RISS … hacia la construcción de "Hospitales en Red"

Dra. Gisela Alarcon R.
Subsecretaria Redes Asistenciales
Julio 2016

Presentación

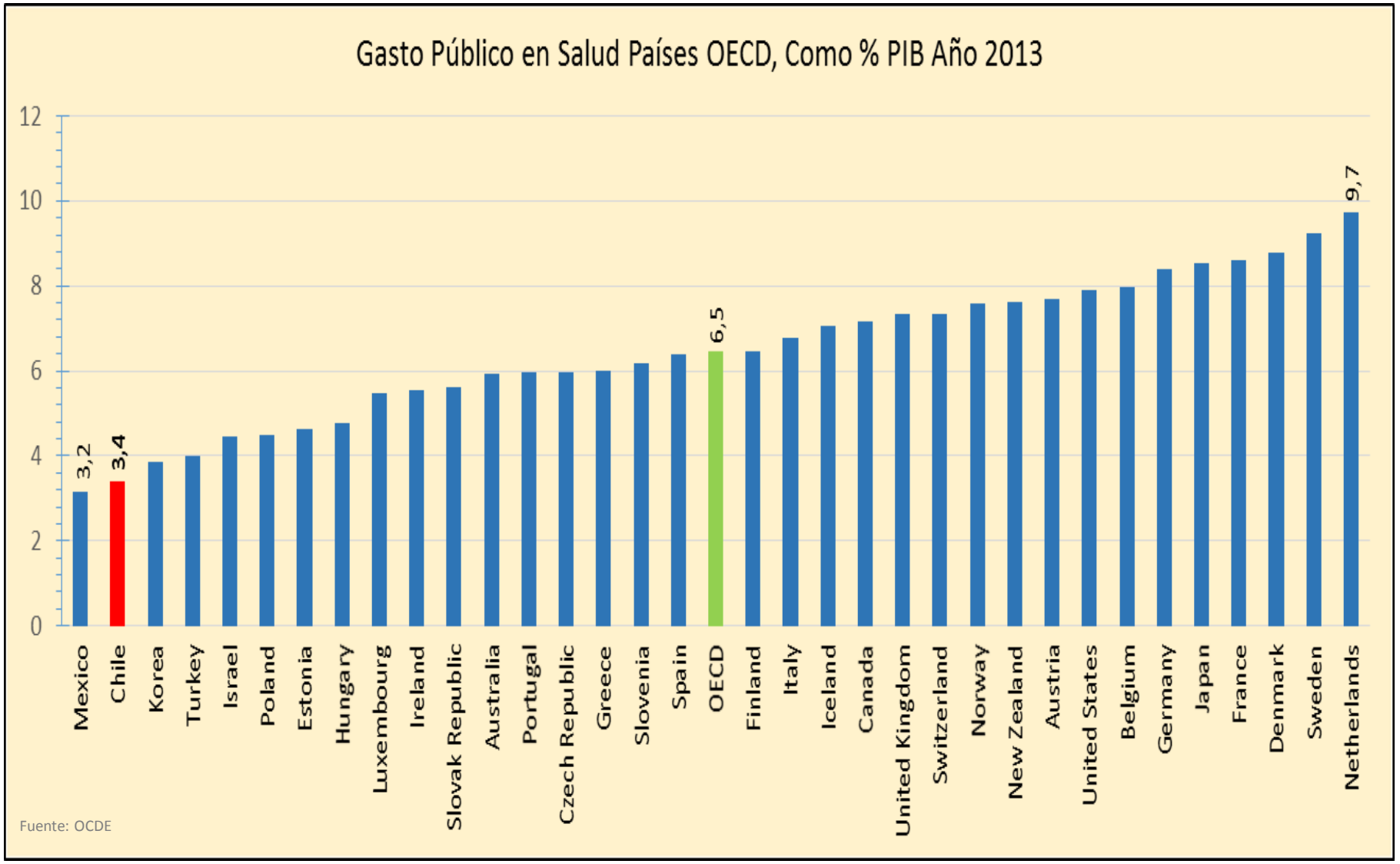
1. Contexto nacional …. para un marco conceptual
2. Modelo Conceptual RISS y algunos avances
3. Los desafíos para una gestión hospitalaria **EN RED**

Contexto

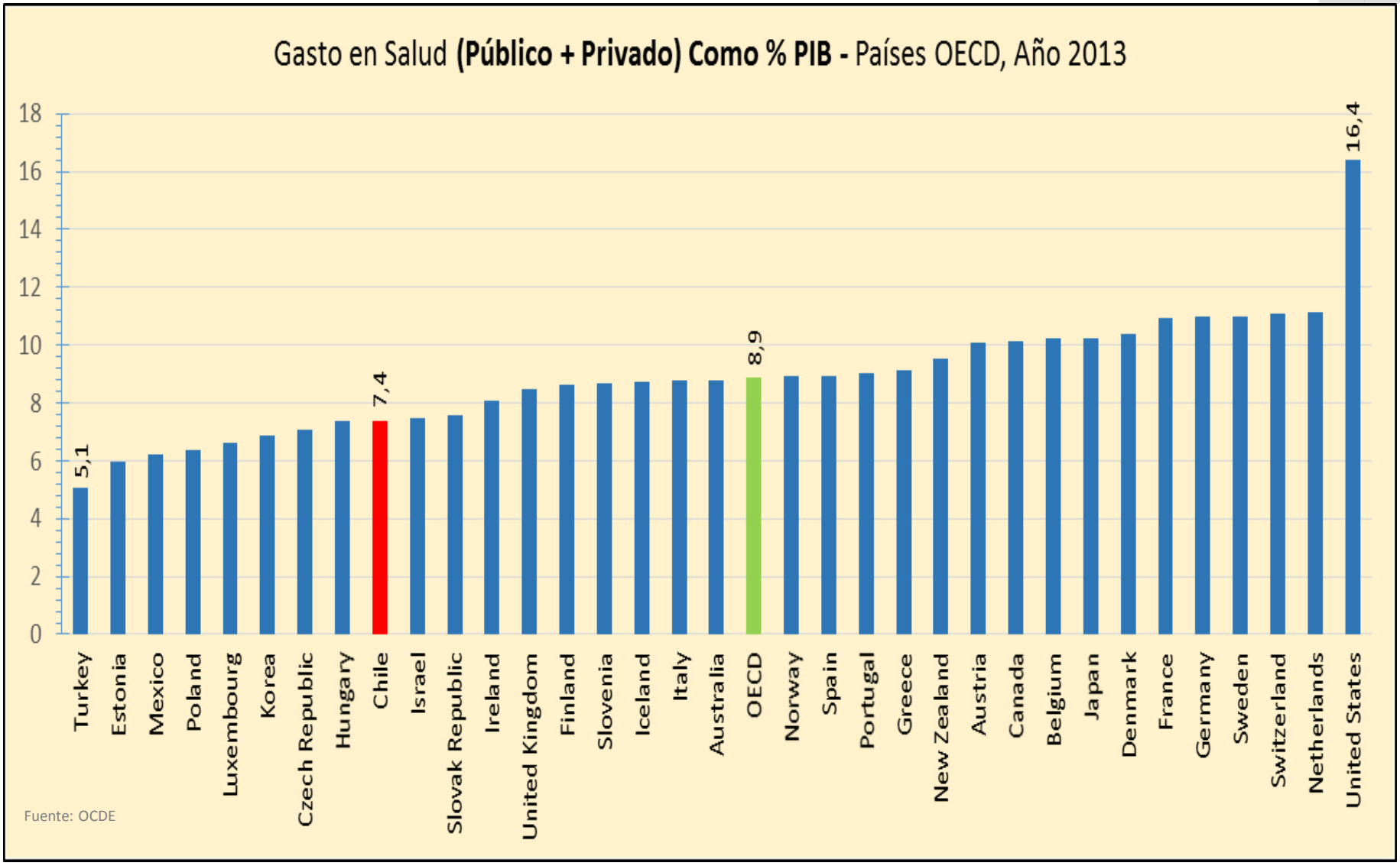
«Resolver algo con muchos recursos no tiene gracia, es fácil»

Alejandro Aravena, chileno.
Premio Pritzer 2016

GASTO PÚBLICO EN SALUD, PAÍSES OECD 2013

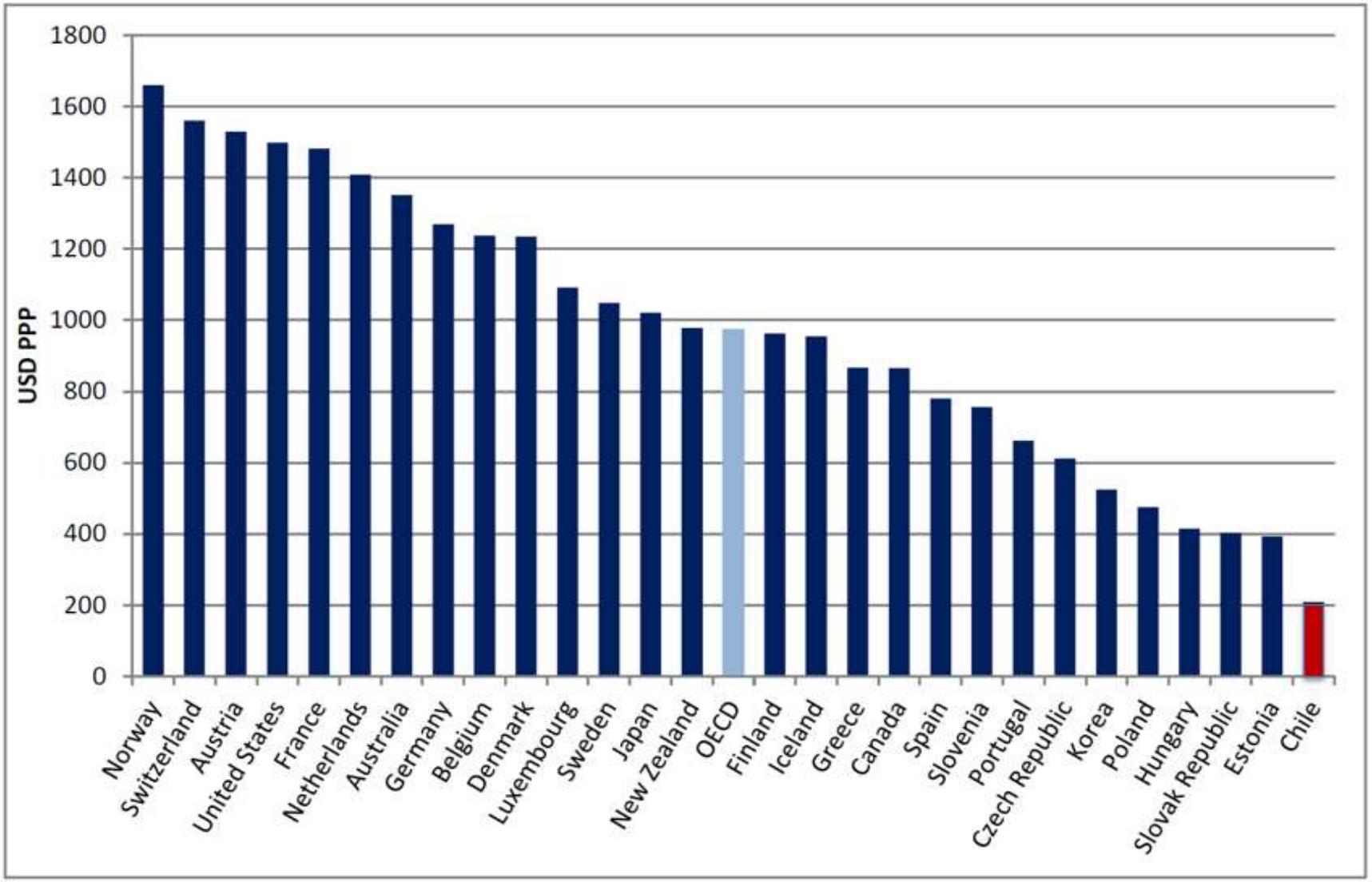


GASTO (PÚBLICO+ PRIVADO) EN SALUD, PAÍSES OECD 2013

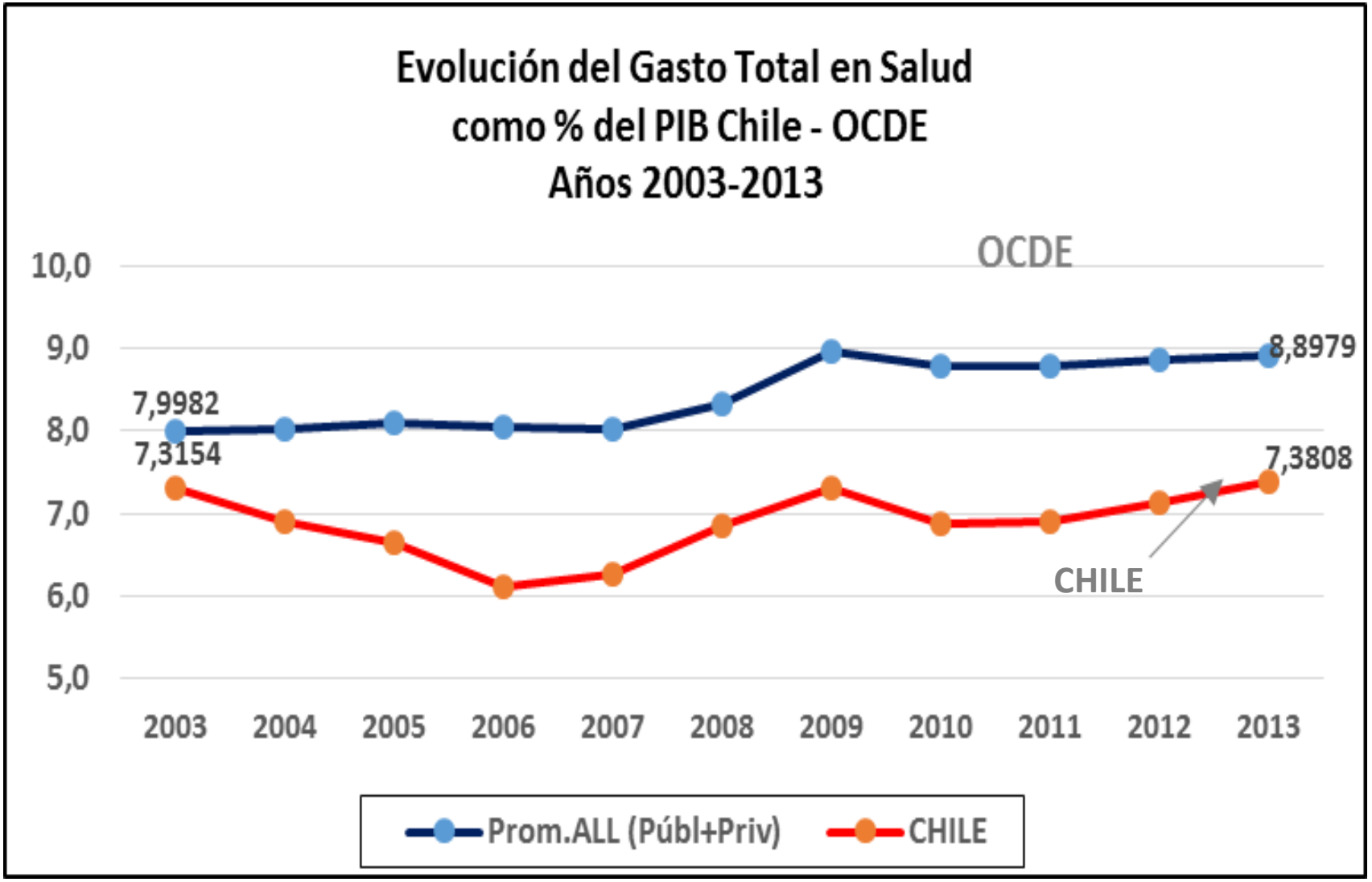


GASTO PER CÁPITA EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA

Figure 1: Per capita spending on hospital inpatient care in 2011 (or nearest year)

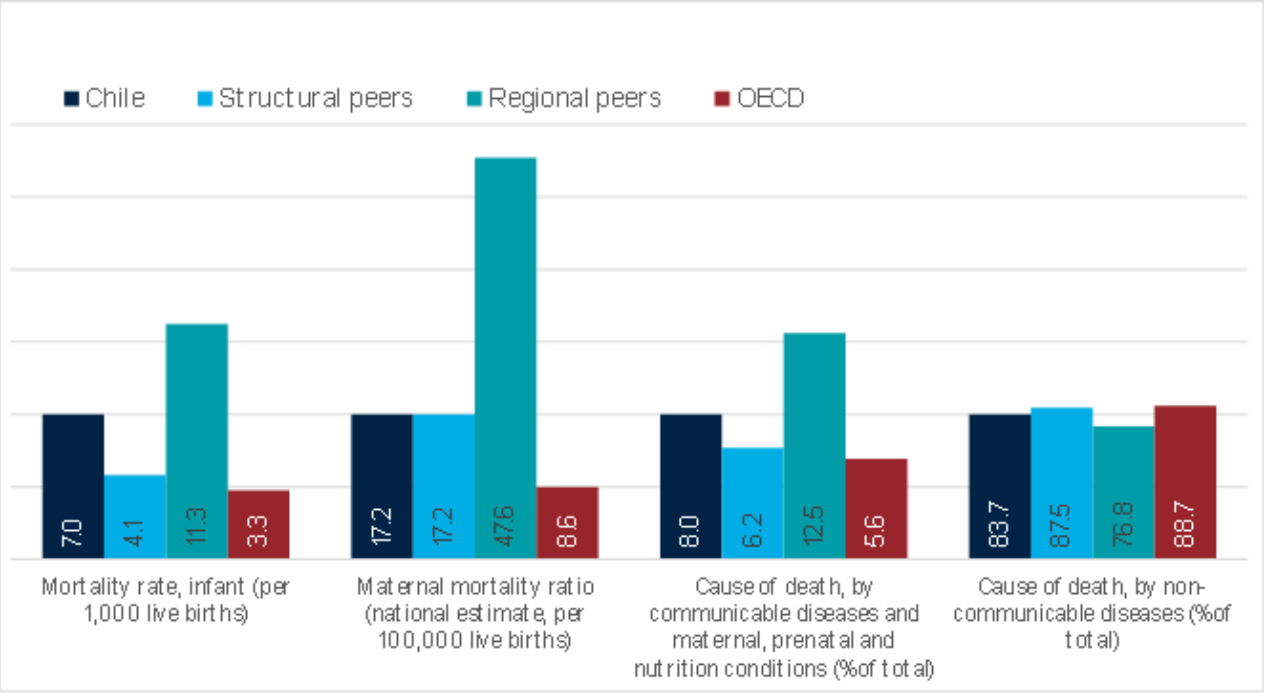


EVOLUCIÓN GASTO TOTAL EN SALUD, % DEL PIB CHILE /OECD 2003 - 2013



Fuente: OCDE

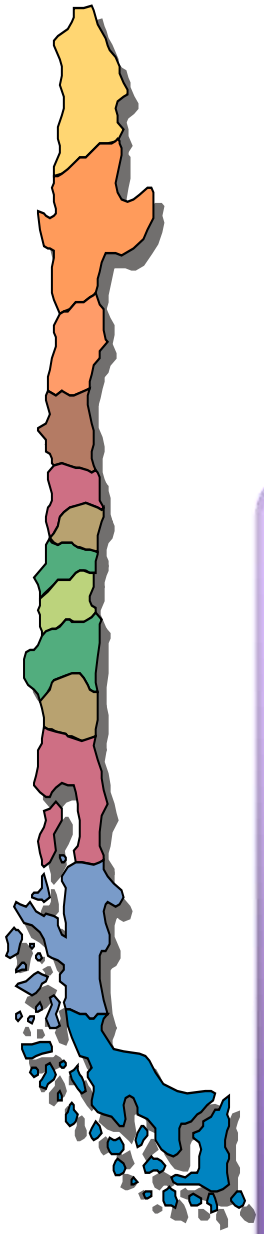
Key health outcomes for Chile, peers, and OECD countries (2013)



Chile muestra indicadores agregados de salud más cercanos a países desarrollados (OCDE) y a sus pares estructurales (Canadá, Noruega y Australia) que a sus pares regionales.

Source: Authors based on OECD Health Statistics, 2015

SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD SNSS.



Red descentralizada de 29 Servicios de Salud descentralizados que conforman el Sistema Nacional de Servicios de Salud, coordinados por la Subsecretaría de Redes Asistenciales, en cuyos territorios se congregan:

104 Establecimientos hospitalarios de menor complejidad

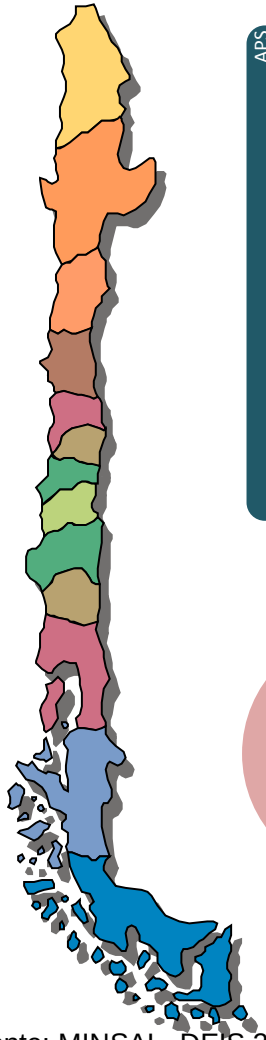
27 Establecimientos hospitalarios de mediana complejidad

64 Establecimientos hospitalarios de alta complejidad

322 Municipios que tienen a cargo la atención primaria de salud.

*Fuente: DEIS.

RED DE ATENCION PRIMARIA CHILE



APS

275 Comunas Salud Municipal

APS

47 comunas Costo fijo

APS

28 comunas Dependientes de los SS

582 Centros de Salud

175 CECOSF

270 SAPU

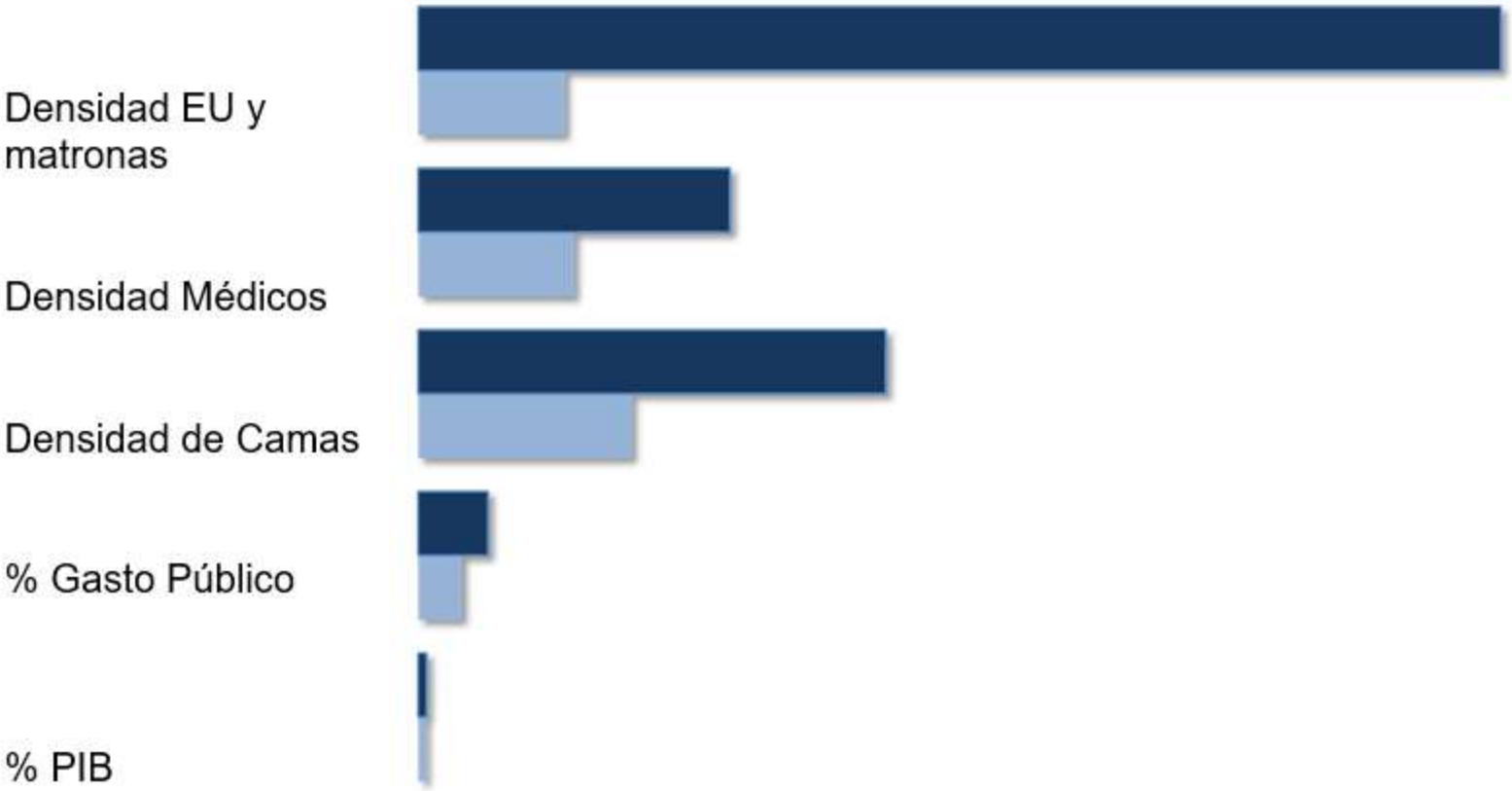
158 SUR

1177 Postas Rurales

1 SAR

Fuente: MINSAL- DEIS 2013

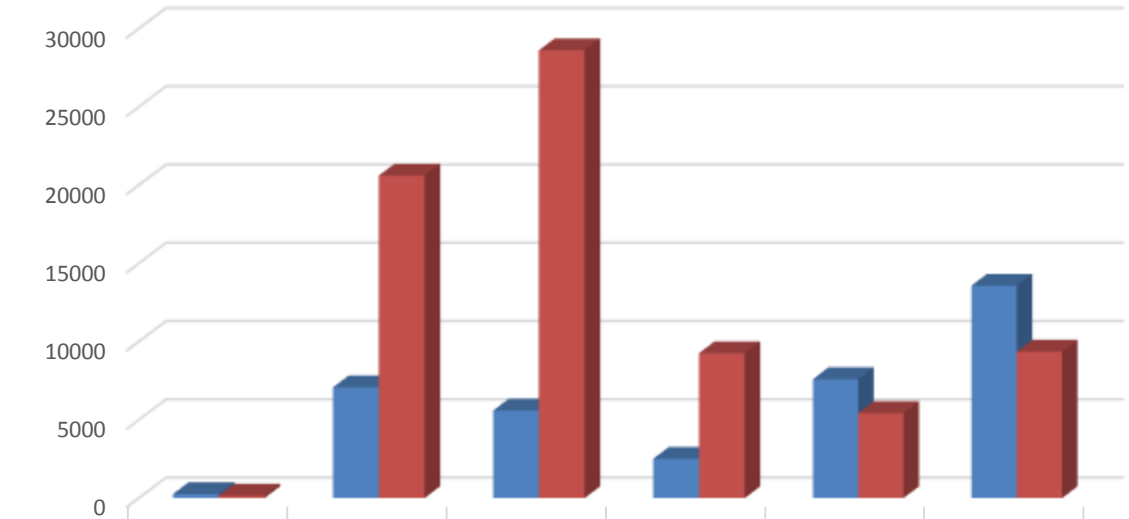
CHILE Y OECD: LAS BRECHAS ESTRUCTURALES



	Gasto salud % PIB	Gasto público & Gasto salud	Densidad camas	Densidad médicos	Densidad EU y matronas
OECD	9,3%	72%	4,8	3,2	11,1
Chile	7,6%	45%	2,2	1,6	1,5

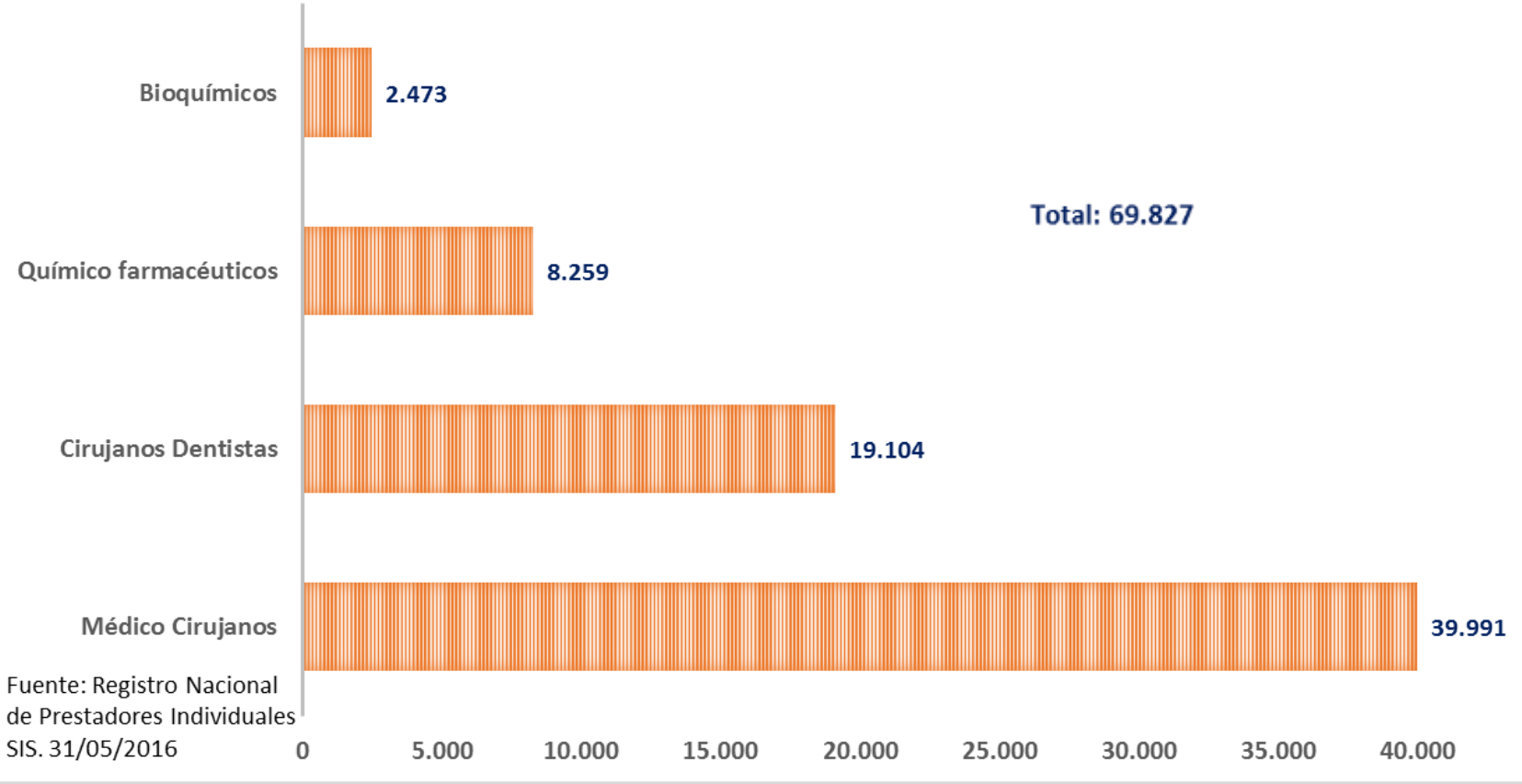
Fuente: OCDE

DOTACION EFECTIVA MAYO 2016 SNSS: 110.046

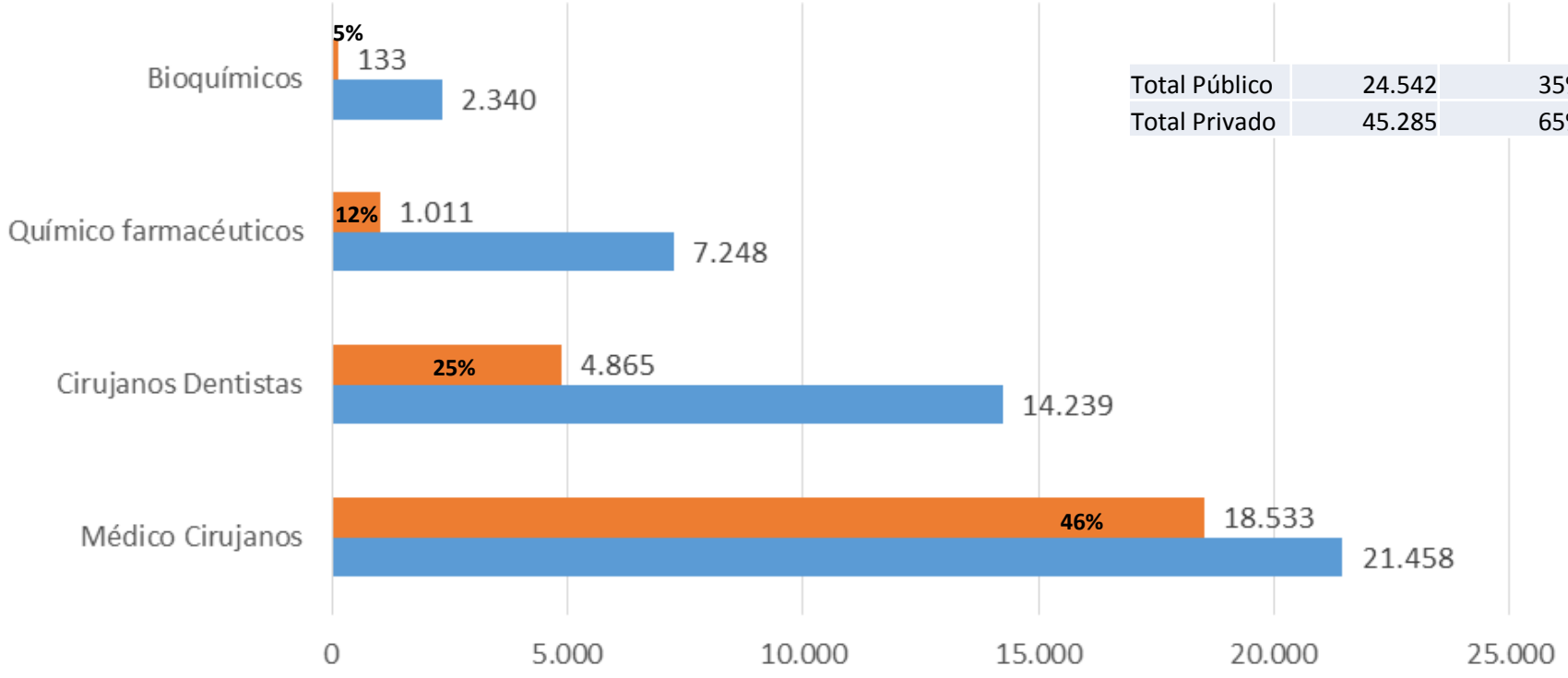


	Directivos	Profesionales	Técnicos	Administrativos	Auxiliares	Leyes Medicas
HOMBRE	254	7084	5592	2511	7600	13571
MUJER	165	20616	28615	9255	5427	9356
Total	**419**	**27,700**	**34,207**	**11,766**	**13,027**	**22,927**

NÚMERO DE PROFESIONALES INSCRITOS EN EL REGISTRO DE PRESTADORES INDIVIDUALES DE SUPERINTENDENCIA DE SALUD - UNIVERSO NACIONAL



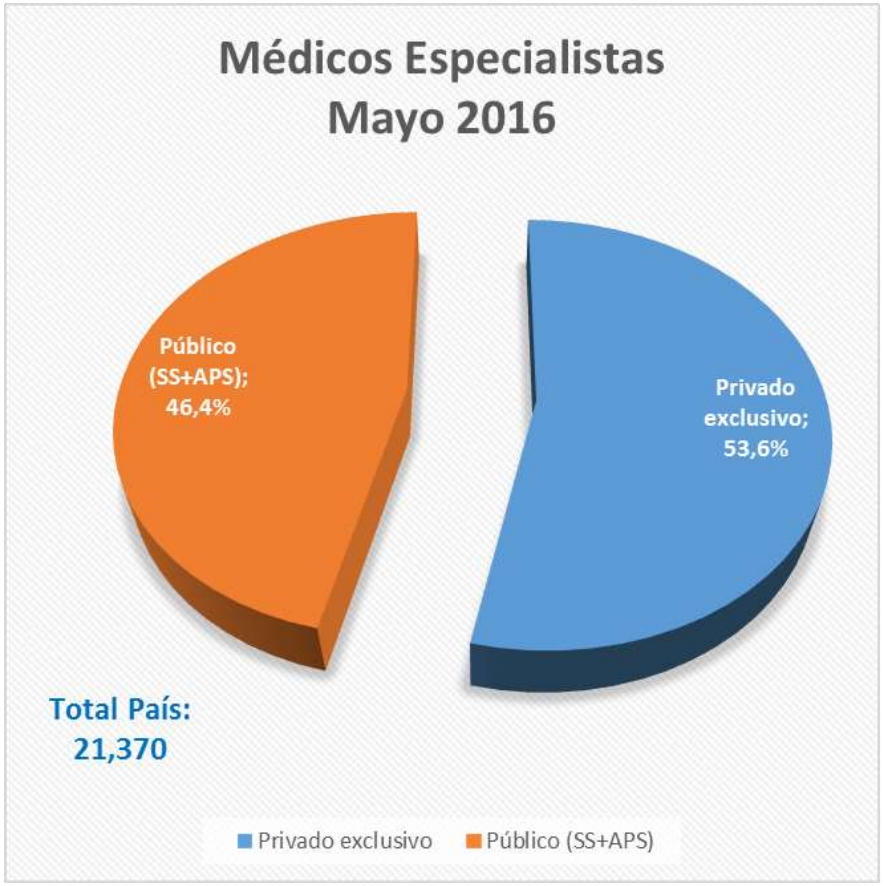
N° de Profesionales - Universo Nacional
Comparación Desempeño en el Sector Público-Privado



	Total	%
Total Público	24.542	35%
Total Privado	45.285	65%

	Médico Cirujanos	Cirujanos Dentistas	Químico farmacéuticos	Bioquímicos
Público (SS + APS)	18.533	4.865	1.011	133
Privado exclusivo	21.458	14.239	7.248	2.340

Fuente: Registro Nacional de Prestadores Individuales SIS. 31/05/2016



Fuente: Registro Nacional de Prestadores Individuales SIS. 31/05/2016

Tenemos un gran desafío por delante
Los necesitamos a todos para esta gran tarea

Salud Publica
Salud de todos

Modelo Conceptual y avances

Lo esencial ……

El impacto sanitario representa el valor público reconocido por los ciudadanos (mandantes):

IMPACTO SANITARIO

Para lograr impacto sanitario ……

Renovación de sistema sanitario, mediante la innovación permanente en su estructura organizativa como en sus instrumentos y sistemas de gestión, CON EL SENTIDO DE LO QUE HACEMOS….

Nuestro Plan de Gobierno

- No es un fin en si mismo
- Es un medio para lograr impacto sanitario
- Acceso a la salud
- Dignidad y calidad de atención
- Un nuevo modelo de sociedad con salud publica fortalecida con acceso y dignidad

El acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud:

Implican que todas las personas y las comunidades tengan acceso, sin discriminación alguna, a servicios integrales de salud, adecuados, oportunos, de calidad, a la vez que se asegura que el uso de esos servicios no expone a los usuarios a dificultades financieras.

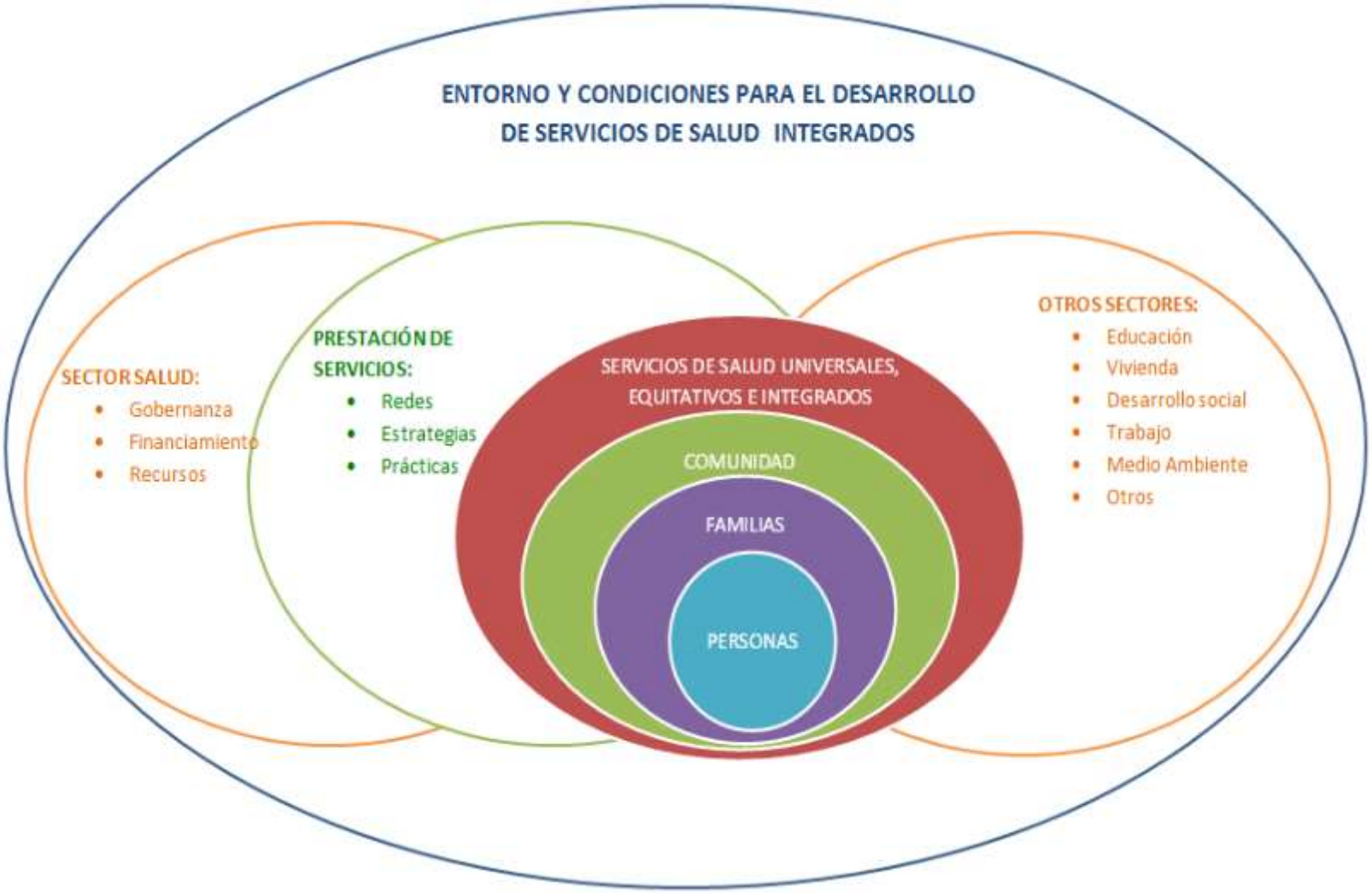
Requieren la definición e implementación de políticas y acciones con un enfoque multisectorial para abordar los determinantes sociales de la salud y fomentar el compromiso de toda la sociedad para promover la salud y el bienestar.

Valores:

- ☑ **Derecho a la salud**
- ✓ **Equidad**
- ✓ **Solidaridad**

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud
Américas

Modelo Conceptual....



Fuente: adaptación modelo conceptual OMS, 2015

Sistemas de Salud Basado en la APS

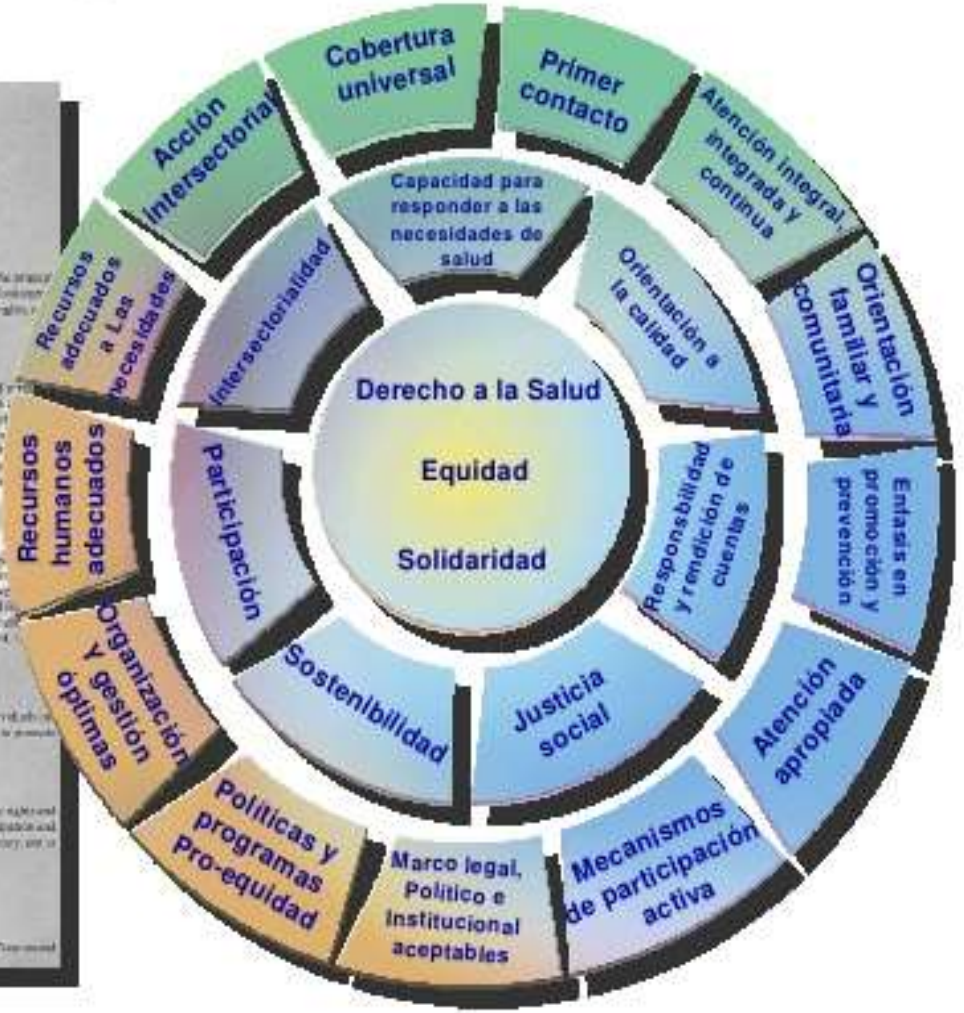
"...Un Sistema de Salud Basado en la APS es un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema".

(OPS, Marzo 2007)

Sistemas de Salud basados en APS

Valores, Principios y Elementos

WORLD HEALTH DECLARATION



Corregir las tendencias actuales

Figura 1.10 Los sistemas de salud se apartan de los valores fundamentales de la atención primaria

Retos: Los Servicios de Salud

- El mayor reto en materia de organización y prestación de los servicios de salud es la fragmentación.

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

Transformación del Paradigma de la Salud

Viejo Paradigma	Nuevo Paradigma
Énfasis en atención de episodios agudos de enfermedad	Énfasis en el cuidado de la salud través del continuo asistencial
Responsabilidad por enfermos individuales	Responsabilidad por la salud de poblaciones definidas
Los proveedores de servicios son esencialmente iguales	Diferenciación basada en la capacidad de proveer valor agregado
El éxito se mide por la capacidad de incrementar el numero de hospitalizaciones	El éxito depende del aumento de la cobertura y la capacidad de mantener a las personas sanas
El objetivo de los hospitales es llenar camas	El objetivo de la red es proveer los cuidados apropiados en el nivel apropiado
Hospitales, centros ambulatorios, aseguradores trabajan separadamente (Fragmentación)	Redes integradas de servicios de salud
Gestión de organizaciones aisladas	Gestión en red

“Redes” o Redes Integradas de Servicios de Salud

Redes de Servicios de Salud

≠

Redes Integradas de Servicios de Salud

Enfrentando la fragmentación

"A menos que se adopte un enfoque centrado en las personas y servicios integrados, el cuidado de la salud será cada vez más fragmentado, ineficiente e insostenible.

Sin mejoras en la prestación de los servicios, las personas no podrán acceder a Servicios de salud de alta calidad que satisfagan sus necesidades y expectativas" (OMS, 2015)

Enfrentando la fragmentación

- Fragmentación del cuidado:
  - Nuevos modelos de atención
    - Procesos Centrados en las personas y comunidades, continuidad de atención.

- Fragmentación de los servicios:
  - Nuevas formas de organización y gestión de la prestación de servicios
    - **Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)**

Estrategia de trabajo: MODELO RISS

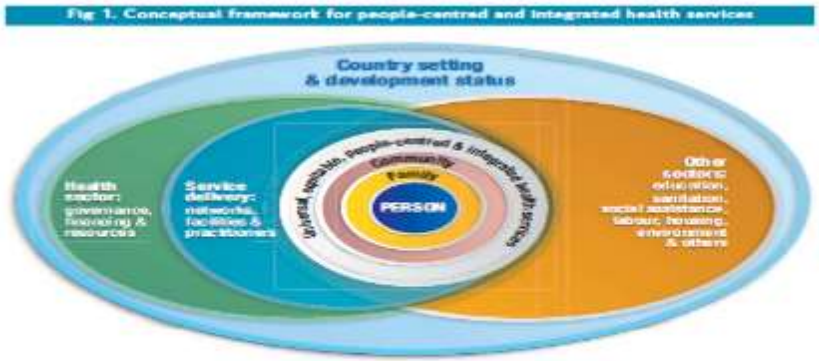
La fragmentación de los Servicios de Salud

Bajo desempeño de los Servicios de Salud

- Dificultades de acceso
- Servicios de baja calidad técnica
- Uso ineficiente de los recursos
- Incremento de los costos de producción
- Baja satisfacción de los usuarios

Otros factores causantes del bajo desempeño del Sistema

(P. Ej.: financiamiento insuficiente, débil capacidad rectora de la autoridad sanitaria, falta de recursos humanos calificados, etc.)



Coordinación con Fonasa
Pendiente CENABAST

Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) basadas en APS: el instrumento

- " una red de organizaciones que presta, o hace los arreglos para prestar, servicios de salud equitativos e integrales a una población definida y que está dispuesta a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que sirve" *(OPS)*

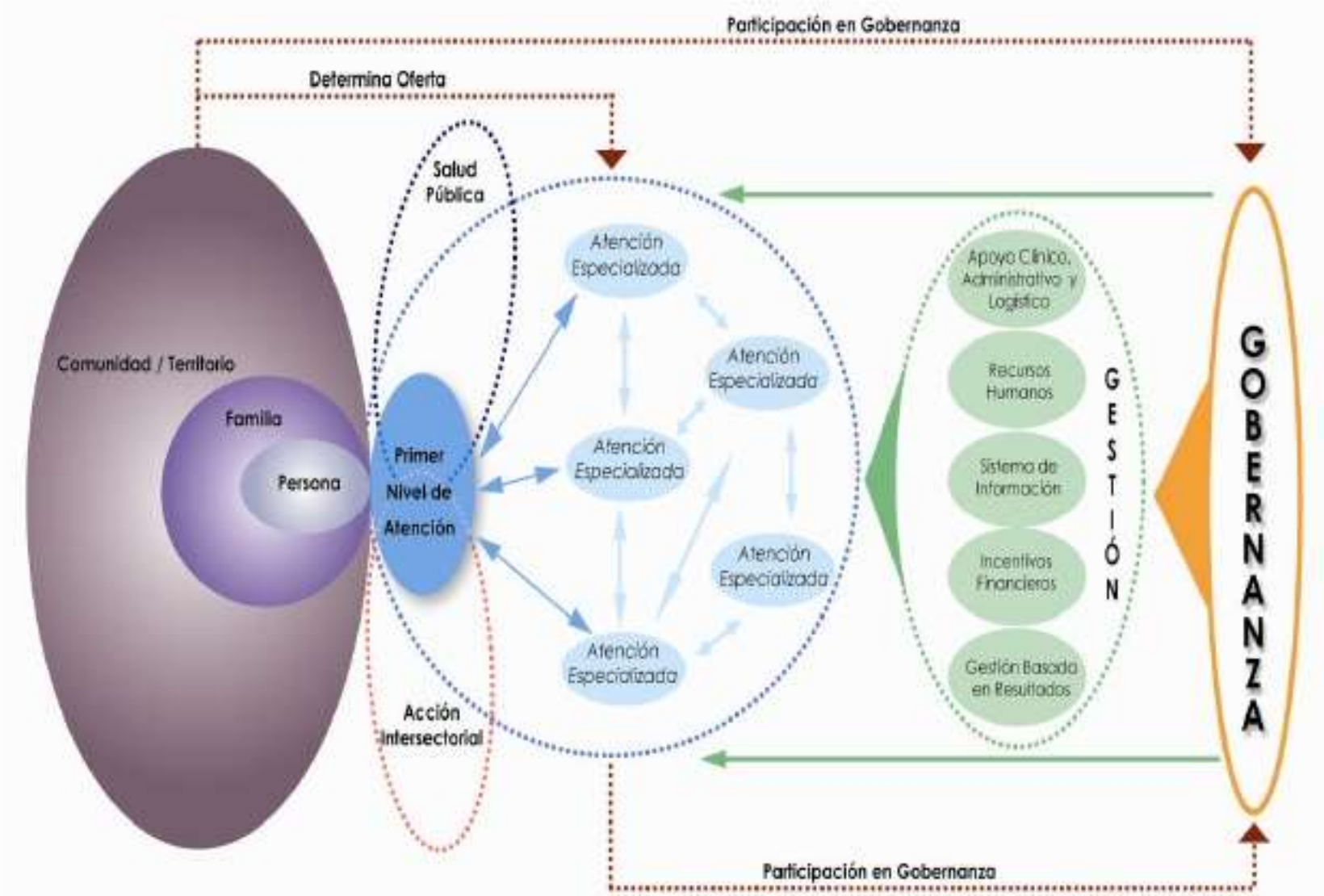
Atributos de las Redes Integradas de Servicios de Salud

- Dada la gran variedad de contextos externos y factores internos de los países, no es posible prescribir un único modelo organizacional de RISS; de hecho existen múltiples modelos posibles.
- El objetivo de política pública entonces es alcanzar un diseño que satisfaga las necesidades organizacionales específicas de cada sistema.
- No obstante la variedad de contextos de los países, la experiencia acumulada en los últimos años indica que las RISS requieren de algunos atributos esenciales para su adecuado funcionamiento.

Los componentes de las RISS

Ámbitos de abordaje

Atributos esenciales de las RISS



Contexto: tipo de sistema de salud, nivel de financiamiento, marco legal y regulatorio, capacidad de rectoría de la autoridad sanitaria, disponibilidad de recursos humanos, físicos y tecnológicos, etc.

A menos que se adopte un enfoque centrado en las personas y servicios integrados, el cuidado de la salud será cada vez más fragmentado, ineficiente e insostenible.

Sin mejoras en la prestación de los servicios, las personas no podrán acceder a servicios de salud de alta calidad que satisfagan sus necesidades y expectativas.

Entonces, los Servicios Integrados de Salud

Son Servicios de Salud que se gestionan y entregan de manera tal que aseguran a las personas un continuo de promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, manejo de enfermedades, rehabilitación y servicios de cuidados paliativos, en los diferentes niveles y sitios de atención dentro del sistema de salud, y de acuerdo a sus necesidades a lo largo de su curso de la vida (OMS, 2015).

Fuente: Centro es estudios y formación QSV, en base a OMS 2015

DIFERENCIAS ENTRE UN SISTEMA DE SALUD FRAGMENTADO Y UNA RED SANITARIA INTEGRADA

Dimensiones	Sistema fragmentado	Red sanitaria integrada
Tipo de organización	Componentes aislados	Continuo de atención
Modelo organizacional	Niveles jerárquicos	Red poliárquica
Orientación en torno a condiciones de salud	Condiciones agudas	Condiciones crónicas y agudas
Orientaciones en torno al público objetivo	Individuo	Población
Sujeto entendido como	Paciente	Agente de salud

Fuente: Centro es estudios y formación QSV, en base a OPS 2010, OMS 2015 y BID 2014

Los beneficios de las RISS

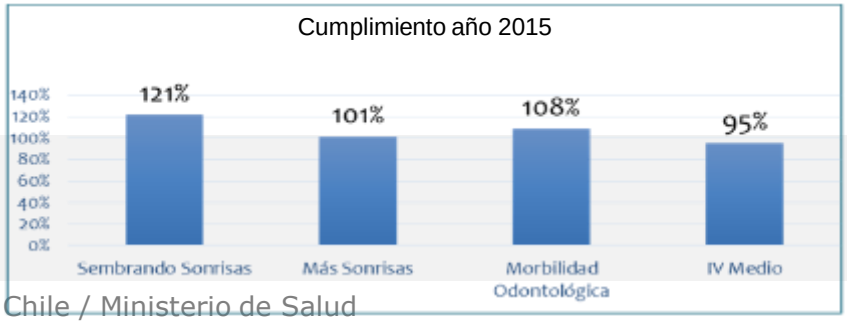
- Mejoran la accesibilidad al sistema
- Reducen el cuidado inapropiado
- Reducen la fragmentación del cuidado asistencial
- Mejoran la efectividad clínica de los servicios
- Evitan la duplicación de infraestructura y servicios
- Reducen los costos de producción y de transacción
- Responden mejor a las necesidades y expectativas de salud de las personas/comunidad

(12 casos en LA, Barcelona, Kaiser Permanente)

Algunos avances

Atención y Prevención

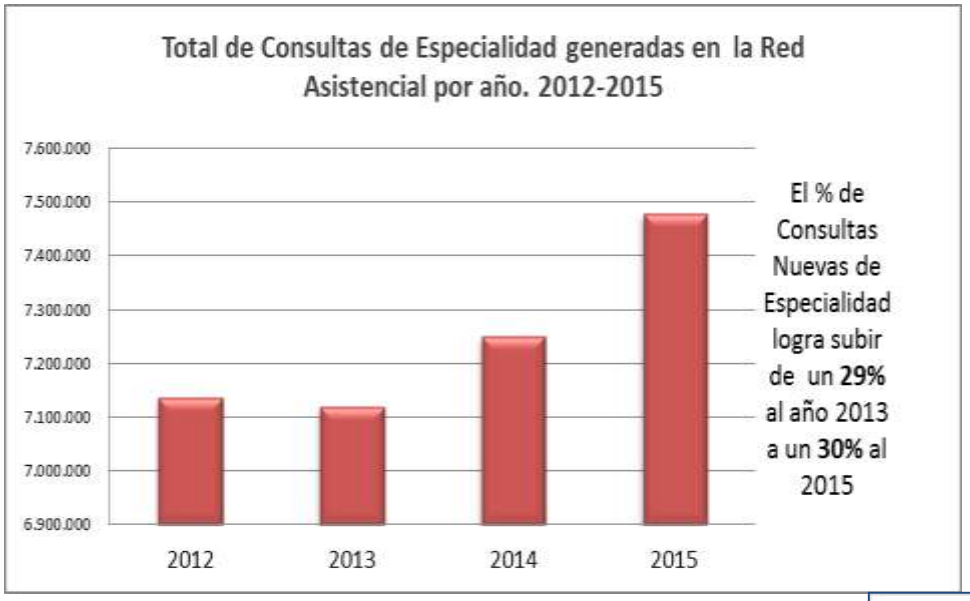
Meta 4 años	Cumplimiento actual
1.000 nuevos médicos APS*	1480 en el nuevo mensaje presidencial. Actualmente 706 médicos nuevos en APS
1.100.000 personas integradas al programa "más adultos mayores autovalentes"	146.000 beneficiarios ingresados
400.000 niños con prevención dental pre escolar "Sembrando Sonrisas"	287.952 niños
400.000 altas integrales "Más sonrisas"	109.639 mujeres
180.000 altas integrales estudiantes de IV° Medio	39.062
2.940.000 beneficiarios adultos	732.780

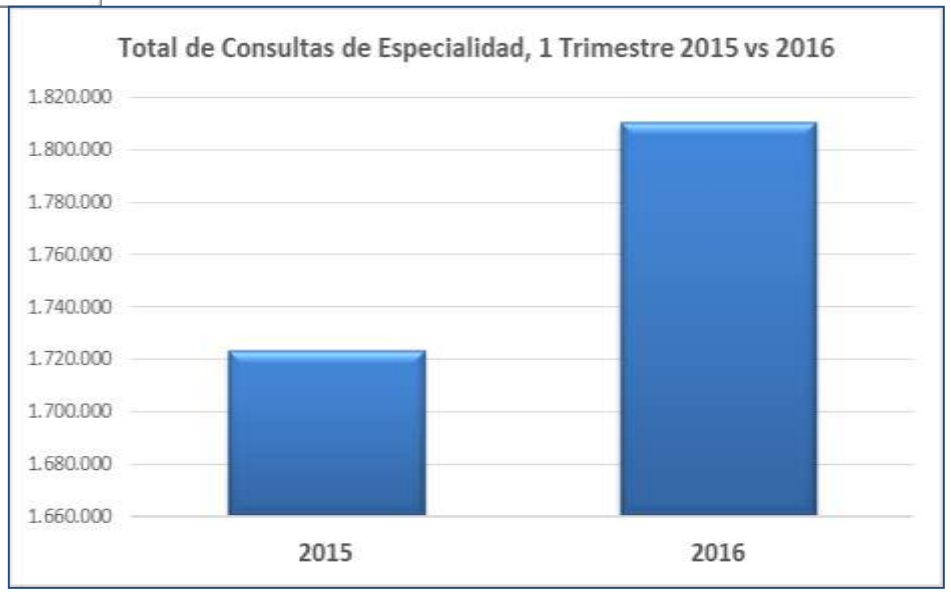


Una Política Nacional de Medicamentos

Meta 4 años	Cumplimiento actual
5.000.000 de beneficiarios del fondo de farmacia en APS	2.908.032 beneficiarios (año 2015 y-2016). Total de recetas despechadas 24.476.772
Fondo de Medicamentos de Alto Costo "Ley Ricarte Soto"	Redes implementadas para cubrir las necesidades de administración o dispensación de los 17 medicamentos definidos como Alto Costo. 65 establecimientos: 47 prestadores públicos, 16 prestadores privados y 2 prestadores de FFAA Actualmente 2.555 beneficiarios

Mayor oferta de especialidad en red





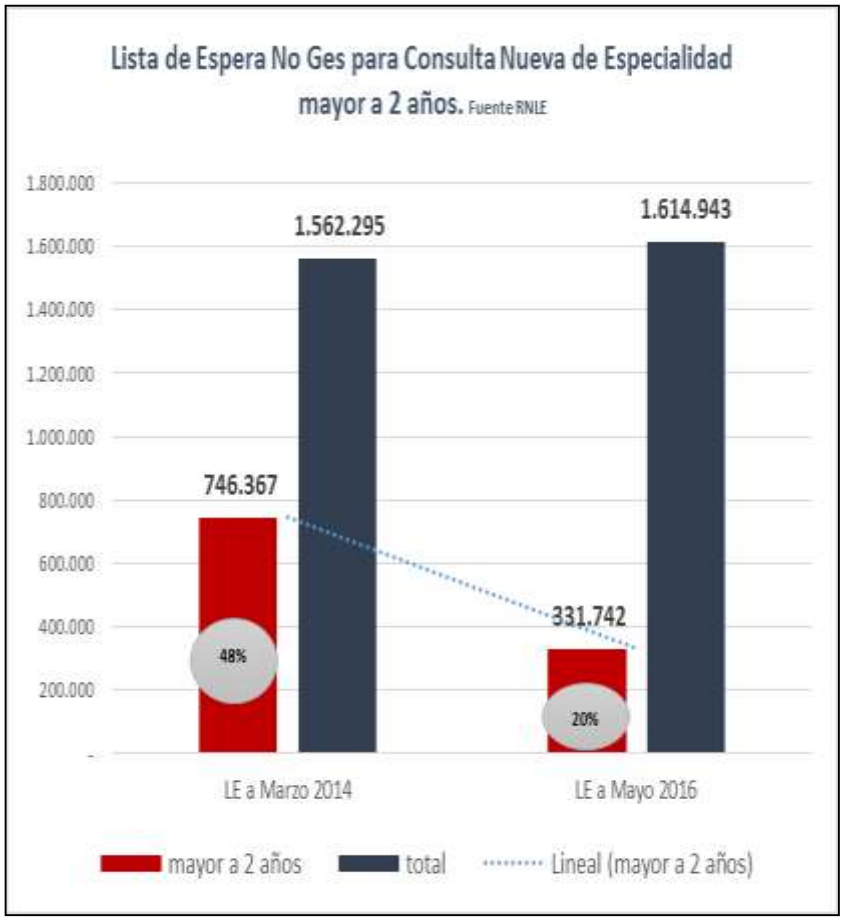
Egresos de Marzo 2014 al 31 de Mayo 2016
No GES.

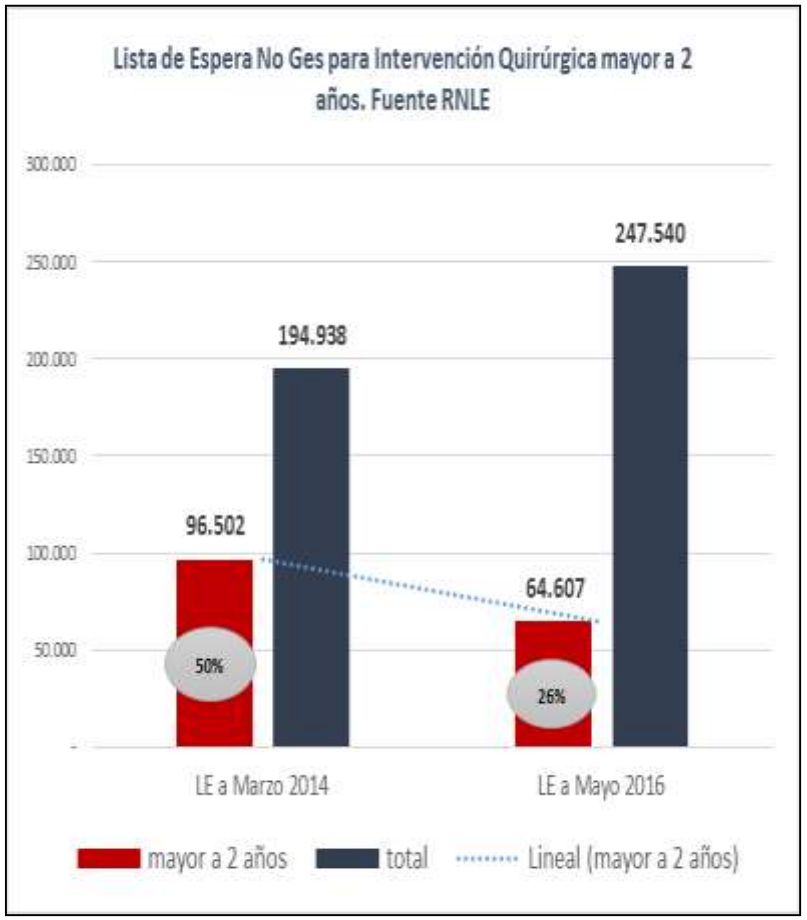
Lista de Espera Total	Universo a Marzo 2014	Universo a Marzo 2015	Universo a Mayo 2016	Egresos realizados Período Marzo 2014 y Marzo 2016
Consulta Nueva de Especialidad	1.562.295	1.644.471	1.614.943	**4.323.372**
Intervención Quirúrgica	194.938	239.980	247.540	**409.533**

DISMINUCIÓN DE TIEMPOS DE ESPERA
Marzo 2014 a Mayo 2016.

Lista de Espera	Variable	LE Marzo 2014	LE a Mayo 2016	Variación
Consulta Nueva de Especialidad	Mediana	416	308	-108 días
Intervención Quirúrgica		462	406	- 56 días

Lista de Espera mayor a 2 años. Marzo 2014 y Mayo 2016.

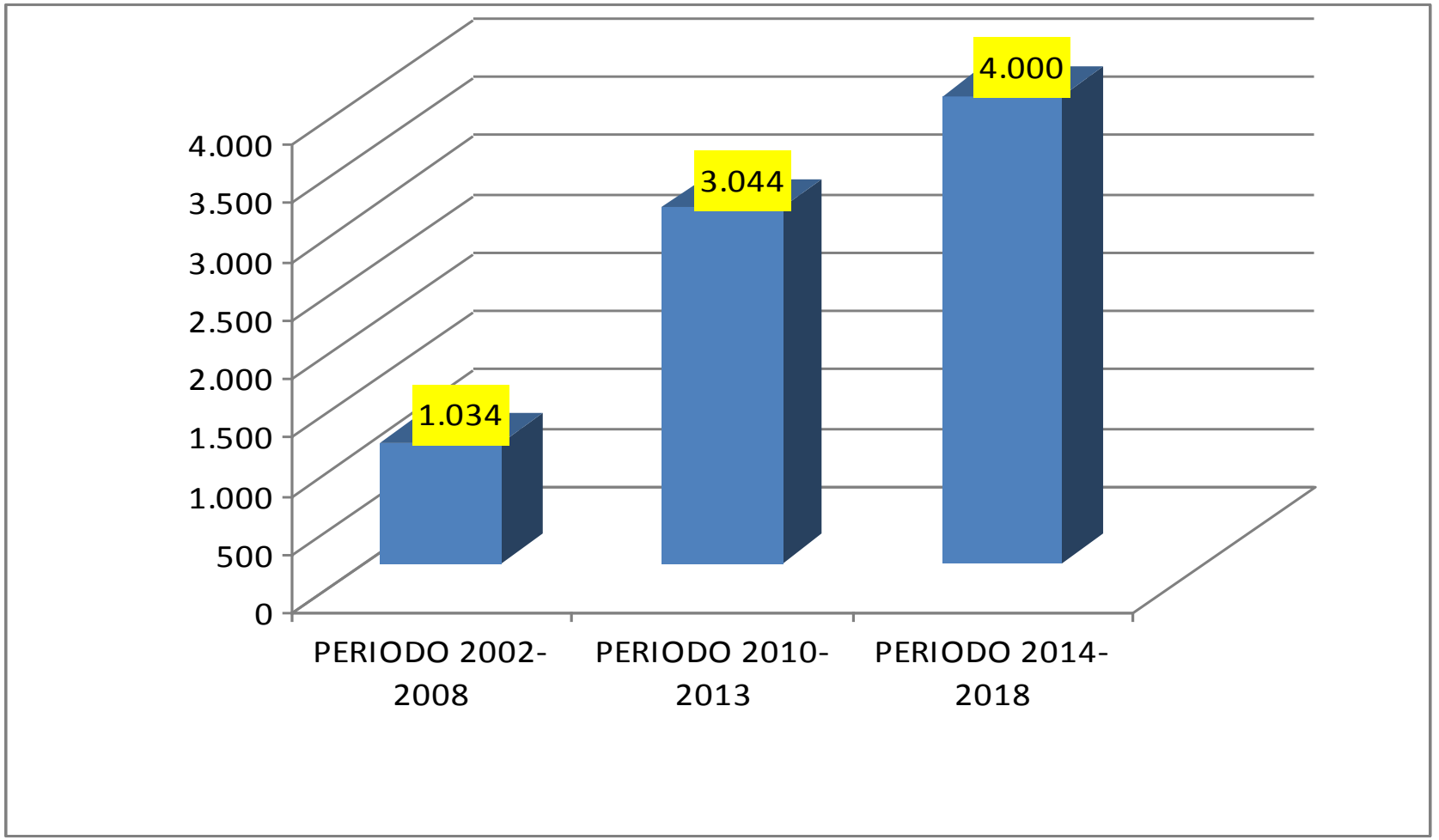




Plan Nacional de formación de médicos especialistas

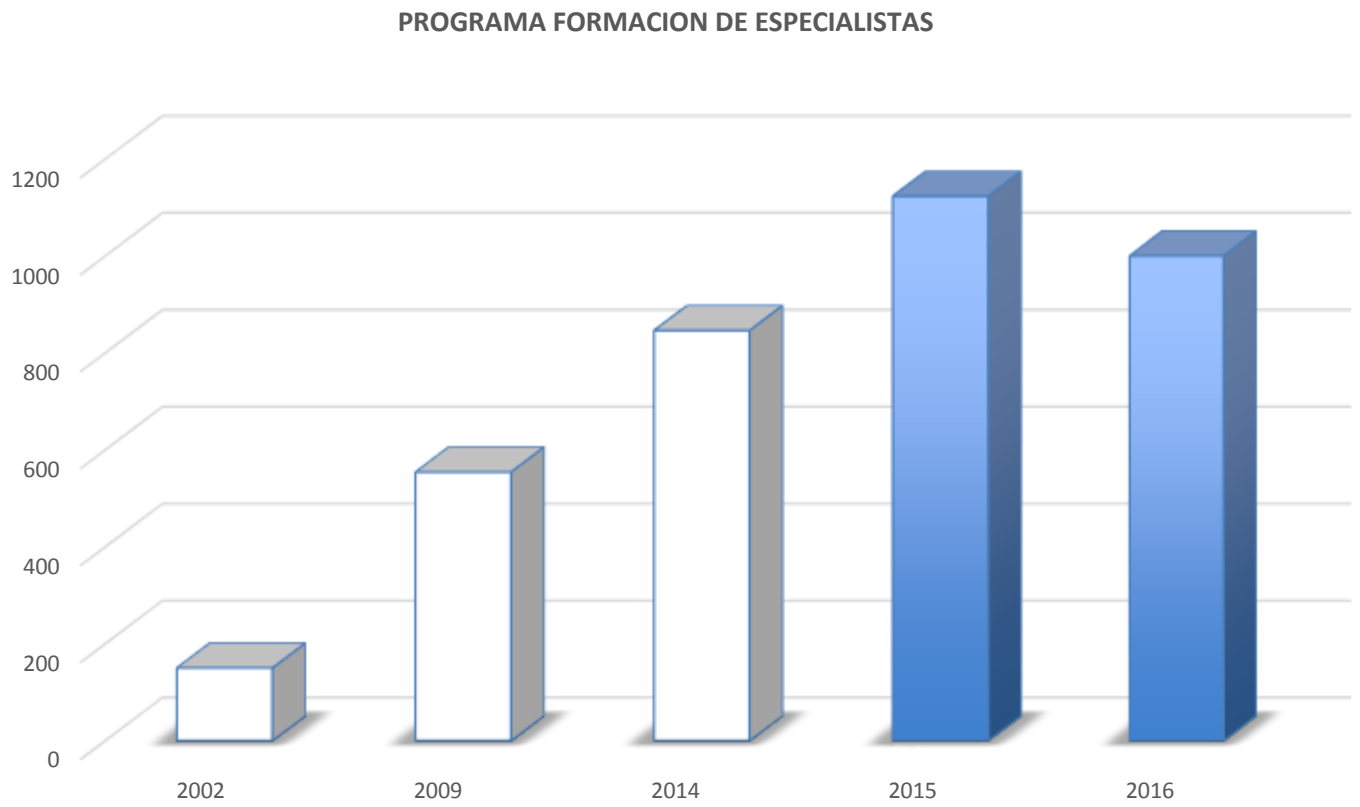
Meta 4 años	Cumplimiento actual
4.000 nuevos especialistas	2.048

Comparación formación especialistas por períodos.



Avance del Programa de Gobierno

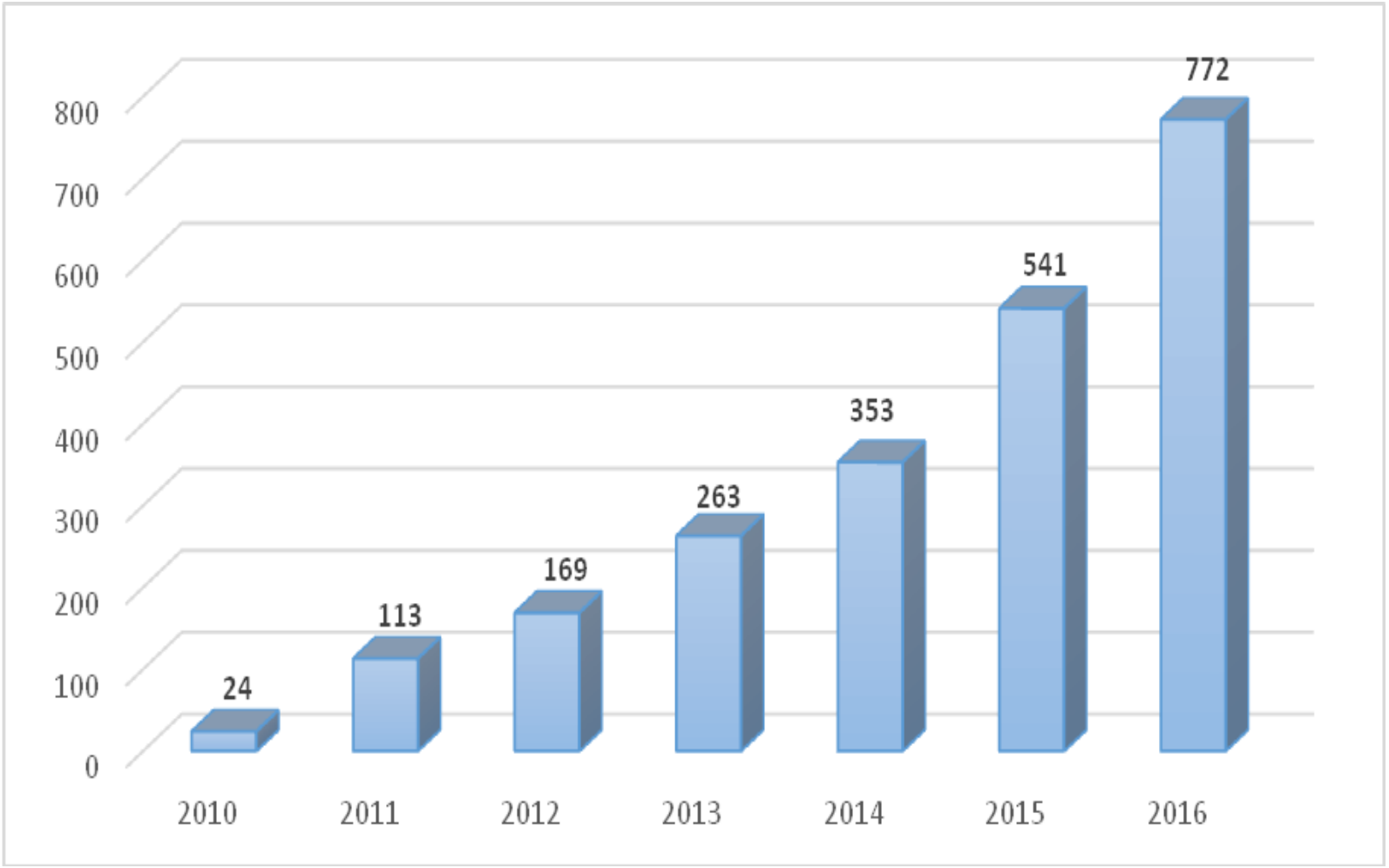
Ingreso de 1.000 Profesionales a programas de Formación de Especialidad Por Año - A la Fecha 51% cumplimiento de la meta del periodo. (4.000 Nuevos Especialistas)



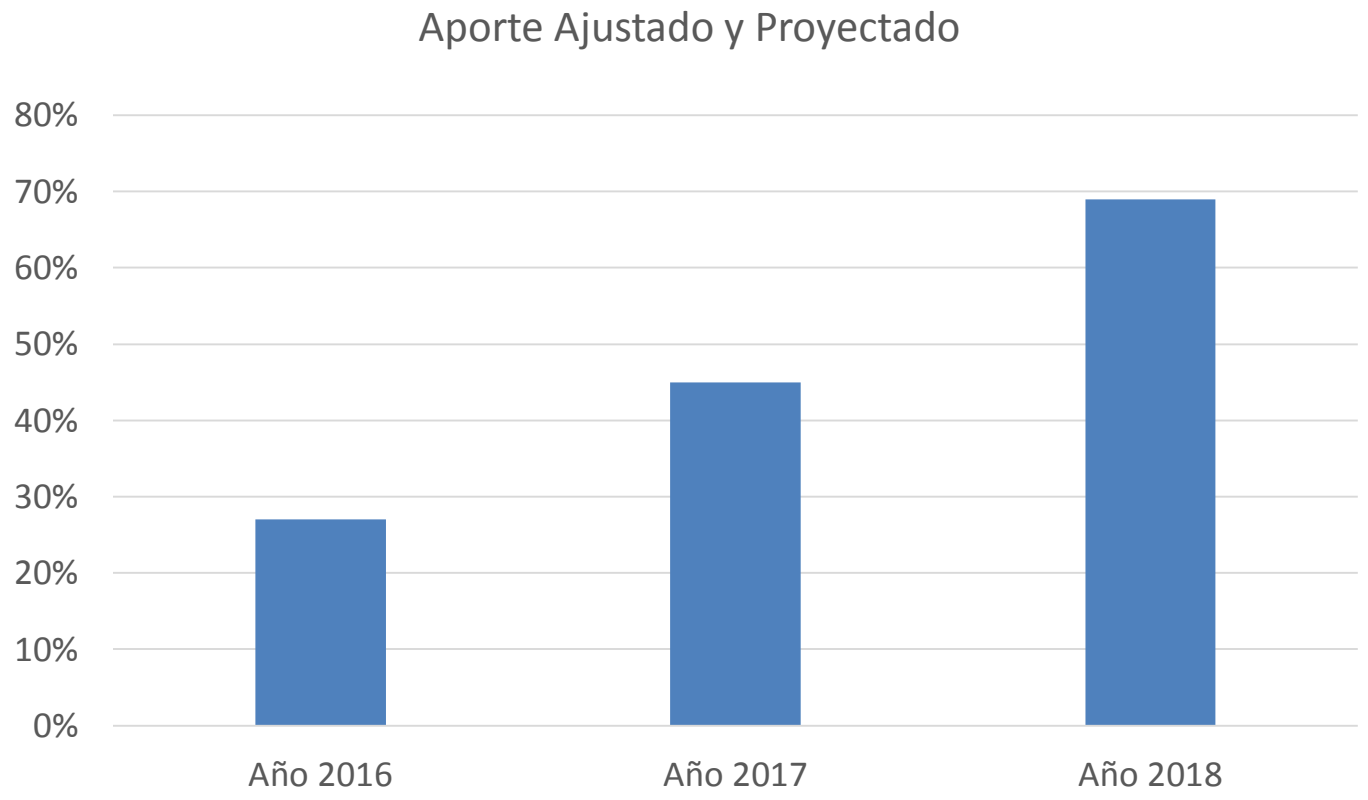
Año 2016* se proyecta el ingreso de 1.000 especialistas según Programa de Gobierno.

Avance del Programa de Gobierno

Cumplimiento de PAO Médicos y Odontólogos

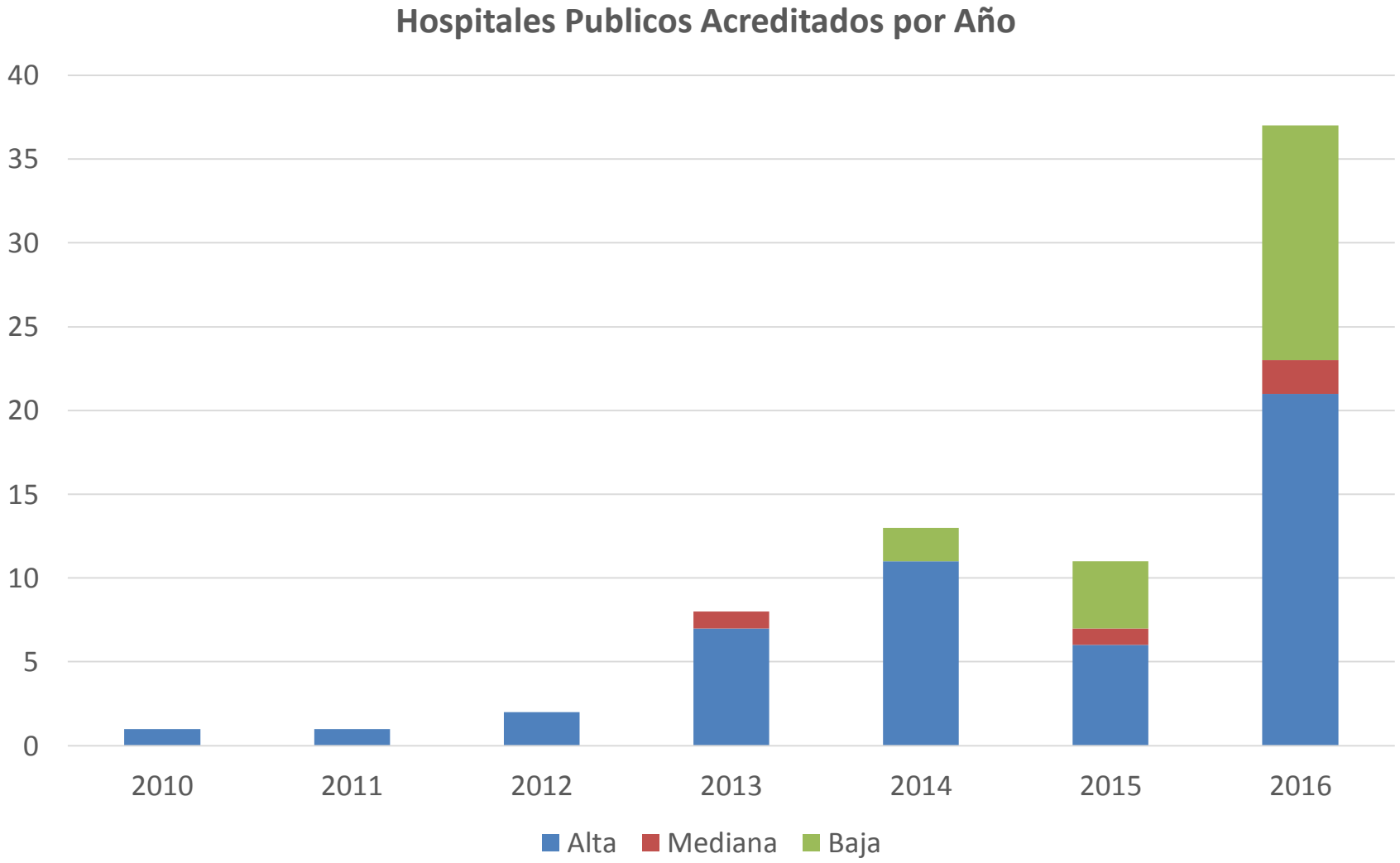


APORTE PROGRAMA DE GOBIERNO EN SU COMPONENTE PAO A CIERRE DE BRECHA ESPECIALISTAS



APORTE PAO A CIERRE DE BRECHA ESPECIALISTAS MEDICOS BASE 2014 AJUSTADO POR RETIROS Y NUEVOS PROYECTOS

		PROYECCIÓN	
Año	**2016**	**2017**	**2018**
Brecha 2014	3.795	3.795	3.795
Aporte PAO Acumulado Base 2015	1.104	1.904	2.904
Aporte sin ajustes	**29%**	**50%**	**76%**
AJUSTE (ESTIMADO PARA 2017 - 2018)			
Ajuste por retiro	237	300	300
Ajuste Nuevos Establecimientos	91	100	100
Brecha Ajustada	4.123	4.195	4.195
Aporte con ajuste	**27%**	**45%**	**69%**


Hospitales Publicos Acreditados por Año
40
35
30
25
20
15
10
5
0
2010
2011
2012
2013
2014
2015
2016
Alta
Mediana
Baja

PROYECTOS DE LEY

Proyecto Aprobados

- Perfecciona normativa sobre profesionales y trabajadores del sector público.
- Perfecciona sistema de mejoramiento de la calidad del trato al usuario de los establecimientos de salud.
- Concede beneficios al personal de la atención primaria de salud.
- Crea una asignación de fortalecimiento de la autoridad sanitaria.
- Concede un bono especial, por única vez, a los funcionarios de los servicios de salud y de los establecimientos de salud de carácter experimental que indica.
- Una asignación destinada a incentivar el desempeño con dedicación exclusiva de los profesionales de los servicios de salud que indica.
- Ley que otorga beneficio al incentivo por retiro voluntario al personal del APS municipal de la Ley 19.378 que indica.

Proyecto de ley que otorga incentivo al retiro a funcionarios del sector salud.

Proyectos en Tramitación

- Proyecto de Ley que otorga beneficios al Incentivo por Retiro voluntario a los profesionales funcionarios de los servicios de salud y establecimientos de salud de carácter experimental.
- Proyecto de ley que modifica la ley N° 15.076, para fortalecer el proceso de ingreso y formación en especialidades médicas y odontológicas, y la ley N° 19.664, con el objeto de otorgar beneficios al personal afecto a dicho texto legal.
- Modifica la ley N° 19.451 para ampliar la donación cruzada de órganos entre personas vivas.
- Establece perfeccionamientos en materia de asignaciones para los funcionarios del sector salud que indica y delega facultades para la fijación de las plantas del personal de los SS y FONASA.

23 HOSPITALES EN EJECUCIÓN DE OBRAS

Avances Programa de Gobierno Inversión Hospitalaria

	META	TERMINADOS O EN OPERACIÓN	EJECUCIÓN	LICITACIÓN	ESTUDIO O DISEÑO
HOSPITALES CONSTRUIDOS	20	1	19	1	6
HOSPITALES EN CONSTRUCCIÓN	20	-	-	13	10
HOSPITALES EN LICITACIÓN O ESTUDIO	20	-	-	-	15
TOTAL	60	1	18	14	32
CONCESIONADOS	3	-	3	-	-

Ejecución de obras Hospital Gustavo Fricke, Viña del Mar.

Ejecución de obras Hospital de Puerto Williams.

Ejecución de obras Hospital de Ayse

Avances Programa de Gobierno Inversión Atención Primaria

	META	TERMINADOS O EN OPERACIÓN	EJECUCIÓN	LICITACIÓN	ESTUDIO O DISEÑO
CESFAM	100	15	23	29	78
SAR	132	12	29	47	45
CECOSF	100	31	38	31	--
TOTAL	332	44	92	108	133

CESFAM "Belarmina Paredes", Futrono.

CECOSF Antiquina, Cañete.

SAR San Pedro, Concepción.

CECOSF

Proyectos de Innovación:

Monitoreo y Gestión de Quirófanos (UGCQ)

Escuela de Gobierno

Política de Renovación y Mantención de la Estructura

…mejorando la eficiencia

2017: 124 Q
2018: 111 Q

UGCQ

Etapa I
Diciembre 2015

7 Hospitales

Etapa II
Junio 2016

Crece a 25 Hospitales

Objetivos

Disponibilizar al máximo los quirófanos

Programación eficiente de quirófanos

Aumentar las cirugías

Abordar las causas de suspenisones

Monitoreo y Gestión Estructura

Dotación de quirófanos

-Habilitados/No habilitados

- En trabajo/No en trabajo

Monitoreo Producción

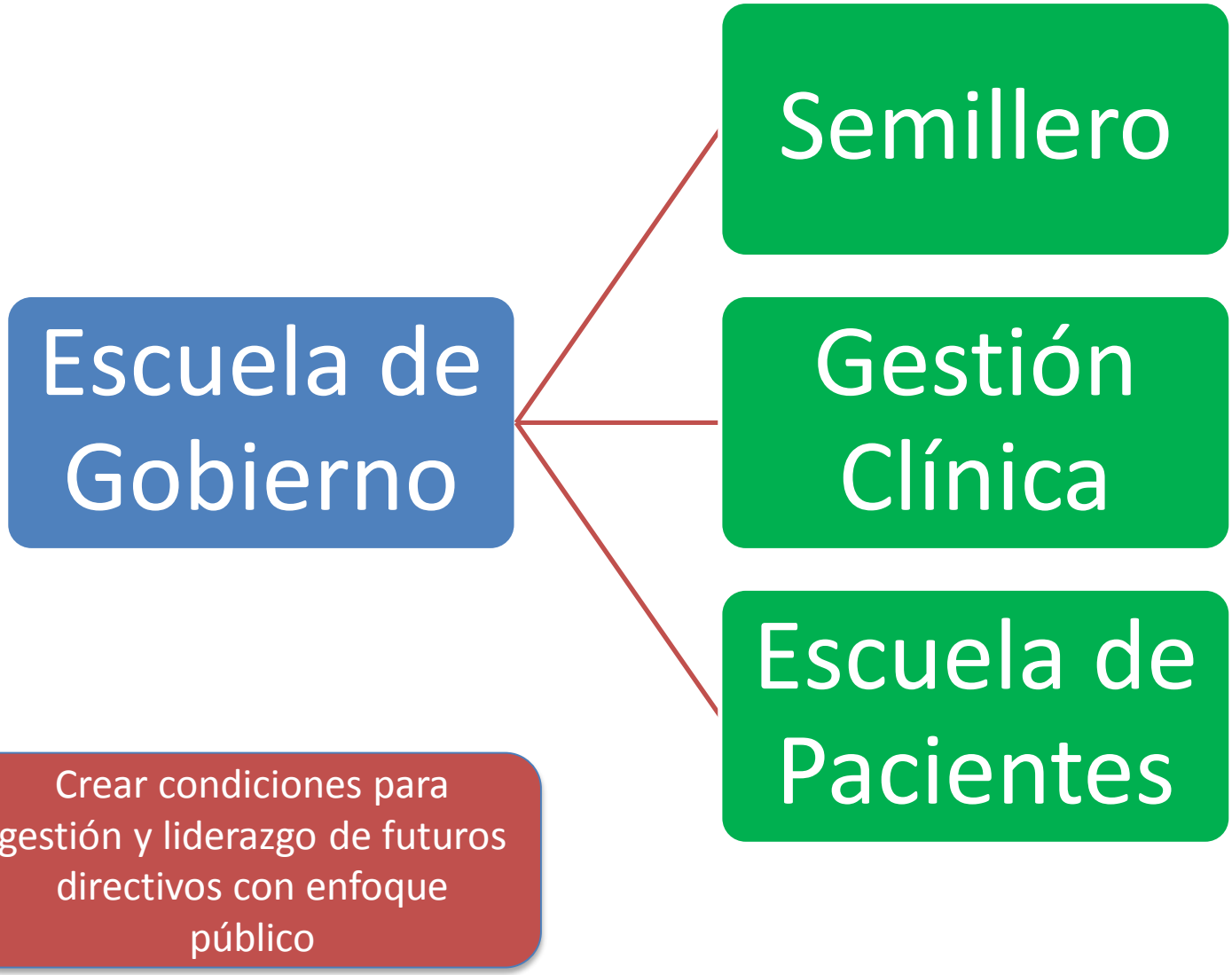
Producción

- Programadas

- Realizadas: electivas urgencia

- Agregadas

- Suspendidas


Escuela de Gobierno
Semillero
Gestión Clínica
Escuela de Pacientes
Crear condiciones para gestión y liderazgo de futuros directivos con enfoque público

Experiencia a partir del plan de inversiones

Política de renovación y mantención de infraestructura sanitaria del país

- Como se definen los proyectos
- Participación
- Metodología de Priorización
- Casos específicas

Desarrollo, formación y capacitación de Recurso Humano en Salud Pública

Planificar los recursos y requerimientos sanitarios necesarios para la provisión de servicios de salud

…no es suficiente

“salud como preocupación central para la ciudadanía”

DESVENTAJAS DEL SEGURO DE SALUD

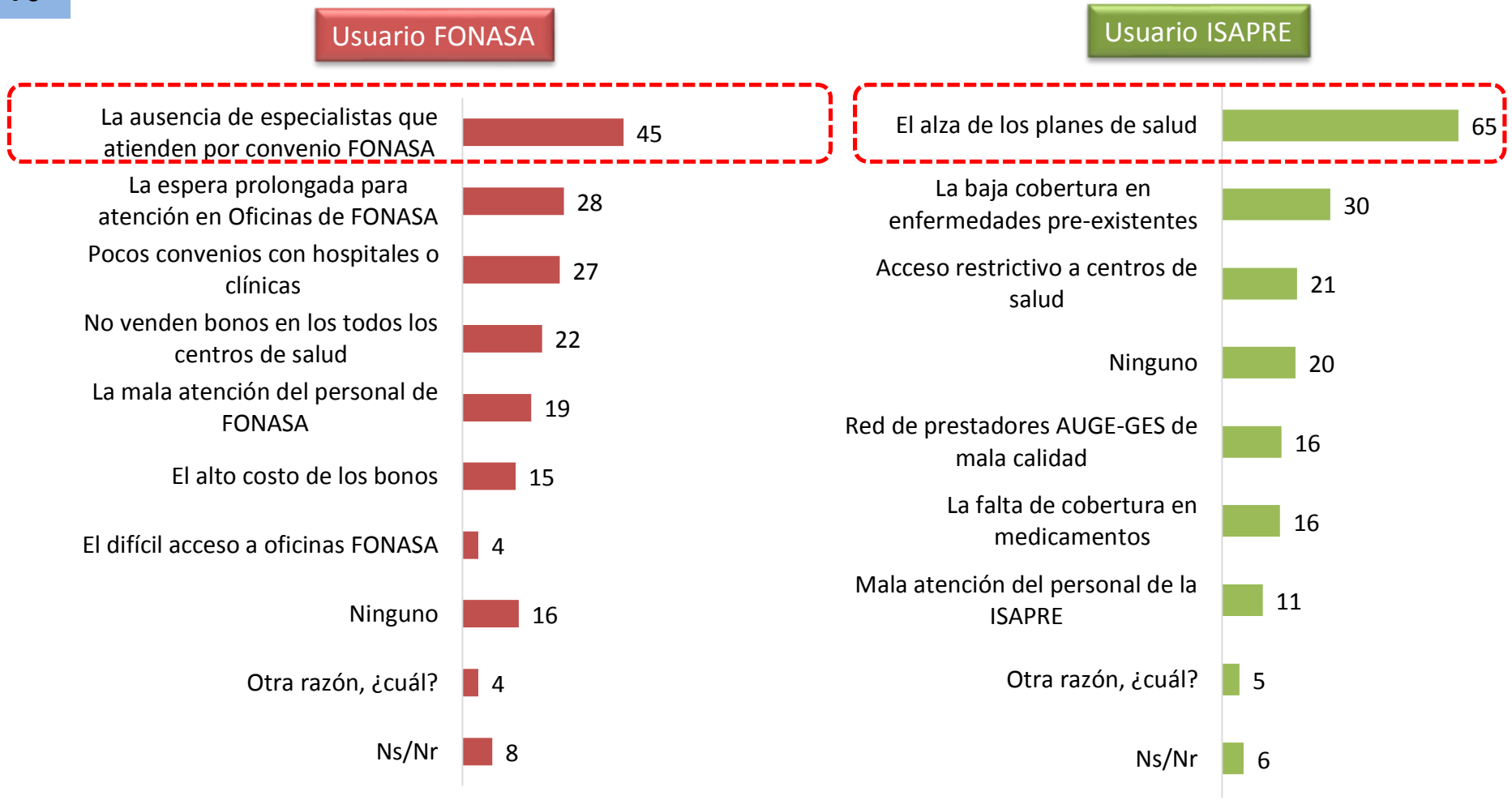
A12. De acuerdo a los atributos de la tarjeta, ¿cuáles son los 2 aspectos NEGATIVOS que tiene para usted estar en FONASA?

Base: Muestra FONASA (n=1600) - (Total Menciones)

A14. De acuerdo a los atributos de la tarjeta, ¿cuáles son los 2 aspectos NEGATIVOS que tiene para usted estar en ISAPRE?

Base: muestra ISAPRE (n=400) - (Total Menciones)

%



Grandes Desafíos

Sobre la complejidad y el cambio

Mayor complejidad en todos los ámbitos del quehacer humano

Velocidad del cambio

Salud con cambios vertiginosos en últimos años

- ✓ cambio en derechos y deberes
- ✓ cambio en amenazas
- ✓ cambio en focos de preocupación
- ✓ cambio en roles
- ✓ cambios epidemiológicos

Los sistemas de salud….. Hacia la resiliencia

- Los sistemas de salud son sistemas adaptativos complejos, que concentran un creciente interés global en su fortalecimiento, que están constituidos por personal sanitario, carteras de servicios, información sanitaria, tecnología, financiamiento, liderazgo y gobernanza. Requieren incorporar pensamiento sistémico para surfear la complejidad y el cambio permanente, avanzando hacia la resiliencia con integración e integralidad de sus servicios, con el las personas, sus familias y sus comunidades al centro de su quehacer.

Atención Primaria de Salud: APS

- Es una estrategia de organización integral cuya meta principal es alcanzar el derecho universal a la salud con la mayor equidad y solidaridad; sus acciones básicas se proyectan hacia el compromiso de dar respuesta a las necesidades básicas de salud de la población, la orientación a la calidad, la responsabilidad, la rendición de cuentas de los gobiernos, la justicia social, la sostenibilidad, la participación y la intersectorialidad.
- Responsable directo de la salud de los usuarios y del entorno en que se deben resolver la mayoría de los problemas, de acuerdo con criterios de eficiencia asistencial en el continuo de servicios.

Valores, principios y elementos esenciales en un Sistema de Salud basado en la APS. ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Fuente: OPS

Hospitales en Red?

El futuro del hospital y el hospital del futuro

No hay un solo tipo de hospital

- ¿Qué deberán hacer los hospitales en el futuro?
  - Enfoque salud poblacional
  - Visión sistémica
  - Enfoque en integración y coordinación de servicios
  - Continuidad en la atención centrada en la persona
  - Autogestión y gestión clínica
  - Seguridad de los pacientes y trabajadores
  - Orientación a resultados y rendición de cuentas
- ¿Que servicios prestara? (agudos)
- ¿Cómo se organizará internamente?
- ¿Cómo se coordinará con el resto del sistema?
- ¿Cómo deberán ser construidos?
- ¿Qué competencias requerirán los recursos humanos? (supe especialista vs. Atención integral)

PREMISAS

- **Sin los hospitales no hay RISS**
- **Con los hospitales pero con el "status quo" de la cultura hospitalaria no hay RISS**
- **Sin RISS no se solucionarán los problemas de los hospitales**

Hospital y sus definiciones…

- Organización social productiva que forma parte de una RISS.
- Provee una cartera de servicios a una población definida incluyendo preventivos y curativos, costo efectivos para las personas y las familias, asegurando calidad y continuidad en los cuidados.
- Centro de entrenamiento de los trabajadores de la salud y centro de investigación.
- Tiene como objetivo dar respuesta a las necesidades de cuidado de la salud de las personas contribuyendo a que estas ejerzan su derecho a la salud.
- También es una "empresa del conocimiento"

las camas hospitalarias concentran.....

- La atención comunicacional de la ciudadanía
- El mayor gasto económico en salud
- La preocupación de los políticos

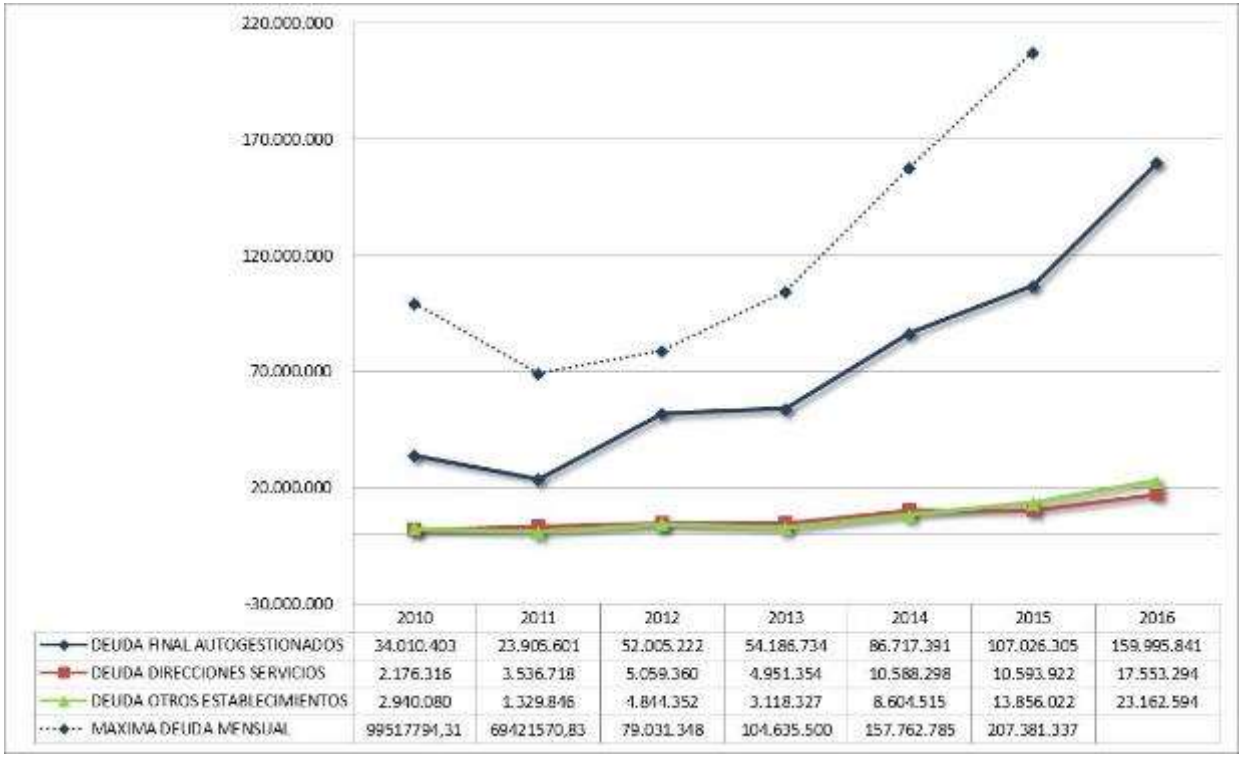
Establecimientos Autogestionados en Red

- 75 % de la producción asistencial
- 81% de la deuda hospitalaria
- Eficiencia como imperativo ético en salud…..

- Gestión clínica? Gestión clínica en red?? Hospitales en RISS???

LOS EARs y el GASTO OPERACIONAL

- La deuda al cierre de los Servicios de Salud período 2015, alcanzó los **MM$131.476**. (MM$128.154 deuda operacional Subt.21 y 22. Otros Subtítulos ascienden a MM$3.322)
  - ✓ **La deuda de cierre en el año 2015 de los EARs alcanzó los MM$107.026 equivalentes al 81% del total.**
- La deuda mensual máxima del año 2015 de los EARs alcanzó los **MM$207.381** en el mes de Septiembre.
- A febrero 2016, la deuda de los EARs alcanza los **MM$159.995** equivalentes al 80% de la deuda total.



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
DEUDA FINAL AUTOGESTIONADOS	34.010.403	23.906.601	52.005.222	54.186.734	86.717.391	107.026.305	159.995.841
DEUDA DIRECCIONES SERVICIOS	2.176.316	3.536.718	5.059.360	4.951.354	10.588.298	10.593.922	17.553.294
DEUDA OTROS ESTABLECIMIENTOS	2.940.080	1.329.846	1.844.352	3.118.327	8.604.515	13.856.022	23.162.594
MAXIMA DEUDA MENSUAL	99517794,31	69421570,83	79.031.348	104.635.500	157.762.785	207.381.337	

Fuente: SIGFE (M$ NOMINAL)

El hospital HOY

- Es un poderoso símbolo social, no trabaja en red y replica en su interior la fragmentación de nuestros sistemas.
- Es la estructura que consume la mayor proporción de recursos presupuestarios y es el principal formador del recurso humano de salud especializado.

Fuente: OPS Dr. Arbaiza.

El hospital HOY

- Tiene confundidos roles de primer, segundo y tercer nivel de atención; asume acciones que no son costo efectivas; duplica esfuerzos; no busca economías de escala ni genera alianzas.
- Se percibe sobre demandado, "*colapsado*", solitario y en la cima del sistema sanitario, no siendo debidamente financiado ni reconocido por la sociedad.
- No hay un solo tipo de hospital. La diversidad corresponde más a la historia, las presiones de las comunidades y a los lobbies.
- Los hospitales no tienen hoy una gerencia suficientemente profesionalizada y sus equipos directivos no logran consolidarse, por alta influencia de la política partidista.

Fuente: OPS Dr. Arteaga Abril 2013.

Hospital autónomo sin compromisos compartidos con otros para el logro de objetivos comunes para una población

Hospital en RISS

No es más de lo mismo ……. es avanzar a un modelo distinto dentro del establecimiento y de relación con los otros niveles de atención, basado en las necesidades de la población

Hospital en RISS

- Estrategia alineada con las necesidades de la población de la red
- La Red define el "que" debe hacer el hospital, el hospital define el "como" hacer. Tiene autonomía en su gestión
- Procesos clínicos diseñados en red y el hospital hace lo que le corresponde
- Descentralización interna

Gobierno Hospitalario

- Traducir objetivos de la red a su visión estratégica. Alineamiento con la red
- Políticas de participación de usuarios, mecanismos de rendición de cuentas a usuarios y a la red
- Ajustar su cartera de servicios a lo requerido por la red

Descentralización interna

- Levantamiento de “abajo-arriba” negociaciones basadas en la confianza con equipos clínicos y establecimiento de compromisos

- Capacidad de traducir los objetivos de la red a compromisos de gestión clínica para el alineamiento de los equipos clínicos y control de pares

Un hospital en la lógica de redes integradas implica un nuevo modelo asistencial con calidad y seguridad para el paciente

---- cambios no fáciles en la manera de pensar el hospital, de actuar y de convivir ……

Gestión Hospitalaria

Consiste primordialmente en el traslado del poder de decisión sobre: "cómo producir" y la definición de los recursos que se requerirán para proveer los servicios.

Qué Producir

Redes de alta complejidad

Redes regionales y locales

Cartera de Servicios

Cómo Producir

ESTABLECIMIENTOS HOSPITALARIOS

CENTROS DE RESPONSABILIDAD

Acorde a las necesidades de la población

Además … Intrared

- **Gestión de red al interior de nuestras instituciones**
  - entre diferentes servicios clínicos
  - entre los servicios clínicos y las unidades de apoyo diagnóstico
  - entre los servicios clínicos y quirófanos

y la gestión del cambio?

Hacia organizaciones inteligentes

- Las organizaciones son las personas que las constituyen y sus conversaciones e interrelaciones.
- Nuestros equipos son “esencialmente éticos”
- Equipos de salud expertos en su quehacer técnico cotidiano.

  pero no están satisfechos y tienden al desalineamiento:
- “dan la cara al paciente”
- “ se enfrentan al desaliento de la espera “ “a la falta de respuesta oportuna”

tan alejado de aquello para lo que fuimos formados

Los equipos clínicos

- Para el paciente
  - Define percepción de atención
- Para los resultados sanitarios
  - Define la conducta técnica
- Para el presupuesto institucional
  - Define el gasto

- Y … difícil alineamiento
- Proyectos institucionales vrs. Proyectos personales
- Cuestionamiento de instrucciones, mandatos, etc.
- Frustración de directivos

UN HOSPITAL NO ES GESTIONABLE DESDE FUERA DEL HOSPITAL

La teoría de la Complejidad se centra en los Sistemas Adaptativos Complejos (CAS) como son las organizaciones de salud

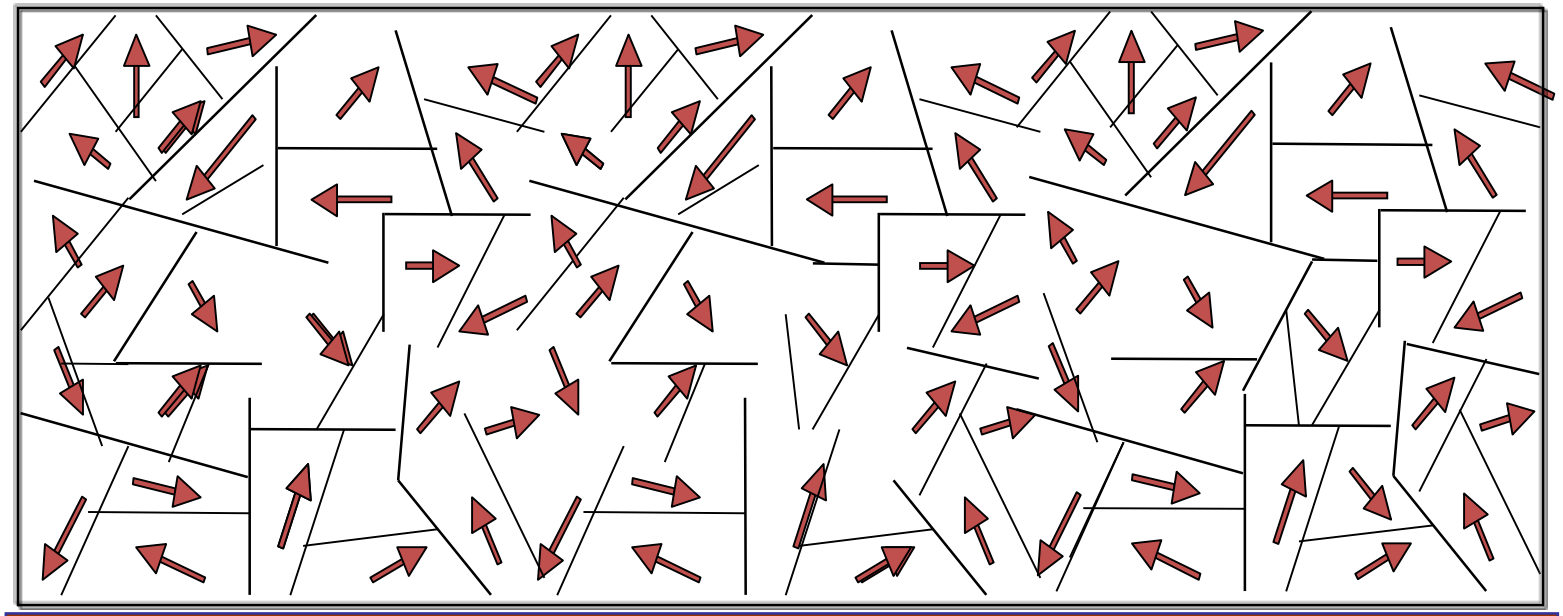
Claves del liderazgo en la complejidad

o+berri
instituto vasco de innovación sanitaria

Pautas que ayuda al liderazgo en las organizaciones complejas

Ser innovador	⟷	Intentar no equivocarse
Asumir riesgos y favorecer la innovación	⟷	Detallar pasos y minimizar riesgos
Desarrollar nuevas formas de trabajo	⟷	Evitar la diversidad y buscar la mejor manera de hacer las cosas
Aprender de los errores	⟷	Castigarlos
Hacer cambios que vayan de abajo a arriba	⟷	Cambios de arriba a abajo
Reflejar las necesidades locales	⟷	Seguir las prioridades a nivel nacional

Alineamiento organizacional



Una organización tiene cientos de procesos. Para que cualquier organización alcance resultados excelentes se requiere, en primera instancia, que cada uno de ellos sea “bueno”

Las premisas que orientan el camino ....

- **Desde el control de enfermedades .....a la construcción social de la salud**
- **Desde un sistema segmentado ... a un sistema de protección social en salud**
- **Desde el acceso desigual .... a la equidad en acceso y resultados**
- **Desde las carencias .... a la suficiencia financiera**
- **Desde el asistencialismo ... al derecho a la salud**

Necesitamos avanzar en

- Responsabilizar a las redes de servicios de salud por el cuidado de sus usuarios en el lugar mas adecuado, descentralizando la prestación del servicio del hospital
- Cambios en la identidad hospitalaria y en la forma de relacionarse de cara a las necesidades del ciudadano usuario de los servicios de salud. Dejar de ser "el centro".
- Colaboración entre hospitales y entre ellos y el nivel primario de atención como forma de mejorar la eficiencia del sistema y la continuidad de atención
- Énfasis en la eficiencia como imperativo ético en salud
  - Gestión clínica en red – Seguridad y calidad - Intrared
- Nuevo pacto entre gestores, sistema de salud y sociedad con el hospital asumiendo una nueva posición convencido de que es mejor resolver todo lo posible fuera de sus fronteras porque es mas "saludable" para todos

Repensando el Hospital….

- Como parte de la red …. Con un modelo de integración diferente. Mas allá de sus muros… manejo ambulatorio, pre hospitalización, etc.
- Lugar donde acuden los usuarios del sistema a quienes no se les ha podido solucionar sus problemas de forma ambulatoria o domiciliaria.
- Actuar en red con procesos adaptativos que desde su estructura se diseñen para dar continuidad de atención e integralidad a los tratamientos iniciados en otros componentes de la red.
- Con procesos de integración al interior de ellos …. Intrared.

Autoridad Sanitaria …

- Conducción sectorial:
  - Formación de políticas publicas que permitan gestionar el RRHH en salud, planificando las nuevas necesidades y con la construcción de redes integradas como objetivo compartido, "rrhh en red"
  - Nuevos modelos de atención con distribución de "saber y poder", asegurando continuidad del cuidado.
  - Gobernanza de nuestras redes equilibrando la descentralización con el rol de autoridad sanitaria normativa y rectora, con enfoque de derechos y de DSS.
  - Evaluación del desempeño del sistema (SS) EAR?
- Modulación del financiamiento, gasto publico y calidad del gasto en salud
- Regulación del sistema

Salud como Derecho

Equidad

Calidad

Dignidad

Acceso y Resultados

Eficiencia en uso de recursos

Innovación + Rigurosidad + Perseverancia + Resiliencia + Control resultados

INTEGRACION

"Construir redes de computadores es un acto de pericia técnica.

Construir redes humanas es un acto de liderazgo"

Rosabeth Moss Kanter

Ministerio de Salud

Gobierno de Chile

TODOS x CHILE!