionales con cargo directivo alto son capaces de definir este concepto de forma correcta. Por otra parte se destaca que la mayoría de los entrevistados es capaz de reconocer los propósitos de autogestionar los hospitales en términos generales.

La segunda subcategoría busca reconocer aquellas fortalezas que presenta la implementación de la reforma. En esta temática se pretende que los informantes puedan destacar aquellos puntos fuertes en el proceso de la implementación de la autogestión. Los niveles directivos bajo e intermedio destacan como principal fortaleza dentro de esta investigación, el compromiso que adquiere el recurso humano para la implementación de esta nueva reforma sanitaria, además del empoderamiento y responsabilidad que se reconoce por parte del equipo directivo del HCRV. El nivel directivo alto destaca la capacidad organizativa en el ámbito administrativo y financiero, gracias a lo cual se pudieron cumplir los lineamientos que presenta esta reforma sanitaria.

Las debilidades de la implementación pretende reconocer las falencias que presenta, según los informantes, la implementación de la reforma. Dentro de esta temática los tres niveles directivos que participaron de esta investigación destacan las mismas debilidades, tales como los factores políticos que obstaculizan los procesos de la reforma, también se menciona el rechazo de los equipos de salud al cambio, además de mencionar que esta implementación que se ha llevado a cabo dentro del HCRV no refleja lo plasmado dentro de la ley, ya que la institución aún depende del Servicio de Salud en la toma de decisiones; además de esto presenta un déficit importante en el recurso humano, además de poseer un déficit financiero histórico que mantiene desde hace muchos años.

5.1.1 Concepto de Autogestión Hospitalaria

El concepto de Autogestión que se define en la Reforma Sanitaria a nivel de Instituciones Hospitalarias Públicas, se refiere a existir independientemente, ser autogobernados, autofinanciados y autogestionados; pero regulados por el Estado. Así también lo que determina el grado de autonomía en la organización de los hospitales será el grado de descentralización en la toma de decisiones, en la formulación de políticas públicas y en las medidas de gestión que se instauren en la institución[10].

Durante el transcurso de esta investigación existe cierta ambigüedad en la definición de Autogestión Hospitalaria en los niveles directivos bajo e intermedio, manifestándose cierta

precariedad al momento de entregar una definición del concepto. Diferente es en el nivel directivo alto quienes definen de forma correcta el concepto de Autogestión.

> *"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"*
>
> ***HBV – 13 AD***

> *"Tiene que ver con un nivel de independencia que toma el hospital como establecimiento en lo que tiene que ver con la gestión interna de sus servicios y sobretodo con la gestión administrativa y financiera de sus propios recursos"*
>
> ***HBV – 17 ID***

> *"Un modelo de administración hospitalaria y que esto se implementa o se estipula en el contexto de la reforma sanitaria que estamos viviendo tiene que reunir ciertas características en el ámbito administrativo, financiero para tener la calidad de autogestión"*
>
> ***HBV – 19 AD***

> *"Bueno, la autogestión es un proceso que se inició de certificación de los hospitales de alta complejidad en el país, cerca del 2004, eh con miras a mejorar los procesos internos que tenía tanto administrativos, clínicos como organizacionales, eh y generar hospitales capaces de controlar sus procesos, eh, de modo de evitar gastos que pudieran incluir endeudamiento en su gestión, ahora, eso es como concepto general"*
>
> ***HBV – 20 AD***

5.1.2 Fortalezas de la Implementación

Los entrevistados de los niveles directivos bajos e intermedios al ser consultados por las fortalezas que se pueden distinguir en este proceso de implementación, destacan la importancia del trabajo del equipo directivo del hospital, además del compromiso y responsabilidad que estos han depositado en el proceso de la implementación. Además el nivel directivo alto manifiesta la capacidad organizativa que ha manifestado el HCRV en tanto a la gestión administrativa y financiera, en la cual se realizaron estrategias con el fin de poder cumplir con los lineamientos que exige esta reforma sanitaria.

> *"Buena gestión de la parte administrativa, ha habido gente competente en esa parte, tuvimos un director que tenía una muy buena visión, digamos, de la parte de gestión administrativa y financiera, hay sistemas informáticos que han facilitado ciertas cosas, no cierto, eh, también el hecho de ser un establecimiento con cierta complejidad y tiene, que es docente-asistencial, eso*

facilita ciertas cosas, porque hay un nivel, digamos, de competencia general que es mejor que en otras partes"

HBV – 5 BD

"Los directivos yo creo que van bien encaminados hacia la, hacia la misión de este hospital, yo creo que el director hizo un planteamiento, hizo una evaluación económica de todo y también hay un compromiso en cuanto a las metas, digamos, de lo que te exige el MINSAL, entonces yo creo que han hecho una buena estrategia como para dar cumplimiento a esto"

HBV – 16 ID

"Lo que yo veo en este hospital es que tiene equipos estructurados que están trabajando en la autogestión, hay gente que está con designación de responsabilidades que tiene súper claros sus planes de trabajo, que están con capacitaciones permanentes a los directivos"

HBV – 17 ID

"Yo creo que son trabajólicos, yo diría en este hospital como que toda la gente tiene siempre la disposición de hacer bien las cosas y se compromete en eso, yo creo que esa es una de las fortalezas, está la motivación de hacerlo y trabajar yo creo que eso ha hecho de que se hayan, cada vez se van cumpliendo más etapas y estemos como con una buena base en la parte, principalmente en toda la gestión administrativa para autogestión"

HBV – 19 AD

"Los equipos administrativos del hospital es un equipo que ya estaba en el proceso de buscar eficiencia hace mucho tiempo"

HBV – 20 AD

5.1.3 Debilidades de la Implementación

En el proceso de implementación de la autogestión, las principales debilidades que se destacan por parte de los tres niveles directivos, quienes concordaron al momento de manifestar su opinión; son los factores políticos, los cuales obstaculizan los procesos normales que se deben llevar a cabo dentro de la reforma, además se menciona que la autogestión como fue plasmada en la ley no se ha implementado como tal dentro del hospital, ya que aún la institución depende del Servicio de Salud tanto de la parte financiera como en la toma de decisiones. Por otra parte se destaca el déficit de recursos humanos y recursos materiales como una de las principales debilidades de este proceso que se ha llevado a cabo por parte del Ministerio de Salud en el Hospital Clínico Regional de Valdivia.

"Político, obstáculos de tipo político, sí. Sí, porque de hecho la autogestión hospitalaria la pusieron, la tuvieron que poner un apellido para que los partidos políticos lo aprobaran, o sea, se tiene que hacer autogestión en red"

HBV – 8 ID

"Yo creo que tiene que ver la política, aquí hay un factor político importante, de la política hay cosas que se dan fluidas y hay cosas que se dan muy obstaculizadas, entonces, eh, yo creo que siempre ahí va a haber factores que obstruyen y otros que, que fluidifiquen las cosas, yo creo que eso, y al interior yo creo que obstaculiza un poco la falta, la falta de buenas comunicaciones"

HBV – 10 ID

"Entonces primera condición cero deudas, segunda condición dotaciones completas de personal, que no falte personal y el tercer problema que yo veo es que la autogestión como fue implementada, como fue planteada no es igual para todos los hospitales"

HBV – 13 AD

"Yo creo que una de las cosas limitantes es la parte económica y la falta, también de recurso humano"

HBV – 16 ID

"Que la autogestión como se concibió y como está escrita en los decretos, en los reglamentos, en la normativa y en la ley en la práctica no se da. En la práctica los hospitales autogestionados siguen dependiendo de las direcciones de servicio de salud y para poder hacer cualquier cosa tienen que pedir autorización en la dirección del servicio de salud y tienen que todo ser informado antes de ser realizado, o sea, no somos autónomos en nuestras decisiones"

HBV – 18 AD

5.2 Obstáculos de la implementación de la Autogestión Hospitalaria

Dentro de esta categoría hemos identificado tres grandes temáticas que los profesionales de la salud perciben como obstáculos para la implementación; en primera instancia se destaca la difusión de la información, que fue mencionada principalmente por el personal de bajo cargo directivo; en donde se critica el actuar de los altos directivos, queda de manifiesto la deficiente capacidad que existe al momento de transmitir la información acerca de las nuevas políticas que se pretenden implementar y de esta forma todos los gestores manejen la misma información con respecto al proceso y los cambios que se están viviendo con la implementación de esta reforma.

En segunda instancia se menciona la falta de recursos financieros y materiales; tema que plantean los tres niveles directivos que participan de esta investigación, pero que es observado desde dos puntos de vista. Los niveles directivos intermedio y bajo lo plantean como un aumento de la carga laboral ya existente, sobre todo destacan la labor administrativa que se debe realizar dentro de los diferentes servicios del hospital y en la cual los esfuerzos que se realizan en el día a día, no se ve reflejado posteriormente en mejoras en las remuneraciones percibidas por estos niveles. Por otra parte, el nivel directivo alto señala que no se han generado nuevos recursos para realizar la implementación de esta nueva reforma y que existe un constante déficit de presupuesto anual para cumplir con todas las prestaciones de salud.

Finalmente, otro obstáculo mencionado por los informantes son las debilidades que presenta el equipo de salud; en donde el nivel directivo alto destaca la resistencia al cambio y la falta de interés como principales obstáculos para la implementación de esta reforma. Por otra parte los niveles directivos intermedio y bajo mencionan como principales debilidades del equipo de salud la falta de capacitación y preparación para afrontar los nuevos cambios que ha presentado la institución con la nueva reforma sanitaria, además de mencionar la poca renovación del personal existente destacando que existe personal antiguo con costumbres ya arraigadas.

5.2.1 Déficit de Información y Difusión

Es un tema planteado principalmente en los niveles directivos intermedios y bajos, los cuales convergen en que la difusión de la información es un problema latente en la implementación de la autogestión hospitalaria, donde el personal que se desempeña no maneja la información directa de lo que se trata la autogestión y cuáles son los objetivos que plantea esta reforma sanitaria. Se destaca que toda la información de relevancia queda en los cargos de mayor jerarquía y jefaturas dentro del HCRV, pero no desciende completamente hacia las bases, creando un clima de incertidumbre dentro de la institución.

> *"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"*
>
> ***HBV – 1 BD***

> *"La difusión ha sido súper lenta, eh, principalmente se ha difundido a nivel de directivos y hay pocos descensos de la información a nivel de los servicios clínicos, es muy poca la información que se tiene respecto a lo que va a ser un centro de responsabilidad, de cómo va, va a funcionar un hospital autogestionado, la gran mayoría de la gente no lo conoce, eh, yo creo que los*

procesos no funcionan si uno no involucra todo el capital humano en la institución, tienen que estar todos comprometidos y todos tienen que saber para qué están trabajando"

HBV – 12 ID

"Ha sido el manejo de la información, de cómo se ha manejado la información, como se manejan las comunicaciones internas, ya, como se transmite, digamos, a todos los involucrados, ya, los objetivos de ser hospital autogestionado, qué significa ser hospital autogestionado, por lo tanto, el manejo de las comunicaciones ha sido un obstáculo. Ahora, otro obstáculo es la cultura organizacional, ya, el temor al cambio, qué todos llevamos en sí, hay algunos que se van a, van a aceptar el cambio como un desafío, pero muchos se van a oponer al cambio porque lo miran, lo, lo ven como un punto de vista amenazante para su estabilidad de trabajo"

HBV – 14 ID

"Yo creo que un poco está con mayor compromiso, yo creo que falta un poco más de coordinación, eh, mayor información de la plana directiva hacia las bases, empaparnos, digamos, porque generalmente quien se empapa son los que estamos ocupando un cargo, digamos, de jefatura"

HBV – 16 ID

5.2.2 Déficit de Recursos Financieros y Materiales

Es un tema que trasciende a los tres niveles directivos del HCRV participantes de esta investigación, donde se manifiesta que la cantidad de recursos tanto financieros como materiales, que van de la mano, no han sido suficientes para cubrir las necesidades de la implementación de la autogestión hospitalaria. Los niveles directivos intermedio y bajo destacan la sobrecarga laboral existente dejando de manifiesto el aumento de las responsabilidades laborales tanto clínicas como administrativas sin percibir aumento en las remuneraciones. Además la falta de recursos materiales para la atención de los pacientes, impide que se pueda brindar una atención que sea realmente de calidad afectando de esta misma manera lo que se percibe como la satisfacción del usuario.

"La falta de los equipos, hay muy pocos recursos, hasta poco papel de repente a veces para hacer las cosas, tú haces proyectos, haces programas, haces cosas y no puedes implementarlos porque no tienes los recursos no más, falta de dinero"

HBV – 1 BD

"Primer obstáculo es que vienen con una reforma, vienen a cambiar todo, pero con los mismos recursos físicos, equipos obsoletos, entonces uno debería partir con una base"

HBV – 3 ID

"Los mayores obstáculos han sido la modificación de grandes procesos, antiguos procesos establecidos de cambiar un poco la forma de pensar de algunos equipos, de seguro, yo creo que más que los obstáculos financieros han sido los grandes obstáculos para avanzar más rápido en la autogestión, en lograr cumplir los requisitos de la autogestión"

HBV – 17 ID

Por otra parte el nivel directivo alto señala un punto de vista organizacional en el cual no se han generado nuevos recursos para realizar la implementación de esta nueva reforma, de la mano con lo expuesto el HCRV ha presentado un déficit de presupuesto financiero anual que se arrastra desde hace años, lo que impide cumplir en ocasiones con todos los lineamientos que plantea la autogestión.

"Tú para poderte financiar necesitas tener, que tú, que tu cartera, que tus prestaciones sean reconocidas al valor que nos cuesta, yo creo que esa es la principal dificultad de la autogestión, que no nos vamos a poder financiar nunca mientras no se nos pague como institución lo que realmente nosotros hacemos"

HBV – 18 AD

5.2.3 Debilidades del Equipo de Salud

Dentro de este punto también existen discrepancias al ser analizado por los distintos niveles directivos. El nivel directivo alto menciona como principales debilidades del equipo de salud la resistencia al cambio y la falta de interés que existe en relación a la implementación de la autogestión, se destaca que los gestores critican y no visualizan aspectos positivos que puede obtener la institución con respecto a la inserción de la nueva reforma y que esto asimismo complica el empoderamiento del recurso humano. Por otro lado, a nivel directivo intermedio y bajo se critica la escasa preparación y capacitación del personal de la institución.

Por otra parte los niveles directivos intermedio y bajo destacan como principales debilidades del equipo de salud el déficit que existe tanto en capacitación y preparación para afrontar los nuevos cambios que ha presentado la institución con la nueva reforma sanitaria con la consecuente resiliencia dentro del recurso humano. Además se menciona la falta de renovación del personal existente dentro del HRCV destacando que existe personal antiguo con costumbres ya arraigadas que impiden en muchas ocasiones ir avanzando en temas

propios de la salud, apuntando a mejorar la atención que se brinda dentro de la institución fomentando la satisfacción del usuario externo.

> *"Yo creo que, a ver las dificultades como todo cambio mucha gente lo criticó, no veía ni una cosa positiva, eh, y, por lo tanto, generaron ciertas cuotas de resistencia, yo creo que básicamente ha estado por tema de resistencia, eh, interpretaciones, visiones de tema."*
>
> ***HBV – 13 AD***

> *"La resistencia al cambio esa es la parte más compleja y la dificultad también en habilidades blandas de algunos directivos para poder transmitir adecuadamente un mensaje"*
>
> ***HBV – 20 AD***

> *"La falta de conocimiento general de la gente, ya, eh, que mucha gente no se interesa"*
>
> ***HBV – 9 ID***

> *"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"*
>
> ***HBV – 5 BD***

> *"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"*
>
> ***HBV – 11 BD***

5.3 Cambios sugeridos para mejorar la implementación de la Autogestión Hospitalaria

Durante el transcurso de esta nueva reforma, el personal de salud ha sugerido distintas propuestas para mejorar la implementación de la autogestión hospitalaria, dentro de las cuales destacan la mejora en las competencias del recurso humano, la gestión de recursos financieros y los cambios que deben existir a nivel organizacional.

En primera instancia con respecto a las competencias del recurso humano, los niveles directivos intermedio y bajo se congregan hacia el mismo fin, dentro de lo cual se destaca que los profesionales deben comprender y manejar el concepto principal y el funcionamiento que

conlleva la Autogestión Hospitalaria además de los lineamientos que busca esta nueva reforma. Además mencionan que los altos directivos de la institución deben conocer las distintas realidades que viven los servicios del HCRV conociendo de esta manera las reales necesidades e inquietudes que posee el personal de salud.

Con respecto a la gestión de recursos financieros, los tres niveles directivos destacan que el presupuesto anual destinado por parte del Ministerio de Salud es insuficiente para cumplir con las necesidades que presentan tanto el usuario interno como el usuario externo. Los altos directivos de la institución destacan la necesidad de aumentar el presupuesto para poder cumplir con los lineamientos que presenta esta nueva reforma, ya que deben existir recursos financieros acordes a la nueva realidad que afronta nuestro país dentro del ámbito de la salud.

Finalmente los tres niveles directivos coinciden nuevamente en que a nivel organizacional los cambios deben surgir primero a nivel ministerial, una vez que se esta situación esté clara y definida se podrá comenzar con las mejoras que se buscan a nivel de la Red Asistencial. Asimismo se destaca la importancia de mejorar la cultura organizacional, los recursos financieros y una difusión eficiente y eficaz de la información a todos los gestores en salud, ya que esto permite a la institución lograr los objetivos que busca la implementación de la Autogestión Hospitalaria.

5.3.1 Competencias del Recurso Humano

En esta subcategoría se destaca que los niveles directivos intermedio y bajo se congregan hacia el mismo fin, en el cual se destaca que los profesionales deben manejar el concepto principal y el funcionamiento de la Autogestión Hospitalaria además del desglose de información que incurre en esta nueva reforma. Para los gestores en salud se hace primordial un conocimiento acabado sobre los temas fundamentales que abarca la autogestión, de lo contrario salen a relucir la resistencia al cambio y las inquietudes a lo efectivo y positivo que esto produce dentro de la institución.

Además de lo expuesto, los niveles directivos antes mencionados refieren que los altos directivos deben tener un conocimiento a cabalidad de las distintas realidades de cada uno de los servicios del HCRV, destacando la necesidad de acercarse a las bases y conocer desde ahí las reales necesidades e inquietudes que tiene el recurso humano.

> *"Los lideres que tengan manejo de gestión y que sepan lo que es la autogestión y que sepan lo que es acreditación y que cumplan con los requisitos que competen para lograrlo"*
>
> ***HBV – 3 ID***

"Yo siempre lo que le pido a los directivos, no cierto, que en este momento están en el quinto piso, yo les digo que bajen los cinco pisos ¿ya? y estén donde estamos nosotros"

HBV – 4 ID

"Yo creo que los cambios más necesarios, es que las autoridades dejen de mandar intermediarios y vengan ellos a ver como suceden las cosas. Porque a su vez, sus intermediarios mandan intermediarios y ahí se va, la realidad, tú sabes que, se va distorsionando, se distorsiona el personal quiere que alguien más arriba te diga que lo estás haciendo bien, es como un reconocimiento"

HBV – 6 ID

"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"

HBV – 9 ID

"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 cambios ni siquiera son tan pequeños, los cambios vienen demasiado arriba"

HBV – 11 BD

"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"

HBV – 14 ID

5.3.2 Gestión de Recursos Financieros

En este tema los tres niveles directivos coinciden que el presupuesto destinado al sector salud por parte del Ministerio sigue siendo insuficiente para satisfacer las necesidades que presenta tanto el usuario interno como el usuario externo. Es por esto que los altos directivos que están en contacto directo con esta realidad, destacan la necesidad de que para llevar a cabo una Autogestión como fue plasmada en la reforma, deben existir los recursos financieros acordes para la nueva realidad que afronta el ámbito de la salud en nuestro país.

"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"

HBV – 2 AD

"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"

HBV – 19 AD

5.3.3 Cambios Organizacionales

En este ámbito nuevamente los tres niveles directivos coinciden en la necesidad de que existan cambios a nivel de macro política para poder posteriormente mejorar la Red Asistencial, ya que si estas mejoras se producen la institución logra cumplir con los objetivos que plantea la autogestión.

Además de lo expuesto anteriormente, los entrevistados destacan la importancia de mejorar la cultura organizacional, los recursos financieros y la difusión eficiente y eficaz de la información a todo el recurso humano.

"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"

HBV – 1 BD

"Yo creo que avanzar con los centros de responsabilidad, avanzar en eso y de que claramente en una estructura organizacional más aplanada, estén claramente delimitada los niveles, digamos, de responsabilidad, de la gestión. Yo creo que lo más importante también es que sea efectiva la autogestión"

HBV – 5 BD

"El Ministerio que tenga claro que es lo que quiere, aquí no está muy definido de que se va a tratar la autogestión"

HBV – 8 ID

"Creo que el proceso de autogestión debe diferenciar los hospitales que son eh, de alta complejidad y que abordan toda la alta complejidad de los hospitales que son, eh, institutos o temáticos por así decirlo" "lo otro que debería existir en la certificación es un cambio respecto a los grados de cumplimiento y no una dicotomía respecto a cumple o no cumple" "Y el otro cambio que yo pondría a nivel de macro política, esa que se pongan supuestos, por ejemplo, sobre todo a nivel presupuestario que existan los supuestos, o sea, este hospital va a cumplir cero deuda o pago cuarenta y cinco días pero con el supuesto que también FONASA le pague todo lo que paga"

HBV – 20 AD

6. DISCUSIÓN

En el siguiente capítulo, se discuten los principales hallazgos de la investigación. En primera instancia, se discute sobre la percepción de los profesionales de salud con respecto a la implementación de la Autogestión Hospitalaria dentro del HCRV. Seguido se aborda la conceptualización de la autogestión, para posteriormente discutir sobre los aspectos organizacionales que facilitan y dificultan la implementación de la autogestión hospitalaria. Finalmente se identifican los cambios que los profesionales reconocen como necesarios para la implementación de la autogestión.

Al identificar como los profesionales de la salud perciben los cambios que se han producido con la implementación de esta nueva reforma sanitaria, algunos autores han manifestado que la ausencia de una política que pueda regir al recurso humano y la mejora de los recursos financieros constituye un aspecto fundamental para el logro de los objetivos que pretende la nueva reforma sanitaria[60]. En este ámbito se destaca la complejidad que han asumido las diferentes instituciones prestadoras de salud al momento de recorrer la etapa desde lo plasmado en el diseño a la implementación de los cambios que instauró la reforma sanitaria en nuestro país y en el HCRV en particular. Lo planteado por los gestores de salud muestra con claridad cómo han percibido la implementación de la autogestión hospitalaria, destacando que lo que se ha planteado en el papel con respecto al diseño de la reforma sanitaria no ha sido plasmado de la misma forma al momento de la implementación quedando falencias importantes en lo que respecta a recursos humanos y recursos financieros.

Con respecto a como los profesionales de la salud conceptualizan la Autogestión Hospitalaria, queda expuesta una cuota de ambigüedad al momento de la definición del significado, manifestándose vacíos conceptuales dentro de los niveles directivos bajo e intermedio. Sin embargo el nivel directivo alto demuestra un amplio conocimiento con respecto a definir de manera correcta el concepto de autogestión. De esto se puede desprender que existen falencias al momento de la difusión de la información por parte de los altos directivos del hospital hacia los diferentes gestores de la salud que participan dentro de la institución, ya que existe un manejo acabado del concepto de autogestión y de los objetivos que este plantea por parte del nivel directivo alto en contraposición del manejo que presentan los niveles directivos intermedio y bajo quienes presentan falencias al momento de conceptualizar la nueva reforma sanitaria. Con respecto a este tema algunos autores manifiestan que la entrega de información de manera eficiente y eficaz hacia el recurso humano de los objetivos planteados, conlleva al éxito en el cumplimiento de las metas sanitarias[61].

Dentro de los aspectos organizacionales que han facilitado el proceso de la implementación de la autogestión, los profesionales de la salud destacan la importancia del trabajo del equipo directivo del HCRV, manifestando el empoderamiento y responsabilidad que se ha depositado durante este proceso. Según lo expuesto, algunos autores reconocen que es un factor preponderante para lograr el éxito, la capacidad de motivación y de liderazgo que los cargos de responsabilidad entregan hacia los diversos equipos de trabajo[62]. Durante la investigación, los diversos participantes de ésta han manifestado la destacable labor que han tenido los altos directivos del HCRV al tratar de cumplir con los lineamientos que plasma la reforma; esto se ve reflejado con las evaluaciones que ha recibido la institución a nivel nacional con este proceso de implementación.

Por otra parte el recurso humano percibe que los aspectos que han dificultado este proceso de implementación, han sido factores políticos; los cuales tienden a obstaculizar los procesos que debería llevar la implementación, además se menciona que la autogestión como fue plasmada en la ley no se ha llevado a cabo. Esta percepción puede estar sustentada por la naturaleza del proceso político de la reforma de la salud, centrado principalmente en el poder legislativo y con ausencia de los equipos responsables de la implementación. Más aun se han destacado otras experiencias de procesos de reforma que se han llevado en otros países, en donde queda de manifiesto que los diseñadores de propuestas de reformas otorgan más importancia al diseño, que al proceso de implementación[67].

Otro punto que los profesionales destacaron como parte de las dificultades de la implementación, se relacionó al déficit de recurso humano existente dentro del HCRV. Dentro de la literatura asimismo se manifiesta la necesidad de contar con políticas públicas en salud que cuenten con la inclusión definitiva de los recursos humanos, en donde se destaquen mecanismos de financiamiento, modelos asistenciales, flexibilización en los sistemas de contratación y regulación de éstos[64]. En el caso de la implementación de los EAR, los resultados obtenidos plantean una ausencia de políticas públicas que permitan desarrollar estrategias de atracción, retención y distribución de profesionales claves para el desempeño de los hospitales.

Algunos autores mencionan que las inquietudes que presentan los profesionales, no son incorporadas en las nuevas reformas sanitarias, tales como el: equipamiento, la infraestructura, tecnología y consumibles; aspectos importantes que logran impedir el consecuente éxito al momento de implementarlas[65]. La percepción que los profesionales de salud del HCRV manifiestan, es que existen problemas de espacio físico, déficit de equipos y tecnología para brindar una mayor calidad en la atención usuaria además de reconocer el déficit financiero histórico que se arrastra desde hace muchos años atrás. De esto podemos analizar según lo expuesto, que la falta de recursos financieros está directamente relacionado a la falta de recursos materiales, asimismo esta escasez a la cual hacen referencia los informantes, desencadena una insatisfacción tanto del usuario externo como del recurso humano que

desempeña labores dentro de la institución, y que se transforma en una limitante cuando se habla de implementar la nueva reforma y los cambios que ésta origina.

Finalmente uno de los temas más importantes al que hicieron alusión los entrevistados, se refiere a los cambios que se consideran como necesarios para llevar a cabo una implementación de manera exitosa. Dentro de las estrategias, se sugiere que el recurso humano pueda tener mayor acceso y oportunidades para poder capacitarse en el nuevo escenario en el que se encuentran las políticas públicas en salud. Un enfoque que pueda incluir estas necesidades del recurso humano, aumentaría la adherencia por parte de los profesionales hacia estos cambios que se están instaurando. Además de esta iniciativa, se plantea que la plana directiva del HCRV conozca las diferentes realidades y necesidades que viven los servicios hospitalarios con el fin de poder optimizar las prestaciones otorgadas al usuario externo[60].

Por otra parte todos los gestores concuerdan en que los recursos destinados al sector salud por parte del gobierno, no son suficientes para cubrir las necesidades que la reforma necesita, como tampoco para satisfacer las necesidades de todos los usuarios. Se hace primordial lograr que a nivel ministerial surjan iniciativas que permitan a los diferentes servicios de salud del país optar a mayores inyecciones de recursos, apelando a lo que busca la nueva reforma, otorgar cuidados de calidad a los usuarios. Si se procura reformar los sistemas de salud en Chile y que este arroje resultados positivos respecto a los lineamientos que plantea la reforma sanitaria; debe llevarse a cabo mediante una planificación estructurada y eficiente enfocada en el recurso humano, quienes son los protagonistas al momento de llevar con éxito la etapa de implementación de las reformas sanitarias, que pretenden ir mejorando la atención que se brinda al usuario de las diferentes instituciones prestadoras de salud.

7. CONCLUSIÓN

En el siguiente capítulo se presentan las principales conclusiones de la investigación. En primera instancia se concluye respecto a la percepción de los profesionales de salud con respecto a la implementación de la Autogestión Hospitalaria dentro del HCRV, luego se concluye sobre cómo los profesionales conceptualizan la autogestión. Posteriormente sobre los aspectos organizacionales que facilitan y dificultan la implementación de la autogestión hospitalaria, para finalmente concluir respecto a los cambios que los profesionales reconocen como necesarios para la implementación de la autogestión.

La implementación de la autogestión hospitalaria le ha dado la posibilidad al hospital estudiado de autogobernarse, autofinanciarse y autogestionarse. Sin embargo, la evidencia muestra falencias con respecto a políticas que permitan estrategias de perfeccionamiento y capacitación para el recurso humano, acerca de los lineamientos de esta nueva reforma, de su ejecución e implementación.

La autogestión hospitalaria se ha conceptualizado a partir de la autonomía para la toma de decisiones y la asignación de recursos. Esta conceptualización está condicionada a como se transmite la información dentro de los EAR. La asimetría en la información existente dentro del hospital estudiado evidencia el déficit de competencias gerenciales efectivas dentro de la institución con respecto a la difusión de información.

En relación a los aspectos organizacionales que facilitan la autogestión hospitalaria queda de manifiesto que el trabajo en equipo, la responsabilidad, motivación y liderazgo de los distintos equipos de salud, son piezas fundamentales para poder llevar a cabo esta nueva reforma. Por el contrario, las falencias político administrativas dentro del diseño y la implementación de la actual reforma en salud, como lo son el déficit de recurso humano y financiero, son los principales aspectos organizacionales que obstaculizan la autogestión hospitalaria.

Finalmente para poder mejorar y avanzar en la etapa de implementación es necesario trabajar en los aspectos mencionados anteriormente como también considerar políticas de recurso humano dentro de la actual reforma, que incluya aspectos como capacitación, financiamiento y formación sobre los nuevos lineamientos de la actual reforma sanitaria. Mientras no se superen las brechas del diseño e implementación no se logrará un sistema de salud coherente con los objetivos y principios que inspiraron esta actual reforma de salud en nuestro país.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Szot J. La transición demográfico – epidemiológica en Chile, 1960 – 2001. Revista Esp Salud Pública. 2003; 77: 605-13.
2. Medina E.; Kaempffer R. Tendencias y características de la mortalidad chilena 1970 – 2003. Rev. Méd Chile. 2007; 135: 240-50.
3. Artaza O, Montt J, Vásquez C. Estructura y recursos humanos en un hospital público chileno: una experiencia de cambio. Rev Panam Salud Pública. 1997; 5: 342-51.
4. Barrientos A. Health policy in Chile: The return of the public sector?. Latin American Research. 2002; 21(3): 442-459.
5. Murray C, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. World Health Organization. 2000; 78(6): 717-731.
6. Murray C, Frenk J. World Health Report 2000: A step towards evidence-based health policy. Lancet. 2001; 357: 1698-1700.
7. Nancuante U, Romero A. La Reforma de la Salud. Instituto de Políticas Públicas y Gestión, Salud y Futuro. Universidad Andrés Bello. 2008.
8. Méndez CA, Torres MC. Autonomía en la gestión hospitalaria en Chile: Los desafíos para el recurso humano en salud. Rev Saúde Pública 2010; 44(2): 366-71.
9. Collins C, Green A. Public Sector Hospitals and organizational change: An agenda for policy analysis. Int. J. Health Plann. Mgmt. 1999; 14: 107-28.
10. Chawla M, Govindaraj R. et al. Improving Hospital Performance through Policies to increase Hospital Autonomy: Methodological Guidelines. Department of population and International Health. Harvard School of Public Health. 1996.
11. Carrioni CA, Hernández ML, Molina G. La Autonomía de las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS): más un ideal que una vivencia institucional. Rev. Fac. Nac. Salud Pública. 2007; 25(2): 75-84.
12. Bastías G, Valdivia G. Reforma de salud en Chile; el plan AUGE o régimen de garantías explícitas en salud (GES). Su origen y evolución. Bol Esc Med, PUC. 2007; 32(2): 51-58.
13. 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(1/2): 13-20.
14. De Vos P, De Ceukelaire W, Van der Stuyft P. Colombia and Cuba, contrasting models in Latin America's Health sector reform. Tropial Medicine and International Health 2006; 2(10): 1604-1612.
15. Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: Una visión crítica a través de dos estudios de caso. Rev Panam de Salud Pública. 2005; 17(3): 210-220.
16. Jaramillo I. Evaluación de la Descentralización de la salud y la reforma de la seguridad social en Colombia. Gac Sanit. 2002; 16(1): 48-53.

17. Lloyd-Sherlock P. Health sector reform in Argentina: A cautionary tale. Soc Sci Med. 2005; 60(8): 1893-903.
18. Belmartino S. Una década de reforma de la atención médica en Argentina. Salud Colect. 2005; 1(2): 155-71.
19. Cavagnero E. Health sector reform in Argentina and the performance of the health financing system. Health Policy. 2008; 88: 88-99.
20. Bitrán R, Má C, Gómez P. The San Miguelito Hospital reform in Panamá-Evaluation and lessons. En: La Forgia GM ed. Health system innovations in Central America. Lessons and impact of new approaches. Washington DC: World Bank Working Paper N° 57; 2005. Pp. 89-108.
21. Elias PEM, Cohn A. Health reform in Brazil: lessons to consider. Am J Public Health. 2003; 93: 44-48.
22. Guerrero N. El paradigma emergente de los sistemas de salud: hacia la cobertura universal en los países del continente. Biblioteca jurídica virtual del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM. 2006.
23. La Forgia GM, Harding A. Public-Private partnerships and public hospital performance in Sâo Paulo, Brazil. Health Aff. 2009; 28(4): 1114-1126.
24. García-Prado A, Chawla M. The impact of hospital management reforms on absenteeism in Costa Rica. Health Policy Plan. 2006; 21(2): 91-100.
25. Gauri V, Cercone J, Briceño R. Separating financing from provision: evidence from 10 years of partnership with health cooperatives in Costa Rica. Health Policy Plan. 2004; 19(5): 292-301.
26. Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal reforms have failed in Latin America. Health Policy. 2005; 71: 83-96.
27. Guzmán Urrea MP. Deficiencias en los diagnósticos de las reformas sanitarias de los años noventa en América Latina. Rev Panam Salud Pública. 2009; 25(1): 84-92.
28. Mcpake B, Yepes F, Lake S, Sanchez L. Is the Colombian health system reform improving the performance of public hospitals in Bogotá? Health Policy Plan. 2003; 18(2): 182-94.
29. Machado AL, Giacone M, Álvarez C, Carri P. Health reform and its impact on healthcare workers: a case study of the National Clinical Hospital of Cordoba, Argentina. Soc Med. 2007; 2(4): 156-64.
30. Sojo A. Reformas de gestión en salud en América Latina: Los cuasimercados de Colombia, Argentina, Chile y Costa Rica. Serie Políticas Sociales 39, Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Santiago de Chile, Julio de 2000.
31. Ase I. La descentralización de servicios de salud en Córdoba (Argentina): entre la confianza democrática y el desencanto neoliberal. Salud Colect. 2006; 2(2): 199-218.
32. Unger JP, De Paepe P, Buitrón R, Soors W. Costa Rica: achievements of a heterodox health policy. Am J Public Health. 2008; 98(4): 636-643.
33. Sandoval H. Mejor salud para los chilenos, fundamentos sanitarios, políticos y financieros de la necesidad y oportunidad de hacer una reforma al Sistema de Salud Chileno. Cuad Méd Soc. 2004; 43(1): 5-20.
34. Sociedad Chilena de Administradores en Atención Médica y Hospitalaria. Los desafíos pendientes de la autogestión hospitalaria en red. Cuad Méd Soc. 2009; 49(3): 171-177.

35. Sepúlveda C. El significado histórico de la Reforma de la atención de salud en Chile. Cuad Méd Soc. 2004; 43(1): 22-37.
36. Vergara M, Bisama L. Autogestión Hospitalaria en Red: competencias esenciales para la gestión. Rev Chil Salud Pública. 2009; 13(3): 163-168.
37. Zúñiga A. Sistemas sanitarios y reforma AUGE en Chile. Acta Bioethica. 2007; 13(2): 237-245.
38. Biblioteca del Congreso Nacional de Chile. Historia de la Ley N° 19.937. 2004.
39. Ministerio de Salud de Chile. Ley Nº 19.937 Autoridad Sanitaria. 2004.
40. Artaza O. Los desafíos de la autogestión hospitalaria. Rev Chil Pediatr. 2008; 79(2): 127-130.
41. Malterud K. Qualitative research: Standards, challenges and guidelines. Lancet. 2001; 358: 483-488.
42. Conde F, Pérez C. La investigación cualitativa en salud pública. Rev Esp Salud Pública. 1995; 69(2): 145-149.
43. Fitzpatrick R, Boulton M. Qualitative methods for assessing health care. Quality in Health Care. 1994; 3: 107-113.
44. Cabrero J, Richart M. El debate investigación cualitativa frente a investigación cuantitativa. Enfermería Clínica 6(5): 212-217.
45. Arteaga O. Investigación en salud y métodos cualitativos. Ciencia & Trabajo. 2006; 8(21): 151-153**.**
46. Faltermaier T. Why public health research needs qualitative approaches. Eur J Public Health. 1997; 7: 357-363.
47. Marshall C, Rossman GB. Designing qualitative research 5th Ed. United States of America: Sage Publications. 2011. 321 p.
48. Ssvaldivia.cl [página web en internet]. Servicio de Salud Valdivia. 2006. Disponible en: http://www.ssvaldivia.cl. Consultado el 9 de Noviembre 2011.
49. Sandelowski M. Focus on research methods: Whatever happened to qualitative description?. Research in Nursing & Health. 2000; 23: 334-340.
50. DiCicco-Bloom B, Crabtree B. The qualitative research interview. Medical Education. 2006; 40: 314-321.
51. Onwuegbuzie A, Leech N. A call for qualitative power analyses. Quality & Quantity. 2007; 41: 105-121.
52. Kitto S, Chesters J, Grbich C. Quality in qualitative research. Criteria for authors and assessors in the submission and assessment of qualitative research articles for the Medical Journal of Australia. MJA. 2008; 188: 243-246.
53. Burnard P. Writing a qualitative research report. Nurse Education Today. 2004; 24: 174-179.
54. Guerrero LM. La entrevista en el método cualitativo. Disponible en Internet: http://www.facso.uchile.cl/investigacion/genetica/cg04.htm Consultado el Viernes 5 de Noviembre 2010.
55. Blasco T, Otero L. Técnicas cualitativas: La entrevista (I). Centro Nacional de Medicina Tropical. Nure Investigación. 2008; 33.
56. Hsieh HF, Shannon S. Three approaches to Qualitative content analysis. Qual Health Res. 2005; 15(9): 1277-1288.

57. Krippendorff K. Content analysis: An introduction to its methodology. Organizational Research Methods. 2010; 13(2): 392-394.
58. Onwegbuzie AJ, Leech NL. Validity and qualitative research: an oxymoron? Quality & Quantity. 2007; 41: 233-249.
59. Tobin GA, Begley CM. Methodological rigour within a qualitative framework. Journal of Advanced Nursing 2004; 48(4): 388-396.
60. Méndez CA. Los recursos humanos de salud en Chile: el desafío pendiente de la reforma. Rev Panam Salud Pública. 2009; 26(3): 276 – 80.
61. Franco L, Bennett S, Kanfer R. Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. Social Science & Medicine. 2002; 54: 1255 – 66.
62. Velásquez G, Madrid Y, Quick J. Reforma sanitaria y financiación de medicamentos. Serie Economía de la Salud y Medicamentos N° 6. 1999.
63. Arteaga O. El difícil camino desde el diseño a la implementación de las reformas de salud. Rev Chil Salud Pública. 2004; 8(1): 39 – 43.
64. Méndez CA. Reflexión sobre la planificación de los recursos humanos y la autonomía de gestión en los hospitales de chile. Rev Esp Salud Pública. 2009; 83: 371 – 378.
65. Sepúlveda – Álvarez C. El significado histórico de la reforma de la atención de salud en Chile. Cuad Med Soc. 2004; 43(1): 21 – 36.

9. ANEXOS

ANEXO N° 1
PAUTA DE ENTREVISTA

Universidad Austral de Chile
Instituto de Salud Pública

1. Inicio de la Entrevista

Buenos días, y gracias por su amabilidad y consideración. La presente investigación se enmarca en el Proyecto de Investigación titulado: **"Implementación de los Establecimientos de Autogestión en Red en Chile: percepción de los profesionales hospitalarios"**, Código **S-2010-37** de la Dirección de Investigación y Desarrollo de la Universidad Austral de Chile.

La Investigación tiene como objetivo analizar la percepción de los profesionales hospitalarios con relación a los principales cambios organizacionales en la implementación de los Establecimientos de Autogestión en Red en los hospitales de Valdivia, Osorno y Puerto Montt.

La entrevista contempla una duración estimada de cuarenta y cinco (45) minutos. Todas las opiniones expresadas en la presente entrevista serán tratadas bajo el carácter de confidencialidad. Además, usted podrá retirarse de participar en la investigación sin mediar aviso. Para el posterior análisis de la información, y bajo su consentimiento, la entrevista será grabada.

2. Dimensiones de la Entrevista

- Conocimiento respecto de la autogestión hospitalaria.

- Obstáculos para la implementación de la autogestión hospitalaria.

- Fortalezas de los equipos y de las instituciones para implementar el nuevo modelo de gestión hospitalaria.

- Cambios necesarios a implementar para apoyar la implementación de los Establecimientos de Autogestión en Red.

3.- Antecedentes Generales del Entrevistado (a)

<table>
<tr><td colspan="7">Nombre:</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Edad:</td><td colspan="2">Sexo:</td><td>M</td><td></td><td>F</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td colspan="7">Profesión:</td></tr>
<tr><td colspan="7">Cargo directivo:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Nivel directivo:</td><td>Alto</td><td></td><td>Intermedio</td><td></td><td>Bajo</td><td></td></tr>
<tr><td>Institución:</td><td>HBO</td><td></td><td>HBV</td><td></td><td>HBPM</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="7">Años de trabajo institución:</td></tr>
<tr><td colspan="7">Lugar de entrevista:</td></tr>
<tr><td colspan="3">Hora inicio entrevista:</td><td colspan="4">Hora término entrevista:</td></tr>
<tr><td colspan="7">Correo electrónico entrevistado:</td></tr>
</table>

Pauta de entrevista

Objetivos	Dimensiones	Tópicos	Ítem
1. Establecer las diferentes percepciones de los profesionales de acuerdo a su nivel de compromiso administrativo en torno al significado de autogestión hospitalaria.	1. Conocimiento respecto de la autogestión hospitalaria.	1. Concepto de autogestión.	1. ¿Qué entiende usted por autogestión?
		2. Propósitos de la autogestión.	2. ¿Cuáles cree usted son los propósitos de autogestionar los hospitales?
		3. Consecuencias de la autogestión para la gestión hospitalaria.	3. ¿Cuáles cree usted son las consecuencias para la gestión hospitalaria?
2. Identificar los principales aspectos organizacionales que dificultan o facilitan la implementación de la autogestión hospitalaria.	2. Obstáculos de los equipos y de las instituciones para la autogestión hospitalaria.	4. Estructura organizacional	4. ¿Cuáles han sido los obstáculos organizacionales para implementar la autogestión?
		5. Competencias de los profesionales	5. ¿Cuáles cree usted han sido las dificultades de los equipos para la implementación?
		6. Financiamiento de la implementación 7. Inserción en la red asistencial	
	3. Fortalezas de los equipos y de las instituciones para la autogestión hospitalaria.	8. Estructura organizacional	6. ¿Cuáles han sido las fortalezas organizacionales para la implementación?
		9. Competencias de los profesionales	7. ¿Cuáles han sido las fortalezas de los equipos para la implementación?
		10. Financiamiento de la implementación 11. Inserción en la red asistencial	
3. Identificar los cambios que los profesionales recomiendan para mejorar la implementación de la autogestión en red.	4. Cambios necesarios para apoyar la implementación de los Establecimientos de Autogestión en Red.	11. Cambios a nivel de macropolítica	8. ¿Qué cambios cree usted son necesarios para mejorar la autogestión?
		12. Cambios a nivel de mesopolítica 13. Cambios a nivel de micropolítica	

ANEXO N° 2
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estudio: "Implementación de los Establecimientos de Autogestión en Red en Chile: percepción de los profesionales hospitalarios"

Investigador Responsable: Claudio Arturo Méndez Valenzuela
Dirección: Avenida Senador Carlos Acharán Arce, Campus Isla Teja, Universidad Austral de Chile, Valdivia. Fono/Fax: (063) 221282 Correo electrónico: claudiomendez@uach.cl

Se me ha informado que se está ejecutando un estudio en 3 hospitales del país, cuyo objetivo es analizar la percepción de los profesionales hospitalarios con relación a los principales cambios organizacionales en la implementación de los Establecimientos de Autogestión en Red en los hospitales de Valdivia, Osorno y Puerto Montt durante el período 2010-2011.

En vista de que cumplo con las características y requisitos de incorporación al estudio, esto es: ser un profesional que realiza labores clínicas, directivas o de coordinación en los hospitales previamente mencionados y tener una relación contractual con la institución de al menos tres años, se me ha solicitado aprobación y mi consentimiento para participar en el estudio. Si accedo a incorporarme al estudio, mi participación consistirá en responder a una entrevista conducida por un entrevistador, la cual abordará los principales cambios introducidos a la gestión hospitalaria por parte de la reforma de la salud. La entrevista será grabada en registro de audio digital.

Se me ha explicado que la incorporación al estudio no implica riesgos ni costos y que mi participación es absolutamente libre y voluntaria. De esta manera, se me ha afirmado que puedo negarme a participar o retirarme del estudio en cualquier momento sin dar explicaciones y sin derivar esto en ninguna sanción. Por último, si decido participar se me ha asegurado que toda la información entregada personalmente, será manejada con reserva y sólo para los fines de esta investigación por las personas involucradas en el estudio.

Afirmo que he tenido la oportunidad de realizar libremente todas las consultas y que se han aclarado mis dudas con respecto al estudio. Si requiriera efectuar consultas adicionales sobre el proyecto y sus procedimientos podré contactar al investigador responsable cuyo teléfono y dirección se especifican al comienzo de este formulario.

Yo (Nombre del profesional), _____
he sido informada(o) por el Sr./Sra./Srta. (Nombre de la persona que aplica el consentimiento) _____ respecto al estudio quien ha aclarado todas mis interrogantes e inquietudes.

He decidido, Aceptar ☐ No Aceptar ☐, mi participación en el estudio.

Firma participante Firma persona que aplica el consentimiento

Fecha/ciudad:

ANEXO KÕ3

@> O> @QBOèPQF@> P AB I > J RBPQO>

ENTREVISTA	SEXO	EDAD	PROFESIÓN	NIVEL DIRECTIVO	INSTITUCIÓN	AÑOS DE TRABAJO
N° 1	F	49 á.	ENFERMERA	BAJO	HBV	25 á.
N° 2	F	65 á.	ENFERMERA	ALTO	HBV	4 á.
N° 3	F	51 á.	ENFERMERA	INTERMEDIO	HBV	26 á.
N° 4	F	58 á.	ENFERMERA	INTERMEDIO	HBV	32 á.
N° 5	F	52 á.	ENFERMERA	BAJO	HBV	28 á.
N° 6	F	37 á.	ENFERMERA	INTERMEDIO	HBV	13 á.
N° 7	M	41 á.	TECNÓLOGO MÉDICO	INTERMEDIO	HBV	17 á.
N° 8	F	57 á.	ENFERMERA	INTERMEDIO	HBV	33 á.
N° 9	F	54 á.	ENFERMERA	INTERMEDIO	HBV	28 á.
N° 10	F	57 á.	ENFERMERA	INTERMEDIO	HBV	33 á.
N° 11	M	33 á.	ENFERMERO	BAJO	HBV	6 á.
N° 12	F	30 á.	ENFERMERA	INTERMEDIO	HBV	7 á.
N° 13	M	43 á.	ADMIN. PÚBLICO	ALTO	HBV	3 á.
N° 14	F	51 á.	ENFERMERA	INTERMEDIO	HBV	28 á.
N° 15	F	59 á.	ENFERMERA	INTERMEDIO	HBV	36 á.
N° 16	F	57 á.	MATRONA	INTERMEDIO	HBV	32 á.
N° 17	F	37 á.	MATRONA	INTERMEDIO	HBV	3 á.
N° 18	F	44 á.	ING. COMERCIAL	ALTO	HBV	18 á.
N° 19	F	47 á.	MÉDICO	INTERMEDIO	HBV	16 á.
N° 20	M	43 á.	MÉDICO	ALTO	HBV	8 á.