

GESTIÓN DEL DESARROLLO INSTITUCIONAL EN LA IMPLEMENTACIÓN DE
PROYECTOS HOSPITALARIOS: EXPERIENCIA DE LA PUESTA EN MARCHA
HOSPITALARIA DEL SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR - QUILLOTA

POR: PHILIPPE ANDRÉS PONS VARGAS

Tesis presentada a la Facultad de Gobierno de la Universidad del Desarrollo para
optar al grado de Magíster en Políticas Públicas, mención Economía y Gestión
Pública

PROFESORES GUÍAS:

Sr. ISAAC FIERRO SILVA

Sra. IRIS DELGADO BECERRA

Julio, 2022

SANTIAGO

© Se autoriza la reproducción de esta obra en modalidad acceso abierto para fines académicos o de investigación, siempre que se incluya la referencia bibliográfica.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a la Universidad Del Desarrollo, y en particular a los profesores de la Facultad de Gobierno Mauricio Bravo e Isaac Fierro. A Mauricio que en su rol de director de postgrado me abrió las puertas al magister después de 10 años que había iniciado este proyecto y me permitió terminar con la presente tesina. A Isaac por su interés en trabajar y guiarme desde el primer día que nos conocimos.

También quiero agradecer a todos los profesionales que colaboraron dando entrevistas. Muchas veces trabajadores públicos quedan velados tras los datos y conclusiones, pero es su experiencia y su trabajo lo que busca entregar al servicio público más capacidad y mejor gestión.

Además, quiero agradecer a mis amigos y compañeros del Subdepartamento de Desarrollo Institucional del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota que con sus conversaciones, discusiones y referencias hicieron posible que en aquello que estaba perdido, tuviera la suficiente luz para comprender las experiencias vistas en las entrevistas.

Finalmente quiero agradecer a mi familia. A Andrés y Emilia, mis padres, por su apoyo y comprensión. A mis amigos Alejandro y Daniel que con sus “recordatorios” no dejaron olvidar este proyecto. Y en particular a María José, mi esposa, que me dio el valor de cerrar este ciclo llamado magister.

RESUMEN

En la siguiente investigación se busca indagar en la institucionalidad que da soporte al desarrollo de los proyectos hospitalarios del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, cuya cartera contempla actualmente tres nuevos hospitales en diversas fases de construcción. En este ámbito, el objetivo general es analizar los principales factores que impactan en las prácticas de Puesta en Marcha Hospitalaria, basándose en la experiencia de los equipos de trabajo de los Hospitales Gustavo Fricke, Biprovincial Quillota Petorca y Provincia de Marga-Marga, como de los equipos del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota y del Ministerio de Salud.

La investigación tiene una perspectiva cualitativa, del tipo exploratoria. El análisis cualitativo está enfocado en entender y describir la capacidad de gestión institucional actual, identificar actores relevantes, analizar las practicas que se utilizan para gestionar las distintas fases del proyecto e identificar los problemas relevantes para las jefaturas que afectan el correcto desarrollo de los proyectos a su cargo.

Durante la investigación se pudo constatar que existen elementos que afectan el desarrollo de las prácticas de Puesta en Marcha de los proyectos. El origen de dichos elementos se puede asociar al ciclo de vida de los proyectos, al rol que ejercen el Servicio de Salud Viña del Mar Quillota en el desarrollo de nuevos proyectos hospitalarios y a la coordinación entre Instituciones están presentes en estos casos. Por otra parte, mediante esta investigación, fue posible identificar mapas de relaciones y dar cuenta de las categorías de pensamiento, propiedades y atributos que se desprenden de los entrevistados.

Finalmente, esta investigación entrega recomendaciones en aspectos institucionales, que potencialmente podrían incidir en una mejor y mayor capacidad de gestión institucional. Las recomendaciones van orientadas principalmente a buscar validar entre todos los actores involucrados en la Puesta en Marcha Hospitalaria un sistema de gobernanza que sea claro y conocido.

Palabras Claves: Puesta en Marcha Hospitalaria, Desarrollo de Proyectos, Gobernanza en Salud, Infraestructura en Salud, Capacidades Institucionales.

ABSTRACT

The following research seeks to investigate the institutional framework that supports the development of infrastructure projects of the Viña del Mar Quillota Health Service, whose portfolio currently includes three new hospitals in various stages of construction. In this area, the general objective is to analyze the main factors that have an impact on Hospital Start-up practices, based on the experience of the work teams of the Gustavo Fricke, Biprovincial Quillota Petorca and Marga-Marga Province Hospitals, as well as the teams of the Viña del Mar Quillota Health Service and the Ministry of Health.

This research has a qualitative perspective, using an exploratory approach. The qualitative analysis is focused on understanding and describing the current institutional management capacity, identifying relevant actors, analyzing the practices used to manage the different phases of the project and identifying the relevant problems for the managers that affect the correct development of the projects they are in charge of.

During the research it was found that there are elements that affect the development of project start-up practices. The origin of these elements can be associated to the life cycle of the projects, to the role played by the Viña del Mar Quillota Health Service in the development of new hospital projects and to the coordination between institutions present in these cases. On the other hand, through this investigation, it was possible to identify relationship maps and to account for the categories of thought, properties and attributes that emerge from the interviewees.

Finally, this research provides recommendations on institutional aspects that could potentially have an impact on a better and greater institutional management capacity. The recommendations are mainly aimed at seeking to validate a clear and known governance system among all the actors involved in the hospital start-up.

Keywords: Hospital Start-up, Project Development, Health Governance, Health Infrastructure, Institutional Capacities.

ÍNDICE

| | | |
|-------|--|----|
| 1 | INTRODUCCIÓN..... | 2 |
| 2 | PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA E INTERROGANTE DE INVESTIGACIÓN | 5 |
| | Antecedentes generales..... | 5 |
| | Interrogantes de Investigación | 12 |
| 3 | MARCO TEÓRICO | 13 |
| 3.1 | Concepto de Capacidad de Gestión Institucional..... | 13 |
| 3.2 | Modelo de Puesta en Marcha Hospitalaria | 16 |
| 3.2.1 | Plan de Inversiones en Salud | 16 |
| 3.2.2 | Proceso de implementación de los proyectos hospitalarios | 18 |
| 3.2.3 | Situación Actual de la Red Asistencial..... | 22 |
| 3.3 | Modelo del Ciclo de Vida de los Proyectos | 24 |
| 4 | OBJETIVOS | 27 |
| 4.1 | Objetivo General..... | 27 |
| 4.2 | Objetivos Específicos | 28 |
| 5 | METODOLOGÍA Y ESTRUCTURA DE DISEÑO DE INVESTIGACIÓN..... | 28 |
| | Teoría Fundamentada..... | 31 |
| 6 | ANÁLISIS DE RESULTADOS..... | 33 |
| 6.1 | Ciclo de vida del Proyecto Hospitalario..... | 33 |
| 6.1.1 | Puesta en Marcha Hospitalaria, desde el Ciclo de vida del proyecto | 34 |
| 6.1.2 | Evaluación del proyecto..... | 39 |
| 6.2 | Rol del Servicio de Salud en el desarrollo de nuevos proyectos hospitalarios ... | 41 |
| 6.2.1 | Liderar la Puesta en Marcha Hospitalaria | 42 |
| 6.2.2 | Coordinación entre actores de la Puesta en Marcha Hospitalaria | 43 |
| 6.2.3 | Relación con los Hospitales y MINSAL..... | 45 |
| 6.3 | Coordinación entre Instituciones..... | 47 |
| 6.3.1 | Fragmentación de la coordinación de la Red..... | 47 |
| 7 | CONCLUSIONES | 50 |
| 7.1 | Recomendaciones..... | 53 |
| 8 | BIBLIOGRAFIA..... | 56 |

1 INTRODUCCIÓN

Al enfrentarnos al desafío de la expansión y complejización de uno de los beneficios más esenciales en el desarrollo de cualquier nación y pilares del bienestar social, como lo son las prestaciones de la atención y tratamiento en salud, nos encontramos con el desafío de proveer de más y mejores centros de salud a escalas que respondan a los cambios sociales, demográficos y tecnológicos que cada época va insertando. Con la sucesión de los gobiernos consecutivos de Bachelet y Piñera, se identifica alguna regularidad en la corriente de pensamiento en torno a las políticas públicas, en que para innovar y emprender era necesario tomar riesgos con altas expectativas, y por tanto mientras mayor el riesgo, mayor el valor esperado de las apuestas. Sin embargo, para tomar riesgos deben existir mecanismos que protejan o resguarden la visión de estas políticas públicas, contando con la interacción de un sistema y marco institucional, jurídico, tributario y político. En esta línea es que poner en marcha una política pública de esta magnitud fue el desafío del Plan de Inversiones de Salud, con proyectos que entre que se idean y se traspasan a la administración de los hospitales pueden pasar en promedio 10 años en que, persiguiendo innovar y emprender, estos pueden quedar pequeños respecto de las demandas actualizadas.

En este sentido, el desarrollo de estos proyectos hospitalarios no es precisamente una tarea fácil, ni se adscribe exclusivamente al desarrollo de una infraestructura: recursos monetarios, físicos, tecnológicos, políticos, entre otros aspectos, deben coordinarse con diversos grupos de interés técnicos, políticos y sociales para dar respuesta en gran escala esta necesidad. Este es caso Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, que a través de la gestión del desarrollo institucional debe dar respuesta a la implementación de 3 proyectos hospitalarios que actualmente están en su etapa de puesta en marcha, pero distintos momentos dentro del ciclo de vida de la misma. Surgen variadas preguntas frente a la necesidad de hacer frente a este problema ¿Nos encontramos ante una institucionalidad que ha pasado por una etapa de desarrollo y se encuentra en madurez?, ¿Qué capacidad para gestionar institucionalmente estos proyectos se tiene?, ¿Se ha liderado la implementación de proyectos hospitalarios con la visión de gestor de red?, O ¿Los

esfuerzos de la Puesta en Marcha Hospitalaria van por buen puerto respecto a lo mandatado en el Plan Nacional de Inversiones en Salud?

La siguiente es una investigación que indaga de manera exploratoria el entorno institucional donde se desarrollan los proyectos de los tres hospitales autogestionados del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, en el particular del ambicioso plan de inversiones en proyectos de transición en infraestructura, que es el mayor de las últimas décadas, tanto por los recursos financieros destinados, la gestión de la Puesta en Marcha Hospitalaria que implica y los desafíos de liderar un correcto dimensionamiento del proyecto, un traslado y un inicio de Operaciones. Todo esto con la visión de entregar acceso a una salud digna y de calidad.

Bajo este marco, el propósito más general de esta investigación es analizar los principales factores que impactan en las prácticas de Puesta en Marcha Hospitalaria, basándose en la experiencia de los equipos de trabajo de los Hospitales Gustavo Fricke, Biprovincial Quillota Petorca y Provincia de Marga-Marga, como de los equipos del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota y del Ministerio de Salud.

El planteamiento y aproximación al problema en el presente estudio es por medio de un estudio de perspectiva cualitativa, de tipo exploratorio y corte transversal de tres proyectos hospitalarios de la región de Valparaíso, todos ellos pertenecientes al Servicio de Salud Viña del Mar Quillota en fase de Puesta en Marcha, dentro del proyecto de inversiones nacional, en que se aprecia transformaciones tanto su infraestructura como sus prácticas laborales. La recopilación de datos fue realizada por medio de fuentes primarias en base a 11 entrevistas a jefaturas de equipos involucrados fuertemente en los proyectos hospitalarios, de las que posteriormente se realizó un análisis desde la Teoría Fundamentada por medio del método comparativo constante, utilizando software de análisis e interpretación de información cualitativa Atlas TI, con una segunda recopilación de antecedentes desde fuentes secundarias, en portales web y documentación de las instituciones involucradas.

El marco teórico para el análisis de las distintas fuentes se sustenta en 3 vertientes. La primera aborda el modelo de ciclo de vida de los proyectos en base a lo referido en "Project Management Book of Knowledge" o PMBK en sus siglas en inglés, donde se elabora la idea que los proyectos tienen un símil biológico a nacer, desarrollarse y morir; en que pueden observarse un ciclo de vida del Proyecto, fases, partes interesadas (o grupos de interés) y activos para el proceso. Las fases, a su vez, pueden ser identificadas en estadios que se

caracterizan por actividades y problemas específicos. Con estos elementos, es posible identificar el momento en el ciclo que esta un proyecto.

La segunda aborda el concepto de Capacidad de Gestión Institucional. Este concepto, actualmente más conocido desde la gobernanza, ha variado en los últimos 40 años, y en esa mirada histórica es posible distinguir la perspectiva que se tenía en los años 80s, 90s y 2000s. Este concepto se vincula con la idea central tras la teoría de la estructuración (Giddens, 1986), que explica que las prácticas sociales son componente y producto de la estructura en que se dan, puesto que los actores no las producen, sino que las reproducen continuamente, pero que solo existen gracias a que son los actores quienes las reproducen. Con estas 2 variables, una desde el paradigma y otra de la dualidad entre estructura y acción, se intenta esbozar una herramienta para explorar en las capacidades que la Puesta en Marcha Hospitalaria dispone.

La tercera y última es sobre el modelo de Puesta en Marcha Hospitalaria del Ministerio de Salud, que esboza las principales líneas que describen la situación actual de la red de salud de Chile, el Plan de Inversiones en salud y el proceso de implementación de los proyectos hospitalarios. Estos puntos sirven de contexto para comprender y entender los atributos básicos tras las prácticas de los equipos de trabajo.

Para finalizar, esta tesis se compone de 4 grandes cuerpos: “Planteamiento del Problema de Investigación” en que se abordan antecedentes generales tales como los desafíos históricos del sistema de salud chileno, antecedentes históricos de la Puesta en Marcha Hospitalaria y la creación de la Subdirección de Desarrollo Institucional del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, única en Chile con la misión de proyectar el desarrollo de la red del Servicio, que contiene al equipo de puesta en marcha que guía a los equipos locales de hospitales en las preguntas sobre por qué el hospital debe cambiar, en qué va a consistir dicho cambio, y qué va a implicar para los usuarios; lo que nos introduce en la necesidad de explorar acerca de la gestión del desarrollo institucional en la implementación de proyectos hospitalarios.

Dispone a su vez de un apartado teórico, explicado anteriormente, y de los objetivos de investigación. Acompañando a esto está el apartado metodológico, con una descripción del cómo se implementó el análisis. Le sigue un apartado de análisis de resultados en que se presentan las principales problemáticas que afectan la práctica de la Puesta en Marcha

Hospitalaria, agrupados por ámbito. Finalmente, se ofrece un apartado de conclusiones y recomendaciones en base a la presente exploración y sus resultados.

2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA E INTERROGANTE DE INVESTIGACIÓN

Antecedentes generales

El espacio donde se desarrolla este problema de investigación es en la quinta región, donde a pesar de la existencia de una división político-administrativa del Servicio de Salud, se debe hacer referencia a toda la región para comprender la envergadura de la problemática de investigación. Demográficamente, la mayor característica de la Región de Valparaíso es su pequeño territorio, con un carácter urbano y alta densidad de habitantes. Es importante resaltar 3 puntos al año 2022: Actualmente tiene un ritmo decreciente en el ritmo de crecimiento de población, es la segunda región con más habitantes de Chile, y posee una densidad de 110 habitantes/km², solo por debajo de la región Metropolitana. A lo largo de los años su población ha ido aumentando, como se describe en la siguiente tabla:

Tabla 1: Población de las Regiones de Chile periodo año 1992, 2002, 2017 y 2022

| Región | Población Total 1992 | Población Total 2002 | Población Total 2017 | Población Estimada 2022 |
|-------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-------------------------|
| Valparaíso | 1.384.336 | 1.539.852 | 1.815.902 | 1.995.538 |
| Total País ¹ | 13.348.402 | 15.116.435 | 17.574.003 | 19.828.563 |

Fuente: Elaboración propia a partir de datos de Instituto Nacional de Estadísticas, INE, 2022

Se observa que en la línea del crecimiento que ha tenido el país la Región de Valparaíso ha aumentado cerca de 430.000 habitantes entre los años 2002 a 2022, que a su vez representa aproximadamente el 10% de la población del país, relación que se ha mantenido en estos 20 años. Lo anterior tiene fuertes implicancias en el sector salud dado que, según FONASA (2019), cerca del 80% de las personas en el país se atienden por la red pública de salud. Además, se debe considerar la población flotante que se instala en la región durante las temporadas estivales.

¹ Sólo considerado Chile Continental

Igualmente, respecto del crecimiento demográfico experimentado por la región de Valparaíso en el período 1992 – 2002 que fue el cuarto más bajo de Chile, se ha hecho patente un aumento en la edad de su población (AMUCH, 2022). En 2019 un total de 13.132.822 (68,7%) pertenecen al rango 15 a 64 años, 2.260.222 (11,8%) al rango 65 años o más, y 3.714.172 (19,5%) al rango 0 a 14 años. En 2002, respectivamente, eran 10.288.683 (65,6%), 1.246.206 (7,9%) y 4.156.812 (26,5%). En 1992, el índice de envejecimiento en Chile fue de 21% (21 personas mayores a 65 años por cada 100 menores de 15 años). En esta línea, se proyecta que al 2031 existan 102 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años. En 2050, esa proporción sería de 177 personas mayores (INE, 2022).

Cuadro 1: Distribución porcentual de la población en Chile, por grupos de edad, según censos



Fuente: INE: Resumen de Resultados CENSO, 2017

Se proyecta que al año 2035, el 18,9% del total de la población sea adulto mayor. La RM tendría 1.485.799 de adultos mayores (16,8% del total de población de esa región), en Valparaíso vivirían 480.558 personas de ese grupo etario (22,2% del total local) y en Biobío, 361.725 (21,2% del total regional) (INE, 2022). Este dato muestra que a lo largo de los años los beneficiarios del sistema público de salud no solo van aumentando en cantidad, sino que también en sus cualidades y exigencias respecto a la atención que requieren.

Además, el trabajo ante los brotes sucesivos de SARS-CoV-2 hace enfrentar a 2 años de su inicio una serie de consecuencias tanto directas (morbimortalidad de la población afectada), como indirectas (psicológicas, sociales y económicas). No solo se refiere a las altas tasas de mortalidad que tuvo previo al programa de vacunación en Chile, sino también a los efectos en empleos, aumento de la tasa de desocupación, aumento en el porcentaje de población en situación de pobreza, migración, etc. (COLMED, 2020).

Para Chile, ya previo a la pandemia se tenían problemas de acceso y cobertura en diferentes regiones y comunas (CASEN, 2017), que se expresan en desigualdades sociales y resultados de salud (SALURBAL, 2019). Se suma a esto debilidades en la implementación del modelo integral de salud respecto de enfermedades crónicas no transmisibles (MINSAL, 2019) y el alto porcentaje de personas que se atiende en el sistema público de salud y que está en listas según problemas de salud y que deben esperar ser evaluados por especialista o para intervenciones quirúrgicas (MINSAL, 2017b).

Desafíos históricos del Sector Salud

A inicios de la década de 1990 se encuentra una red asistencial con un alto nivel de disfuncionalidad, caracterizada por una ausencia de visión de red asociada a una falta de integración de los componentes del sistema; problemas de oportunidad, cobertura y acceso a la atención de salud de la población beneficiaria, y a una baja capacidad resolutive del conjunto del sistema (MINSAL, 2007). En síntesis, una oferta pública insuficiente para desarrollar la red de salud y resolver las necesidades de la población beneficiaria.

Por otra parte, desde el punto de vista de la gestión, se encuentra un sector con una gran debilidad donde sobresalen aspectos como la indefinición o abandono de los roles reguladores del nivel central, una carencia de políticas de desarrollo de los recursos humanos, una dotación inadecuada e insuficiente (Ponce, 1998), una fuerte captación del recurso humano por parte del sector privado y un sistema de financiamiento obsoleto e ineficaz (OPS/OMS, 2011).

La Salud Pública, según Goic, es comúnmente entendida como *“la salud colectiva que pone énfasis en los factores sociales condicionantes de la salud y enfermedad, necesariamente necesita de estructuras tanto institucionales, como es el caso de Servicio Nacional de Salud que luego se rediseña como Ministerio de Salud”* (Goic, 2015). Así también requiere de Establecimientos de Salud que pongan en marcha acciones integrales de salud en forma planificada y coordinada, que permitan implementar programas sanitarios específicos de promoción de la salud y prevención de enfermedades (Bravo, 1980), como las destinadas a combatir la desnutrición infantil, el control del niño sano, el control de la embarazada, la atención profesional del parto, los programas de distribución de leche a los niños y de alimentación complementaria, los de vacunación infantil y de adultos, de rehabilitación, de saneamiento ambiental, etc. A razón del crecimiento de la población en Chile, entonces, se hace patente la necesidad de tener más y mejores Establecimientos de Salud sea por tipo

de derivación como por complejidad, que es donde se abre el Plan Nacional de Inversiones en Salud al día de hoy (MINSAL, 2018b).

En síntesis, históricamente los desafíos del sector de salud a inicios de 1990 se dividen en 2 grandes aristas: (1) Disfuncionalidad de la red asistencial, caracterizada por ausencia de visión de red asociada a una falta de integración de los componentes del sistema, problemas de oportunidad: cobertura y acceso a atención, baja capacidad resolutive del conjunto del sistema y oferta pública insuficiente; (2) Gestión del sector presenta fuertes debilidades, caracterizada por un abandono del rol regulador, carencia de política de desarrollo de recursos humanos con dotaciones inadecuadas e insuficientes, fuerte captación del recurso humano por parte del sistema de salud privado y sistema de financiamiento obsoleto e ineficaz.

A tres décadas de esta realidad, se encuentra desarrollado el Plan de Inversiones en Salud del Estado de Chile (MINSAL, 2018b), el que apunta a generar un profundo e histórico cambio en la infraestructura sanitaria, que tuvo un impulso en los últimos 2 gobiernos de la presidenta Bachelet y el presidente Piñera. Así también se ha planteado como objetivo una normalización de la infraestructura y tecnología, recursos humanos, hasta el modelo de atención y gestión. Finalmente, se piensa en un tejido en red, en que confluye agentes o usuarios y una estructura de recursos institucionales.

Antecedentes de la Puesta en Marcha Hospitalaria

En el proceso de adaptación de los establecimientos a la nueva legislación (Ley 19.937), se mandata que las comunidades donde los usuarios están insertos deben tener claro por qué el hospital debe cambiar, en qué va a consistir dicho cambio, y qué va a implicar para los usuarios. Es importante que dicho proceso sea abierto, transparente e inclusivo para la ciudadanía, de manera de obtener aportes y apoyo para que dichos cambios sean útiles, se produzcan y consoliden (MINSAL, 2016). Esto sin duda requiere de un esfuerzo para lograr participación y adhesión de distintos actores (funcionarios, ciudadanía, instituciones territoriales, instituciones gubernamentales, etc.) asociado con el proceso de cambios. De allí la relevancia de establecer desde el comienzo sistemas de seguimiento y evaluación que permitan realizar los ajustes necesarios y el aprendizaje institucional.

El proceso de cambio y modernización de la gestión hospitalaria requiere necesariamente de inversión inicial; se espera que posteriormente las mejoras se traduzcan en mayor

eficiencia, economía y calidad. También es necesario prever que habrá incertidumbre y cierto grado de conflictividad, que no siempre en este ámbito habrá plenos “consensos”, que se producirán errores, aunque no sean deseados o deliberadamente buscados, particularmente si se imprime velocidad a los cambios.

Con la entrada en vigencia de la nueva ley 19.937 se definen dos tipos de establecimientos hospitalarios, según su dependencia administrativa: los dependientes de la red asistencial territorial y los de autogestión en red. Estos últimos se relacionan con autonomía de gestión respecto de su red asistencial, pero siguen dependiendo de ella para la determinación del tipo de acciones ofrecidas a sus usuarios (respecto de sus Servicios de Salud).

Además, se establece una Red Asistencial de Alta Especialidad de carácter nacional, formada por los Establecimientos Autogestionados que estén destinados a la atención preferente de una determinada especialidad, de alta complejidad técnica y de cobertura regional o nacional. Esta Red será coordinada por la Subsecretaría de Redes Asistenciales. De ahí que el trabajo en Puesta en Marcha Hospitalaria sea local (Hospital), territorial (Servicio de Salud) y nacional (Subsecretaría de Redes Asistenciales).

Creación de Institucionalidad para la Puesta en Marcha Hospitalaria: Subdirección De Desarrollo Institucional

Para el Servicio de Salud Viña del Mar Quillota (SSVQ) el proceso de Inversiones de Salud es una necesidad imperiosa. El 100% de los hospitales autogestionados de alta complejidad se construyó antes de 1980, en una red asistencial con un incumplimiento del estándar actual de infraestructura en casi el 80% de los recintos. Con el desarrollo de la puesta en marcha de los nuevos hospitales se busca no solo mejorar lo material, sino también las condiciones para los pacientes y funcionarios, estimular la captación de médicos especialistas y acercar la salud a las personas del territorio.

En 2014, el desarrollo de los proyectos hospitalarios y el surgimiento de un caleidoscopio de proyectos menores de establecimientos de atención primaria en salud permiten crear la Subdirección de Desarrollo Institucional (SDI) que, como dice su nombre, debe desarrollar la oferta del Servicio hacia las demandas futuras de la población del territorio. La Subdirección de Desarrollo Institucional cumple un rol estratégico dentro de la Dirección de Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, siendo la encargada de planificar, gestionar, preparar, evaluar y ejecutar su Cartera de Inversiones, así como proponer

alternativas de optimización del uso de los recursos disponibles. En su conjunto, estas responsabilidades apuntan a disponer de una visión integral y actualizada del funcionamiento de la red de salud y sus alternativas de optimización, junto con participar en la preparación del presupuesto anual de inversiones del Servicio de Salud (SSVQ, 2014).

En el manual “Orientaciones para la Puesta en Marcha en Hospitales” de 2015, MINSAL vino a actualizar el trabajo de los equipos de salud locales, que suelen constituirse como una amalgama entre los recursos disponibles de la Institución de Salud y el Servicio de Salud. Es así como nace la idea de disponer de un equipo del Servicio de Salud, creando el Subdepartamento de Puesta en Marcha (perteneciente a la SDI). Dado que el SSVQ dispone de grandes proyectos de Puesta en Marcha en 3 hospitales autogestionados (establecimientos de salud dependientes del Servicio de Salud, pero descentralizados de él, con mayores grados de autonomía en su gestión, especialmente en aquellos aspectos relativos a la definición de estructura y el manejo de los recursos humanos y materiales) la constitución de este equipo de trabajo busca generar capacidades de coordinación y apoyo a los equipos locales de los hospitales.

Como parte de la mejora continua del proceso de Puesta en Marcha de los nuevos hospitales, y a que las orientaciones MINSAL tuvieron su última actualización en 2017 (MINSAL, 2017a), a inicios de 2021 se presenta el manual de procedimientos del Subdepartamento de Puesta en Marcha de la SDI para ordenar el trabajo con los equipos de salud locales a la hora de avanzar en cómo llevar a la práctica un traslado seguro para pacientes y funcionarios.

Específicamente para esta investigación, en términos administrativos se estudiarán los proyectos hospitalarios adscritos al Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, que se circunscribe a los territorios de Petorca, Quillota, Litoral y Marga-Marga.

Estos proyectos hospitalarios son 3: Hospitales Gustavo Fricke, Biprovincial Quillota Petorca y Provincia Marga-Marga, cuyas características son las que siguen

Tabla 2: “Características Proyectos Hospitalarios SSVQ”

| | Hospital Gustavo Fricke, Fase 1 | Hospital Biprovincial Quillota Petorca | Hospital Provincia Marga-Marga |
|---------------------------------------|--|---|---------------------------------------|
| Nombre Establecimiento Inicial | Hospital Gustavo Fricke | Hospital San Martín de Quillota | Hospital de Quilpué |
| Etapa Proyecto año 2022 | Apertura Acelerada, traslado | Puesta en Marcha, traslado | Puesta en Marcha, construcción |
| Complejidad | Alta, EAR | Alta, EAR | Alta, EAR |
| Superficie | 92.247 M2 | 71.812 m2 | 75.119 |
| Población Beneficiaria | 614.567 | 320.547 | 485.627 |
| Sillones Diálisis | 15 | 15 | 15 |
| Salas De Parto Integral | 7 | 3 | 3 |
| Camas Proyecto | 558 | 282 | 282 |
| Básicas | 135 | 102 | 114 |
| Agudas | 307 | 106 | 118 |
| Críticas | 116 | 50 | 50 |
| Pabellones | 21 | 9 | 9 |
| Salas De Procedimiento | 58 | 30 | 30 |
| Box Atención | 84 | 56 | 56 |
| Médico | 43 | 30 | 30 |
| No Médico | 35 | 18 | 18 |
| Dental | 16 | 8 | 8 |

Fuente: Elaboración propia, en base a datos del MINSAL, 2021

Además, existen en proyección o estudio diversos proyectos hospitalarios en la región, por lo que la temática de investigación continuará estando vigente y será de alta relevancia durante las próximas décadas, tal como se puede apreciar en la siguiente imagen:

Imagen 1: “Estado Inversiones Viña del Mar Quillota 2022”



Fuente: Portal web MINSAL, 2022

En resumen, en la Región de Valparaíso, la población asegurada es de 1 millón 979 mil personas, lo que representa el 77% de la población total (FONASA, 2022). Los 3 proyectos hospitalarios se diseñaron para llegar a 1 millón 420 mil personas, con un crecimiento promedio en metros cuadrados construidos de 1000% (ej. Hospital Provincia Marga-Marga pasa de 5.820 m² a 75.119 m²), de un 80% más de camas en general (ej. HPMM pasa de 156 a 282 cupos), e incorporación de prestaciones de diálisis, dental y parto integral que no existían anteriormente.

Los desafíos históricos vienen a mostrar que estos proyectos deben mirar a un futuro incierto, en que variables demográficas, epidemiológicas y tecnológicas cambian más rápido de lo que las políticas públicas alcanzan a contener en su momento. Para ello, se necesita de, por un lado, institucionalidad para abordarlos, y por otro, de personas que compongan equipos multidisciplinarios que actúen apuntando hacia la visión de esa institucionalidad.

Interrogantes de Investigación

Con la existencia de nueva infraestructura, existe un énfasis al inicio y en la continuidad de la atención de salud, entendiéndose este como el proceso de Puesta en Marcha. Los 2 grandes desafíos del Plan de Inversiones del MINSAL desde 2015 (MINSAL, 2015; 2018b; 2019a) y su política pública de infraestructura sanitaria son:

- 1) Financiamiento, pues los presupuestos de obras de salud superan lo asignado anualmente al sector en la Ley de Presupuesto.
- 2) La capacidad de gestión, que se ve entorpecida por las desiguales capacidades técnicas y de liderazgo de los equipos en instituciones de salud.

Dada la necesidad de acotar lo observado, se tomará uno solo de estos desafíos: nos centraremos en la capacidad de gestión, ya que es un problema complejo que tiene escaso estudio y es significativo respecto de la institucionalidad antes descrita. En este sentido, este estudio busca indagar en las siguientes áreas, que serán presentadas como una interrogante:

¿Qué es la gestión de los nuevos proyectos hospitalarios para los funcionarios, más allá de definiciones formales y normativas que son insuficientes para delimitar todas las actividades que se desarrollan? Esto está asociado al concepto de “capacidad de gestión”, que, para

los propósitos de esta investigación, considera la definición como una competencia que se tiene para gestionar y administrar los recursos disponibles en una organización.

¿Cómo se gestiona los nuevos proyectos hospitalarios, más allá de definiciones formales y normativas que son insuficientes para delimitar todas las actividades que se desarrollan? Esto se asocia a la investigación mediante la experiencia de actores clave en la gestión del liderazgo en distintos proyectos de PMH, donde se indagará en las variables que afectan la calidad de la consecución del objetivo de la Puesta en Marcha; se explorará la construcción de equipos efectivos para la Puesta en Marcha Hospitalaria; se explorarán los mecanismos que permiten empoderar a equipos de Puesta en Marcha Hospitalaria.

¿Pará que se realiza el esfuerzo de la puesta en marcha hospitalaria en los nuevos proyectos hospitalarios, más allá de definiciones formales y normativas que son insuficientes para delimitar todas las actividades que se desarrollan? La anterior pregunta da cuenta de los principios de oportunidad, basándose en experiencia exitosa del trabajo institucional de la Puesta en Marcha Hospitalaria.

3 MARCO TEÓRICO

3.1 Concepto de Capacidad de Gestión Institucional

La definición de “Capacidad” puede entenderse como algo propio o adquirido, una propiedad de poder contener una cantidad de alguna cosa hasta un límite determinado; y como contextual o adquirido, en tanto circunstancia o conjunto de condiciones, cualidades o aptitudes, especialmente intelectuales, que permiten el desarrollo de algo, el cumplimiento de una función, el desempeño de un cargo, etc.². A su vez, la definición de “Gestión” se entiende como ocuparse de la administración, organización y funcionamiento de una empresa, actividad económica u organismo. En esta línea, Capacidad de Gestión sería aquella capacidad para gestionar y administrar recursos (financieros, tecnológicos, materiales, humanos) para la consecución de objetivos del puesto, el área o de la Institución, utilizando las herramientas y el proceso administrativo de forma eficiente³. Finalmente, la definición sobre lo “Institucional” se basa en la noción de estructura vista por Giddens en su "teoría de la estructuración" (Giddens, 1983), en que desarrolla la distinción

² Definición de Capacidad, <https://dle.rae.es/adscrito>

³ Sobre qué es capacidad de gestión, <http://drh.ugto.mx/capacidad-gestion-y-administracion.html>

analítica entre agencia y estructura. Zunino, al resumir esta distinción explica que *“las estructuras sociales son continuamente producidas y reproducidas en la continuidad de la vida social por seres humanos capaces de entender racionalmente el mundo circundante y dispuestos a captar las “reglas” que regulan la interacción social, tales como los reglamentos que enmarcan la actividad de instituciones y las normas de comportamiento social habitual”* (Zunino, 2007). En lo particular, en el desarrollo del concepto Capacidad de Gestión, “estructura” no es algo externo en tanto hablamos de construcción y desarrollo del mismo.

Siguiendo estas ideas, en el contexto gubernamental o del Estado, el interés por la Capacidad de Gestión Institucional viene dado por: El fracaso de las políticas del “Estado Mínimo” en América Latina y la aplicación de las reformas de segunda generación del Estado, centradas en promover un conjunto de medidas administrativas al interior del mismo para lograr una eficiencia, efectividad y calidad del servicio (CEPAL, 2020). Grosso modo, se imponen nuevas narrativas políticas que reclaman la expectativa social de una visión de “menos Estado” a “mejor Estado”.

En la revisión bibliográfica, fue posible encontrar 3 momentos identificables en cómo se entiende la Capacidad de Gestión Institucional:

Durante la primera mitad de la década de los ochenta existía una preocupación del Estado por la construcción y/o reconstrucción de situaciones propicias para gobernar procesos complejos (Evans, 1996) por medio de la idea de prácticas institucionales para cumplir las funciones del Estado, a través de la reingeniería organizacional. Esto, tras recuperar cierto terreno con relación a las posturas con mayor aceptación en la década previa cuando se proponía la extrema reducción del mismo, con la promesa de que el mercado generaría por sí sólo las condiciones de crecimiento e incluso integración social.

En los noventa el término vuelve a cambiar hacia la construcción de capacidad institucional. Se considera que los mercados y las democracias, requieren de gobiernos que sean capaces de diseñar e implementar políticas públicas apropiadas, administrar los recursos, con más transparencia y eficiencia, y dar respuesta a las demandas de la ciudadanía en lo que respecta al bienestar social. La nueva narrativa nos habla del “buen gobierno” cuya característica fundamental era la construcción de capacidades institucionales como base del proceso (Ospina, 2002). Así, mercado y democracia necesitan para poder funcionar adecuadamente que el Estado desarrolle el concepto de “construcción de capacidad

institucional”, complejizándolo con un enfoque de sistemas que ubica los problemas organizacionales dentro de un entorno con varios niveles, actores e influencias, y con importantes interdependencias entre éstos (Ospina, 2002; y UNICEF, 1999).

Esta “construcción de la Capacidad Institucional” refería a actores públicos, privados y sociales que participan en procesos de identificación y resolución de las problemáticas públicas, funcionando con objetivos de desarrollo.

Lo que llama aquí a la atención es la apertura, en forma generalista, del concepto, difuminando los límites entre intervenciones para construir capacidad institucional de aquellas para generar desarrollo sostenible.

Siguiendo esta idea de construir algo, en este caso gestión, se visualiza un espectro de opciones que varían entre un extremo en que capacidad es igual a desarrollo; y otra en que se iguala capacidad con habilidad técnica y de competencias dentro del recurso humano. Mientras un extremo es muy amplio, el otro queda corto en la idea de construir. Este tipo de discusión puede encontrarse en los primeros abordajes de la gobernanza institucional en que un buen gobernar añade una dimensión normativa o de evaluación al proceso de gobernar (Whittingham, 2010).

Ya entrados en los 2000, la idea de capacidad institucional transita desde una gobernanza evaluada técnicamente, a una enmarcada en la participación social de la toma de decisiones de la gestión pública (Rosas, 2019). Esta gestión de lo público es lo que se traslada hacia la creación de políticas públicas, partiendo por formularlas y su diseño, hasta su implementación y evaluación, teniendo siempre en claro el marco de organización y acción performativa de lo diverso, pluralista, interdependiente y autónomo (Banco Mundial, 2017).

Desde los 80s en que se consideraba la reingeniería social, a los 90s con el buen gobierno desde lo normativo, a los 2000 con la gobernanza, la idea de la capacidad de gestión institucional está más allá de un mero aparato administrativo, refiriéndose a la gestión de lo público desde las bases de la participación social, donde los actores no solo son institucionales si no también humanos. Considerado así, y entendiendo que las instituciones en cuanto estructuras tendrían una dualidad en que por un lado estas son habilitadas a partir de recursos provistos por la participación social y por otra limitada a partir de las políticas públicas que se cristalizan de las acciones de los actores sociales, podremos hablar de prácticas estructurantes.

Giddens en su teoría de la estructuración (Giddens, 1986) explica que las prácticas sociales son componente y producto de la estructura en que se dan, puesto que los actores no las producen, sino que las reproducen continuamente. A su vez, la estructura social se conserva gracias a esas mismas prácticas sociales que se desarrollan por los actores. Esta dualidad se puede encontrar en la definición actual de capacidad de gestión institucional en tanto el proceso de toma de decisión es un componente como un producto para la inclusión del conjunto de actores interesados en participar de la gestión de lo público.

Vista esta relación entre una estructura dual y gobernanza, otros conceptos que reproducen esta relación de gobernanza serían la transparencia, rendición de cuentas y la eficiencia, además de la participación.

El concepto de capacidad de gestión institucional, actualmente más conocido desde la gobernanza, como he tratado de mostrar, ha variado en los últimos 40 años. Es un concepto “moderno” y que en lo empírico es posible seguir ejemplificando como, por ejemplo, los procesos de transición de infraestructura hospitalaria en que bajo un conjunto de prácticas hospitalarias buscamos mantener una institución de salud que se conserve por esas mismas prácticas. Para intentar comprender esta dualidad, y cómo se logra una gobernanza, es que es necesario entender los procesos reflexivos tras la génesis y desarrollo de las Puestas en Marcha Hospitalarias (PMH) y los contrapuntos y encuentros de los actores involucrados en ellas.

La exploración del concepto de “Capacidad de Gestión Institucional”, por tanto, es también una oportunidad para explorar más allá de la mirada limitada de la capacidad como simple administración de lo público que no considera otras variables del contexto en que se manifiesta. En 40 años, el concepto ha cambiado a la luz de las miradas de cada década, superando lo técnico administrativo, lo solo burocrático y desarrollado una relación entre lo organizacional y lo social. Ahora, hay que marcar ciertos límites de lo que aquí se intenta enmarcar como “Capacidad de Gestión Institucional” para no llegar al extremo de igualarlo al concepto de “desarrollo” y caer nuevamente en la idea del buen gobierno.

3.2 Modelo de Puesta en Marcha Hospitalaria

3.2.1 Plan de Inversiones en Salud

En la atención de salud en Chile, conviven dos sistemas independientes: el sistema público, donde se atiende al 77% de la población del país y el sistema privado que atiende aproximadamente el 23% de la población (FONASA, 2019; 2022). Existe en el país un déficit

en el número de camas hospitalarias, teniendo 2,1 camas por cada 1000 habitantes, mientras que el promedio OECD es de 4,7 camas por cada 1000 habitantes (OECD, 2017). La recomendación de la OMS es de 2,5 a 4 camas por cada 1000 habitantes.

Como se mostró con anterioridad en antecedentes generales, el sistema público mostraba una serie de deficiencias en gestión y disfuncionalidad de la red, con problemas tales como: precariedad en sus instalaciones, insuficiente mantenimiento de la infraestructura, dificultad de acceso a la atención médica, cobertura limitada, poca privacidad en la atención de pacientes, falta de tecnología de punta, entre otras que se vislumbran aún en las primeras décadas de 2000s (Goic, 2015). Otros problemas son las largas esperas por atención en algunas patologías, falta de especialistas, oportunidad y calidad de la atención. Por su parte, el sector privado cuenta con infraestructura de estándares homologables a los de un país desarrollado, tecnología de punta y cerca del 50% de los médicos (Goic, 2015).

Esta situación pone de manifiesto la real necesidad que existe de mejorar el sistema público de salud, que atiende a la gran mayoría de la población, identificando las principales deficiencias y proponiendo soluciones acordes a la situación económica y social del país y sus territorios. Uno de los ámbitos que engloba las mayores deficiencias en el sistema de salud público es la infraestructura, presente en gran parte de las dificultades y problemas señalados anteriormente.

Es por esto que uno de los pilares de desarrollo del sistema de salud pública en Chile ha sido la mejora constante de la infraestructura de la red asistencial tanto en cantidad como en calidad. El Plan Nacional de Inversiones tiene por objetivo, basado en lo anteriormente expuesto, el *“fortalecer la Red de Salud y generar un cambio oportuno y concreto a las múltiples necesidades de la población, a través de la construcción, reposición, mantenimiento y mejoramiento de infraestructura sanitaria”* (MINSAL, 2018b).

Durante el gobierno de la presidenta Michelle Bachelet (2014-2018) se lanzó el “Plan Nacional de Inversión Pública en Salud 2014-2018” que incluía 60 proyectos hospitalarios a lo largo de todo Chile, tanto proyectos de nuevos hospitales como de reposición de edificios. Por objetivo el Plan buscaba que al término del gobierno se tuviera 20 hospitales construidos, 20 en proceso de construcción y 20 en estudio, diseño o licitación. Estos proyectos en su conjunto requerían un presupuesto aproximado de 4.000 millones de dólares, implicando 2.500.000 m² construidos y 10.873 camas hospitalarias (7.800 de ellas correspondían a reposición y 3.073 a nuevas camas) (MINSAL, 2015).

Por su parte, en el gobierno del presidente Sebastian Piñera (2018-2022) se anunció el “Plan de Inversiones en Salud 2018-2022”, que busco dejar 25 hospitales construidos, 25 en construcción y 25 en estudio, diseño o licitación, requiriendo un presupuesto aproximado de 10.000 millones de dólares, más del doble que el periodo anterior.

Al 2021, se habían construido 11 hospitales, 33 se encontraban en ejecución, 13 en licitación y 13 se encontraban en fase de diseño o estudio (MINSAL, 2021).

De lo que sigue del 2022 con el gobierno del presidente Gabriel Boric, el Plan de Inversiones en Salud tanto en renovación como en aporte de nueva infraestructura hospitalaria a la red pública continuará. Concretar este plan por parte del Ministerio de Salud, organismo responsable de llevar a cabo la cartera de proyectos, será complejo. Esto debido a Factores internos y externos tales como: cambios en las perspectivas económicas post pandemia, problemas de gestión interna, tiempos de ejecución poco ajustados a la realidad, cambios de modalidad de contratación y la presión política de enmarcar el proceso dentro de los 4 años del gobierno mientras aún estamos en pandemia COVID 19 (MINSAL, 2022).

3.2.2 Proceso de implementación de los proyectos hospitalarios

La inversión en infraestructura hospitalaria comienza con el estudio preinversional de los proyectos que han sido propuestos por los Servicios de Salud como necesarios para el mejoramiento de su red asistencial y aprobada su relevancia por la Subsecretaria de Redes Asistenciales del Ministerio de Salud⁴. El estudio preinversional se realiza de acuerdo con la “Guía Metodológica para Estudios de Preinversión Hospitalaria”, emitido por el Ministerio de Salud el año 2001 y aprobado como modelo de evaluación por el Ministerio de Planificación de la época, actual Ministerio de Desarrollo Social (MINSAL, 2017b).

3.2.2.1 Estudios Preinversionales de Establecimientos Hospitalarios

El Estudio Preinversional tiene como objetivo “*determinar la demanda y necesidades que enfrenta un establecimiento asistencial y compararla con la oferta potencial del establecimiento*” (MINSAL, 2001). El enfoque de la evaluación social de proyecto es costo-beneficio de una infraestructura de tipo social, la cual tendrá beneficios para toda la comunidad, pero no generará ingresos por su uso.

⁴ Es común que se encuentre el RUT de un hospital en el sistema nacional de inversiones (SNI) años antes que el proyecto. Es importante ver que no porque la idea existe, esta tiene un proyecto.

El estudio preinversional se divide en ocho módulos de análisis y evaluación, los cuales son ejecutados por los respectivos Servicios de Salud y aprobados mediante la emisión de certificados de “no objeción”⁵ por distintas unidades del Ministerio de Salud, de acuerdo con lo indicado en la siguiente tabla.

Tabla 4: Módulos de análisis y evaluación en EPH

| Módulo | Responsable | Quién aprueba |
|--|-------------------|---|
| Infraestructura | Servicio de Salud | Departamento de Arquitectura, División de Inversiones, MINSAL |
| Recursos Humanos | Servicio de Salud | Departamento de Planificación y Control de Gestión de Recursos Humanos (RHS), División de Gestión y Desarrollo de las Personas (DIGEPEP), MINSAL ⁶ |
| Sustentabilidad Financiera / Presupuesto | Servicio de Salud | Departamento de Finanzas, División de Inversiones, MINSAL |
| Producción | Servicio de Salud | Departamento de Estudios Preinversionales, División de Inversiones, MINSAL |
| Equipo y Equipamiento | Servicio de Salud | Departamento de Estudios Preinversionales, División de Inversiones, MINSAL |
| Tecnologías de Información en Salud (TICS) | Servicio de Salud | Departamento de TICS, MINSAL |
| Modelo de Gestión Asistencial | Servicio de Salud | Departamento de Gestión de Servicios de Salud, Modelo de gestión y Puesta en Marcha, División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA), MINSAL |
| Calidad y Autorización Sanitaria | Servicio de Salud | SEREMI de Salud, MINSAL |

Fuente: Elaboración propia basada en información de la guía de orientaciones para proyectos: Puesta en Marcha de Establecimientos Hospitalarios, MINSAL, 2017

3.2.2.2 Ejecución y Puesta en Marcha de Establecimientos Hospitalarios

El concepto de “Puesta en Marcha” tiene disímiles aproximaciones. Existen lineamientos generales para abordar, teóricamente, proyectos que la incluyan, ya que existe la limitante de que cada proyecto es único. Esto no es solo nuestro país, también a nivel global: el concepto en su traducción directa es *start up* en inglés, ligado a la idea de innovar en un negocio, o de *infrastructure transition* (transición de la infraestructura) cuando se habla de mover una institución de un lugar a otro, o de *work practice redesign* (rediseño de las prácticas de trabajo) cuando se aborda la gestión de las personas. Un buen antecedente en que se abordan estas 3 vertientes es el de Barlow, Hendy y Tucker (2016) que ven el

⁵ En el SNI se vera la sigla RS. Un “RS” es una condición administrativa, que significa que el proyecto cumple con todos los requisitos técnicos y económicos para poder financiarlo y ejecutarlo

⁶ Gestión del Cambio se incluiría aquí formalmente, según lo comentado por una entrevistada de MINSAL, en la actualización a las orientaciones de Puesta en Marcha Hospitalaria de 2017

caso de Inglaterra, aunque el gran contrapunto es lo que el mismo NHS (Sistema Nacional de Salud de Inglaterra, 2008) concluye: a menudo los proyectos se ven obstaculizados por la falta de planificación efectiva. Cabe destacar que desde la perspectiva del Plan de Inversiones de Salud no ha sido estudiado de forma sistemática.

El proceso de Puesta en Marcha se describe como el diseño e implementación de actividades relativas a la necesidad de asegurar la mejor implementación clínica y administrativa de un nuevo establecimiento de salud. Los ámbitos que se trabajarán están relacionados a comunicaciones y participación, calidad, seguridad y autorización sanitaria, gestión clínica, presupuesto, TIC, herramientas de gestión, operación del recinto, equipamiento médico e industrial, y recursos humanos como también relativas a la gestión del cambio que experimentarán los funcionarios frente al proyecto.

En lo que compete al Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, este debe asegurar el correcto desarrollo del Proceso de Puesta en Marcha de cada establecimiento, siendo estos el Hospital Gustavo Fricke (HGF, en sus 2 fases), Hospital Biprovincial Quillota Petorca (HBQP) y Hospital Provincial Marga-Marga (HPMM), integrando a los equipos de las áreas involucradas en el proceso y así ejecutar oportunamente los correspondientes planes de trabajo conjuntos para los establecimientos.

Para operacionalizar el modelo de gestión y lograr los objetivos descritos, se hace necesaria la interacción e interrelación entre el Subdepartamento de Puesta en Marcha de la Subdirección de Desarrollo Institucional (SDI, del Servicio de Salud) y las Unidades de Puesta en Marcha Locales. El equipo de trabajo local de Puesta en Marcha dependerá jerárquicamente del director del hospital, y dependerá funcionalmente del Subdepartamento de Puesta en Marcha de la SDI.

El Subdepartamento de Puesta en Marcha SDI orienta los proyectos asociados a la Red de Atención Hospitalaria de los Establecimientos de Salud en 5 grandes etapas, y en cada uno de ellas se sigue una serie de procedimientos que comprende dos aspectos a trabajar en forma simultánea, que son: (a) mantener la atención en las actuales instalaciones y (b) trabajar la puesta en funcionamiento en las nuevas dependencias contando con una amplia participación en este proceso. Las etapas son:

Imagen 2: “Etapas de la Puesta en Marcha”



Fuente: Orientaciones para el desarrollo de proyectos: Puesta en Marcha de Establecimientos Hospitalarios de Salud, MINSAL, 2017.

La progresión entre etapas está sujeta a hitos alcanzados previamente: 1) Planificación: Inicia con la adjudicación para la ejecución de la obra, 2) Implementación: Inicia con la aprobación del Plan de trabajo Puesta en Marcha, 3) Habilitación: Inicia con la Obtención (i) Autorización Municipal, la Obtención de la (ii) Autorización Sanitaria, y la (iii) Habilitación del equipamiento, 4) Operación Inicial: Traslado al nuevo edificio, y 5) Operación Inicial: Inicio de la atención en el nuevo edificio.

En términos esquemáticos este proceso de Puesta en Marcha es posible dividirlo en etapas aunque se debe tener en cuenta que en la práctica estas se entrelazan y superponen (tal como lo explicita el modelo de ciclo de vida de proyecto visto con anterioridad en el punto 3.1). Si se ha de sintetizar este punto al máximo, esto sería por medio de la idea del “traslado en espejo”: el piso mínimo de éxito del proyecto de Puesta en Marcha es que la consecución de las 5 etapas lleve a disponer de los mismos servicios que se entregaban antes del traslado, sea por limitaciones de recursos, por contingencias o situaciones, o por disposiciones institucionales.

Respecto de los hitos es de aclarar que no necesariamente estos están anclados a una sola etapa y es importante notar que cada hospital presenta realidades diversas que hacen del proceso algo no lineal, que junto a la envergadura de instituciones autogestionadas y con procesos cuasi-industriales que no están del todo ordenados, hacen del trabajo de la Puesta en Marcha para la SDI una instancia de facilitación entre los distintos actores, tiempos y necesidades.

Sobre esta instancia de facilitación, más allá de la comunicación y coordinación para un proyecto de esta envergadura, se requiere de gestión de personas bajo una idea de gestión del cambio. Es por ello que el intento de llevar a la práctica en el ámbito de salud la gestión del cambio es un precedente importante dentro de la política pública de Puesta en Marcha Hospitalaria. Teniendo esto en cuenta, si bien relevante, escapa del marco de lo que busca esta investigación hablar de los problemas de la gestión del cambio, por lo que solo se abordara desde la arista del liderazgo adaptativo y construcción de una visión.

La gestión del cambio utilizada en los hospitales autogestionados del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota refiere a un plan de aplicación práctica, derivados de algunos modelos para la gestión del cambio que parten de describir las diversas etapas del Proceso de Cambio hasta ejemplos para su implementación, principalmente de Kotter (1995) y su modelo de cambio en 8 pasos. Se han desarrollado diversas acciones y programas a través de los años, los cuales tienen una línea conductora de acuerdo a la etapa en que se encuentra la organización.

Recordando el trabajo con distintos equipos en puesta en marcha hospitalaria para el aprendizaje organizacional y sus posibilidades por medio de la gestión del cambio, el liderazgo adaptativo refiere a la necesidad de que las organizaciones y las personas se adapten rápido y bien a entornos cada vez más dinámicos y exigentes. Lo que se busca es generar integraciones, donde lo que posibilita la capacidad de adaptación de una organización es el impulso y habilitación de espacios para el desarrollo de capacidades dinámicas, y no solo de capacidades operativas (Heifetz, 2017). El liderazgo adaptativo destaca de esta forma la naturaleza social de la organización. Los procesos creativos ayudan a generar confianza a través del ejercicio de la libertad de crear y hacer, dentro de un marco para la acción.

3.2.3 Situación Actual de la Red Asistencial

Lo que en la actualidad se entiende sobre la red asistencial de salud en Chile refiere a lo visto en el decreto ley N°2763 de 1979, que reorganiza el Ministerio de Salud y crea los Servicios de Salud, el Fondo Nacional de Salud (FONASA), el Instituto de Salud Pública de Chile y la Central de Abastecimientos del Sistema Nacional (CENABAST) de Servicios de Salud. A 2022, La red está compuesta por 29 Servicios de Salud distribuidos a lo largo del país, con 6 de ellos en la Región Metropolitana. Estas entidades son organismos descentralizados, con personalidad jurídica y patrimonio propio, de acuerdo

con la ley 19.937 y el decreto 140 de 2004, tienen la función de “articulación, gestión y desarrollo de la red asistencial correspondiente, para la ejecución de las acciones integradas de fomento, protección y recuperación de la salud” (MINSAL, 2018). Esta descripción de funciones establece la responsabilidad sobre la red asistencial bajo su jurisdicción que incluye la coordinación y trabajo en red de las atenciones primaria, secundaria y terciaria; y la administración, gestión e inversión que deba realizarse para el correcto funcionamiento de sus establecimientos de salud.

Cada Servicio de Salud está llamado a funcionar como una red propia, descentralizada, en la cual existe un sistema de derivación por niveles de atención (primaria, secundaria y terciaria) y en paralelo otro de derivación por complejidad, desde baja hasta alta. Al año 2022, MINSAL indica la existencia de un total de 195 recintos a lo largo del país, de los cuales 55 correspondían a alta complejidad, muchos de los cuales cumplen el rol de hospital base de su propia red (Establecimientos Autogestionados en Red, o EAR). En la misma categoría se encuentran los hospitales que son referencia nacional en ciertas patologías, por lo que su atención no solo se centra en los habitantes de su distrito, sino que, de macrozonas definidas a nivel central, por la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ejemplos en la Región de Valparaíso de esto último son el Hospital Gustavo Fricke en el área de cardiología que es referencia en el norte hasta Coquimbo; o de Hospital Carlos Van Buren en el área de neurocirugía e imagenología.

En este contexto, los Servicios de Salud son los responsables de gestionar la inversión de infraestructura para mejorar los recintos asistenciales de su red, en un proceso en que intervienen distintos organismos del Estado como: Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud, SEREMI de Salud, Ministerio de Obras Públicas, Servicio de Evaluación Ambiental, etc.

La creciente necesidad de mejorar la infraestructura de los centros asistenciales con el fin de adecuar la oferta existente a las nuevas necesidades de atención, disminuir las brechas que derivan en crecimiento de listas de espera y adecuarse a las nuevas tecnologías en la atención de salud, ha generado un masivo ingreso de proyectos hospitalarios al Sistema Nacional de Inversiones. En los últimos 10 años más de 100 proyectos han conseguido la aprobación de sus estudios preinversionales para el diseño y ejecución de obras de normalización de su infraestructura, lo que equivale a más del 50% de los hospitales que tienen la red nacional de salud operando actualmente.

Tabla 3: Establecimientos Hospitalarios de la Red Asistencial de Salud, dependencia administrativa Servicio de Salud

| Servicio de Salud | Nivel de Atención | | | Total |
|-------------------------|-------------------|----------------------------|---|------------|
| | Alta Complejidad | Mediana y Baja Complejidad | Comunitario con APS (Primario-Secundario) | |
| Viña del Mar - Quillota | 3 | 8 | 0 | 11 |
| Total País | 91 | 96 | 3 | 190 |

Fuente: Elaboración propia, en base a datos de DEIS, MINSAL, junio 2022

3.3 Modelo del Ciclo de Vida de los Proyectos

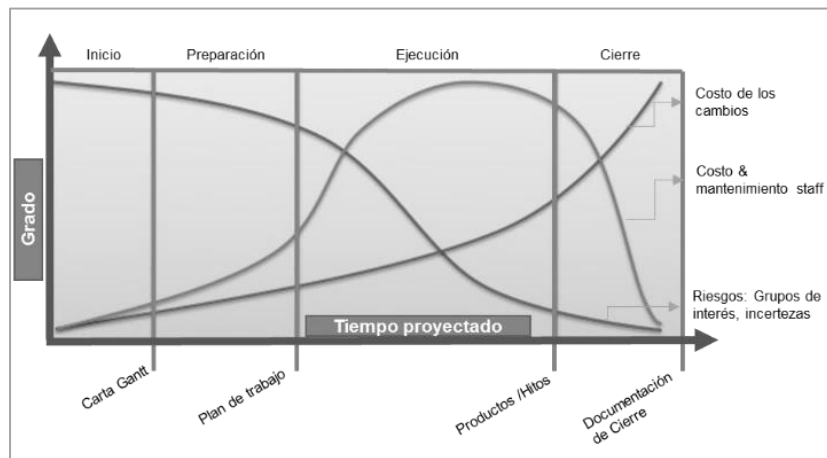
El análisis de las relaciones entre aquellos momentos de avance esperado de una organización y la efectividad de la misma es, a grandes rasgos, el centro del estudio del ciclo de vida de las organizaciones. En este sentido, la motivación o proyecto que da visión a la acción es lo que nos indicara que tan alejados en el tiempo están del fin buscado. En esta línea, Austin (2006) subraya en la necesidad de diferenciar un emprendimiento comercial de uno social, lo que permite situar un marco temporal sobre cómo abordar el proceso de emprendimiento.

En ese mismo sentido, la consideración teórica más importante de esta diferencia es que *“la existencia de las organizaciones con fines sociales emerge cuando hay una falla del mercado social, es decir, las fuerzas del mercado comercial no satisfacen una necesidad social, como los bienes públicos”* (Austin, 2006). La motivación tras el propósito social de las formas de empresa sin fines de lucro limita a los proyectos sociales a acceder a los mismos mercados de capital que los comerciales, lo que deriva en que el arreglo institucional del financiamiento venga vía políticas públicas, al amparo de leyes de presupuesto que buscan mantener ciertos beneficios en el tiempo, por medio de proyectos acotados. Con esta lógica, es posible afirmar que mientras los proyectos privados están motivados por el lucro, los proyectos sociales lo están por el beneficio social de largo plazo que persiguen las leyes (Fontaine, 2007). Finalmente, esto nos da luces sobre lo social, donde sus instituciones tienen un fin temporalmente muy alejado de su inicio (por ejemplo, un hospital), pero que ante las fallas del mercado social desarrolla proyectos que cumplen con un objetivo finito.

Según la “Guía de los fundamentos para la dirección de proyectos” los proyectos tienen un ciclo, en que pueden observarse 4 grupos de definiciones (PMBK, 2021):

- I. Ciclo de vida del Proyecto: Es una colección de fases del proyecto generalmente secuenciales y, a veces, superpuestas, cuyo nombre y número están determinados por las necesidades de gestión y control de la organización u organizaciones involucradas en el proyecto, la naturaleza del proyecto en sí y su área de aplicación. El ciclo de vida del proyecto proporciona el marco básico para gestionar un proyecto, independientemente del trabajo específico involucrado.

Imagen 3: Establecimientos Hospitalarios de la Red Asistencial de Salud

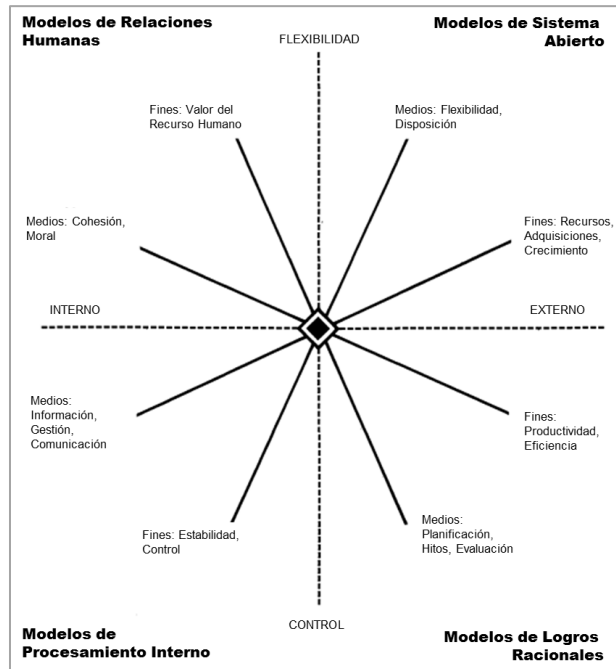


Fuente: Elaboración propia, en base a datos de PMBK, 2021

- II. Fases del Proyecto: Divisiones dentro de un proyecto donde se necesita un control adicional para administrar de manera efectiva la finalización de un entregable importante. Las fases del proyecto generalmente se completan secuencialmente, pero pueden superponerse en algunas situaciones.
- III. Partes interesadas: personas u organizaciones (ej., clientes, patrocinadores, organización ejecutora, público) que participan activamente en el proyecto o cuyos intereses pueden verse afectados positiva o negativamente por la realización o finalización del proyecto. Los interesados también pueden ejercer influencia sobre el proyecto, sus entregables y los miembros del equipo del proyecto.
- IV. Activos de procesos organizacionales: Estos incluyen cualquiera o todos los activos relacionados con el proceso, de cualquiera o todas las organizaciones involucradas en el proyecto que pueden usarse para influir en el éxito del proyecto. Los activos de los procesos de la organización se pueden categorizar como procesos y procedimientos

(ej., SOP, directrices, plantillas) o base de conocimientos corporativos (ej., bases de datos de medición, archivos de proyectos, lecciones aprendidas, bases de datos de gestión de configuración, bases de datos de gestión de problemas, bases de datos financieras).

Imagen 4: Establecimientos Hospitalarios de la Red Asistencial de Salud



Fuente: Elaboración propia, en base a datos de Quinn, 1983

Respecto de lo abordado hasta el momento, lo visto en antecedentes generales sobre la creación de la Subdirección de Desarrollo Institucional apunta a una forma de integración del Servicio de Salud con los actores de los proyectos hospitalarios, cuya función es generar una estrategia de procesamiento y participación con los actores de la red, para el desarrollo institucional. Esto caería en un modelo de procesamiento interno. Según el modelo de Puesta en Marcha Hospitalaria, en cambio, el proyecto en su etapa de ejecución presupone que nos encontraremos en una situación en que será necesario actualizar el trabajo respecto de las demandas de los territorios, por medio de un trabajo amplio de trabajo flexible y mancomunado voluntades de actores externos a la Subdirección, que caería en una lógica de sistema abierto.

En un modelo resumido y sistémico, podríamos entender el ciclo de vida de un proyecto en cuatro fases: inicio o planificación, crecimiento, madurez y declive (Adizes, 1994). Cada fase del ciclo de vida organizacional se caracteriza por actividades y problemas específicos: 1) Inicio o planificación: Planear para una organización significa determinar en qué tipo de actividad se involucrará y cómo crecerá, 2) Crecimiento: El crecimiento generalmente representa el período en que una organización se vuelve más estable y aumenta su tamaño y número de empleados, 3) Madurez: La madurez incluye un trabajo estable con buenas relaciones de trabajo entre los actores, y 4) Disminución: El declive se caracteriza por un trabajo que llega a su fin, menos clientes/usuarios y pérdidas o ganancias/producción cada vez menores respecto del proyecto.

Es de destacar que hasta aquí se desarrolla un arreglo teórico para la investigación, y que un proyecto no solo está en un modelo, que es una reducción de la realidad *per se*. Dado lo analizado, la hipótesis de que los criterios más importantes de efectividad para este tipo de proyectos de infraestructura hospitalaria serían los del modelo de sistemas abiertos (flexibilidad y adquisición de recursos) y del modelo de relaciones humanas en momentos en que la institucionalidad requiere de la colectividad. Esto con un énfasis menor en los criterios de objetivos o logros racionales y en los criterios de procesos internos que se desarrollan formal y establemente en la Subdirección de Desarrollo Institucional del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota.

Al tomar el concepto de un sistema abierto como punto de partida, se puede crear un modelo para rastrear las relaciones entre las funciones dentro de una organización o proyecto determinado. Así, se permite visualizar los cambios que ocurren durante cada fase del ciclo de vida de un proyecto al describir los principales factores que influyen en el desempeño organizacional en ese momento. Además, ayuda a desarrollar estrategias adecuadas para hacer frente a esas situaciones con eficacia.

4 OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

Analizar los principales factores que impactan en las prácticas de Puesta en Marcha Hospitalaria, basándose en la experiencia de los equipos de trabajo de los Hospitales

Gustavo Fricke, Biprovincial Quillota Petorca y Provincia de Marga-Marga, como de los equipos del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota y del Ministerio de Salud.

4.2 Objetivos Específicos

- 1) Indagar en la Capacidad de Gestión Institucional en la Puesta en Marcha Hospitalaria durante la etapa de transición de infraestructura hospitalaria.
- 2) Detectar los ejes problemáticos que influyen de manera negativa en el desarrollo de los proyectos de Puesta en Marcha Hospitalaria.
- 3) Caracterizar en las prácticas que se evalúan como exitosas por parte de los actores de Puesta en Marcha Hospitalaria.

5 METODOLOGÍA Y ESTRUCTURA DE DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El alcance temporal y espacial al problema en el presente estudio es por medio de un estudio de perspectiva cualitativa, de tipo exploratorio y corte transversal, de tres proyectos hospitalarios de la región de Valparaíso en el año 2022, todos ellos pertenecientes al Servicio de Salud Viña del Mar Quillota y en fase de Puesta en Marcha, dentro del marco del Plan de Inversiones Nacional de Salud, en que se aprecia transformaciones tanto a su infraestructura como de sus prácticas laborales.

La recopilación de datos fue realizada por medio de fuentes primarias en 3 momentos, siguiendo la metodología de la Teoría Fundamentada, por medio de un muestreo teórico, aquello que en teoría son los actores clave, el investigador selecciona nuevos casos a estudiar según su potencial para ayudar a refinar o expandir los conceptos y teorías ya desarrolladas del análisis de las comparaciones sucesivas. Así, la recolección de datos y el análisis se realizan al mismo tiempo (Clarke, 2021). De esta forma:

- Se realiza un primer acercamiento al problema por medio de funcionarios en puestos de jefatura en áreas clave del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, que según antecedentes vistos en planteamiento del problema debían estar cumpliendo con el rol de gestión de la red y trabajar en los nuevos proyectos hospitalarios. Aquí se contactó a la dirección y subdirección médica del Servicio de Salud Viña del Mar

Quillota (SSVQ), que tienen la responsabilidad de gestionar los proyectos; y a la Subdirección de Desarrollo Institucional y al Subdepartamento de Puesta en Marcha de este Servicio de Salud, al ser los encargados de ejecutar la visión del gestor de la red y buscar las formas de actualizar el funcionamiento de esta y sus alternativas de optimización.

- Un segundo acercamiento a funcionarios en puestos de jefatura en áreas clave de los hospitales autogestionados en red del SSVQ. Aquí se consiguió la participación de los hospitales Gustavo Fricke y Biprovincial Quillota Petorca. El Equipo del Hospital Marga-Marga declinó participar, pero fue posible conversar con funcionarios que están dentro de la Puesta en Marcha de ese hospital, que permitió de manera informal poner en contexto lo realizado.
- Un tercer último momento de acercamiento, fue a MINSAL y 2 hospitales que tuvieron formas distintas de afrontar la Puesta en Marcha Hospitalaria respecto del SSVQ. Sobre MINSAL, se contactó a DIGERA, y se entrevistó al responsable de la zona centro norte que es la macrozona del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, y al referente de Redes de MINSAL para la macrozona. De los hospitales en tanto, se tomó la oportunidad de contactar con las jefaturas del Hospital Claudio Vicuña, del Servicio de Salud San Antonio, por su historia de problemas para ubicar el liderazgo del equipo de Puesta en Marcha (van en el tercer equipo, con cambios profundos en la forma de abordar el proyecto); y del Hospital El Salvador, Servicio de Salud Metropolitano Oriente, al ser un establecimiento que concesiona la administración y mantenimiento del recinto asistencial y dejó en manos privadas la ejecución del programa de Gestión del Cambio.

Respecto de otras fuentes, se realizó un análisis desde la Teoría Fundamentada por medio del método comparativo constante (en lo básico, encontrar citas sobre categorías similares que en su comparación interna, nos permita comprender el marco de sentido que se da a la Puesta en Marcha) de las entrevistas, utilizando software de análisis e interpretación de información cualitativa Atlas TI, que con una segunda recopilación de antecedentes desde fuentes secundarias, en portales web y documentación de las instituciones involucradas, permitió el análisis de resultados.

Tabla 5: Descriptivos diseño de investigación

| | |
|---|---|
| Tipo de Perspectiva Metodológica | Cualitativa |
| Estudio | Exploratorio, de corte transversal |
| Alcance temporal y espacial | Año 2022, Región de Valparaíso |
| Tipo de Análisis | Teoría fundamentada y método comparativo constante, utilizando software de análisis de datos. |
| Grupo Objetivo | Equipos de trabajo en proyectos hospitalarios de la región de Valparaíso, pertenecientes al Servicio de Salud Viña del Mar Quillota (SSVQ) en fase de Puesta en Marcha. |
| Grupo de análisis | Jefaturas de los equipos de puesta en marcha de hospitales Gustavo Fricke, Biprovincial Quillota Petorca, Provincia de Marga-Marga; jefaturas Dirección del SSVQ y jefaturas equipo de trabajo Subdirección de Desarrollo Institucional del SSVQ; y Jefaturas MINSAL para Zonal Centro Norte. |
| Muestra | <p>E. de SSVQ:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Director Servicio de Salud • Representante Subdirector Médico Servicio de Salud • Subdirector (S) Subdirección Desarrollo Institucional • Jefe Subdepartamento Puesta en Marcha <p>E. de Hospitales, jefe Puesta en Marcha:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospital Gustavo Fricke • Hospital Biprovincial Quillota Petorca <ul style="list-style-type: none"> ○ Jefe Puesta en Marcha ○ Ex director del Hospital • Hospital Claudio Vicuña, Servicio de Salud San Antonio • Hospital El Salvador, Servicio de Salud Metropolitano Oriente <p>E. de MINSAL</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jefatura Equipo DIGERA para Zonal Centro Norte, MINSAL • Referente Redes Asistenciales, MINSAL |

Fuente: elaboración propia en base a la presente tesina

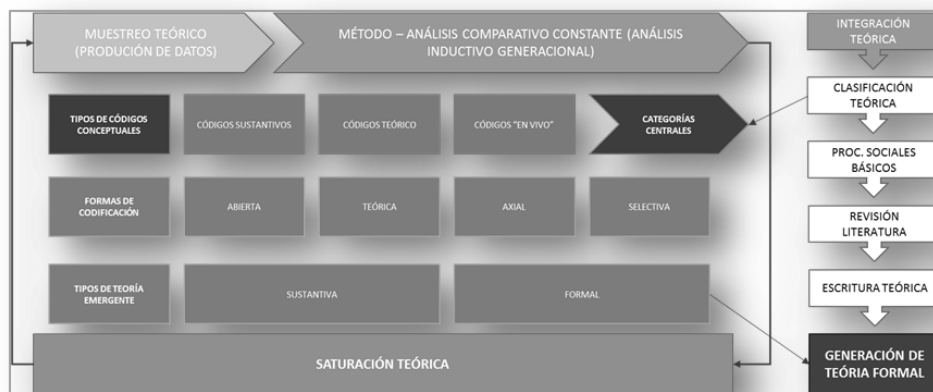
Teoría Fundamentada

La Teoría Fundamentada, permite a través del método comparativo constante (que es a grandes rasgos comparar las respuestas con los resultados de comparaciones sucesivas) *“al investigador simultáneamente codificar y analizar datos para desarrollar conceptos. Mediante la comparación continua de incidentes específicos de los datos, el investigador refina esos conceptos, identifica sus propiedades, explora sus interrelaciones y los integra en una teoría coherente”* (Giménez, 2007).

El objetivo de la Teoría Fundamentada es, por tanto, “el descubrimiento de una teoría explicativa comprensiva acerca de un fenómeno particular, que, como en nuestro caso, no dispone de una base conceptual previa” (Giménez, 2007). Es decir, la teoría fundamentada es un concepto transversal al trabajo realizado en esta tesis, ante la necesidad de levantar conceptos.

En cuadro siguiente se esboza un modelo general de los componentes de la Teoría Fundamentada. Este modelo recoge las indicaciones iniciales de varios autores de la Teoría Fundamentada, como Glaser, Strauss y Corbin, vistas por Giménez (2007) y más adelante por Clarke (2021).

Cuadro 2: Modelo general de los componentes de la Teoría Fundamentada



Fuente: Elaboración propia en base a “From grounded theory to situational analysis” Clarke, 2021

El proceso comienza con códigos abiertos -selección de frases y citas con ideas que se van repitiendo para el investigador- a partir de los datos que se van recogiendo, que dirigen la

muestra en todas direcciones hasta el descubrimiento de variables centrales fuertemente respaldadas por los datos, que llamaremos categorías, que es una clasificación de la información relacionada entre sí. Cuando este nivel se consigue “*la muestra llega a ser selectiva y se dirige hacia los temas que son centrales en la teoría emergente*” (Giménez, 2007).

El análisis termina cuando se alcanza saturación teórica en la muestra, es decir, ningún nuevo caso aporta algo nuevo o distinto a lo establecido. Con ello se puede finalmente abordar un análisis situacional basado en estrategias de mapeo, en que se identifican mapas de relaciones que dan cuenta de las categorías de pensamiento, propiedades y atributos que se desprenden de los entrevistados.

Los datos para hacer los mapas pueden incluir entrevistas transcritas, memos que desarrolla el investigador en la medida que compara las citas y análisis de materiales discursivos existentes (encontrados en la situación planteada en la entrevista, como son documentos, materiales visuales e históricos como sitios web). De estos mapas, el investigador es capaz de construir una explicación al problema planteado.

6 ANALISIS DE RESULTADOS

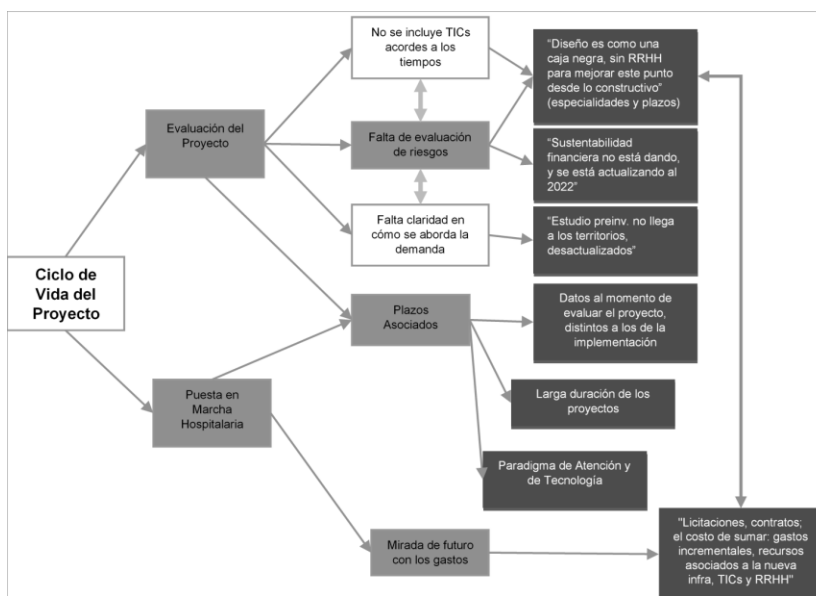
En el presente capítulo se realiza un análisis de los principales problemas detectados en la institucionalidad actual y que afectan el correcto desarrollo de los proyectos hospitalarios. Para este análisis se consideraron las respuestas de la encuesta realizada a profesionales de los Servicios de Salud relacionados con los proyectos hospitalarios, que fueron de base para formular los temas abordados en las entrevistas. El análisis se presenta con los problemas agrupados por ámbito, que engloban los problemas más recurrentes en el desarrollo de los proyectos y son los siguientes: 1) Los problemas asociados al ciclo de vida del proyecto; 2) Los problemas relacionados al rol del Servicio de Salud en la planificación y desarrollo del plan de infraestructura hospitalaria; 3) Los problemas generados dentro de la coordinación intersectorial y el Servicio de Salud que está presente en los proyectos.

6.1 Ciclo de vida del Proyecto Hospitalario

Los proyectos hospitalarios se componen de varias fases, desde la fase de evaluación social de proyecto hasta la puesta en marcha y operación de este; y dentro de la fase de puesta en marcha encontramos fases de planificación, implementación, habilitación, operación inicial y normal, tal como se describió en el punto 4.1 de esta investigación. Esta colección de fases de proyecto secuenciales, y respecto a lo visto en el punto 4.3, se superponen. En el siguiente análisis, se visualizan 2 puntos relevantes en el ciclo de vida del proyecto: (a) en proyectos hospitalarios pasaría demasiado tiempo entre el inicio y su ejecución para considerar los datos levantados como actualizados al momento de la Puesta en Marcha, y (b) al ser tal la distancia temporal entre fases, la evaluación de proyectos desde sus necesidades territoriales, epidemiológicas y/o tecnológicas podría requerir un trabajo de mejora.

En el cuadro 3 se muestra los problemas asociados al ciclo de vida de los proyectos, que se explicara a continuación.

Cuadro 3: Problemas asociados al ciclo de vida de los proyectos



Fuente: Elaboración propia en base a información entregada en entrevistas

6.1.1 Puesta en Marcha Hospitalaria, desde el Ciclo de vida del proyecto

6.1.1.1 Plazos asociados

Recordando lo visto en el punto 3.2 (Modelo de Puesta en Marcha Hospitalaria) de este documento, el ciclo de vida del proyecto se desarrolla en largos períodos de tiempo, lo cual, según señala un entrevistado *"los proyectos tienen un ciclo de vida, que parte con el EPH [Estudio Preinversional Hospitalario] y antes con la idea de que hay una necesidad en un territorio. Entonces desde que se detecta la necesidad hasta que se tiene el Hospital apto para su operación, por distintos motivos, pasan demasiados años"* (E. de SSVQ). Esta afirmación coincide con lo encontrado en el Banco Integrado de Proyectos (BIP, del Ministerio de Desarrollo Social) respecto del ingreso de los proyectos al sistema Nacional de Inversiones y los contratos vigentes.

Para los proyectos del SSVQ que son de alta complejidad, y otros proyectos a modo de ejemplo, en la tabla 6 se identifica el año de ingreso de los proyectos de diseño y construcción a MINSAL, en los que el promedio de años desde el ingreso al SNI hasta el posible traslado es de 15.8 (15.3 del SSVQ) años con un mínimo de 10 años y un máximo de 24 años.

Tabla 6: Años de duración de proyectos de diseño y construcción MINSAL

| Proyecto | Año ingreso al Sistema Nacional de Inversiones (SNI) | Año proyectado de traslado | Años de desfase |
|---|--|----------------------------|-----------------|
| Hospital Provincial Marga-Marga | 2012 | 2024 | 12 |
| Hospital Biprovincial Quillota Petorca | 2012 | 2022 | 10 |
| Hospital Gustavo Fricke FASE I | 1998 | 2022 | 24 |
| Hospital Barros Luco | 2005 | 2025 | 20 |
| Complejo Asistencial Dr. Sótero del Río | 2008 | 2025 | 17 |
| Hospital Provincia Cordillera | 2012 | 2024 | 12 |

Fuente: elaboración propia en base a información extraída de la página web del Banco Integrado de Proyectos: <https://bip.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/>

Una consecuencia directa que afecta negativamente el desarrollo y resultado final de los proyectos es que los datos al momento de evaluar el proyecto terminan siendo distintos a los de la implementación. Es decir, entre el momento del estudio preinversional hospitalario al momento de implementar la puesta en marcha del recinto, se considera información distinta a la que se tenía por parte de los distintos actores. Este factor es uno de los que se menciona frecuentemente como un problema clave por entrevistados, uno de los cuales señala *“hablamos de como al inicio del proceso se intenta conjugar la demanda con la oferta. Pero el proceso es largo, y la demanda y la proyección del hospital que viene de una etapa de estudios, se distancian”* (E. de SSVQ). En la misma línea, otro entrevistado comenta *“el proyecto del [Hospital] Fricke es de los 80s...más antiguo todavía, los funcionarios que crearon ese proyecto hay pocos ahora en el Hospital, entonces ha pasado mucho tiempo y convencerlos año tras año que el proyecto va, que se va a construir... yo veía como las cosas cambiaban: la demanda cambió, la oferta cambió”* (E. de Hospitales).

El Hospital Gustavo Fricke es un caso atípico no solo para el servicio de Salud Viña del Mar Quillota, sino también a nivel nacional: el RUT del hospital se introduce en 1998 en el SNI, donde tras objeciones técnicas el proyecto tiene su RS (recomendación técnica favorable) en 2008 para 1 de 2 edificios proyectados en sus actuales terrenos. Ocurre el terremoto de 2010 y el proyecto al ser de gran envergadura se ve retrasado por las necesidades del momento y el costo de los productos de construcción, saliendo su diseño en 2013. El ideal era que en el 2016 el Hospital Gustavo Fricke se encontrara entregado, pero problemas con la constructora, nuevas normas sanitarias al pasar tanto tiempo desde que comenzó a construirse y el COVID-19 tiene al año 2022 al hospital aún sin concluir su traslado definitivo; que, a su vez al terminar, es lo que permitirá iniciar la licitación para la segunda

fase del hospital (segundo edificio). El proyecto en cuestión podría terminar sus 2 fases en 30 o más años.

El desfase de información de al menos 10 años es relevante, toda vez que se hable de epidemiología y tecnología en el área de la salud, que podemos entender como “desfases de paradigmas Epidemiológico y de Tecnología”. Estos dos son factores clave para determinar las necesidades que debe cubrir el proyecto hospitalario y que tienen desarrollos rápidos e importantes en cortos periodos de tiempo (OECD, 2017), por lo que las determinaciones de los actores en la implementación de la Puesta en Marcha ante estos factores es distinta a las consideraciones vistas para los contratos cuando se idearon, lo que impacta en cambios en prestaciones que implican modificación de infraestructura, incluso en fases avanzadas de obra, o ya entregada esta. La posición de distintos entrevistados sobre el tema es que, si no se visualizan los cambios, estos terminan afectando la puesta en marcha del hospital, que en palabras de uno de ellos se puede resumir en *“como yo lo entiendo, realizados los cambios, o no realizados para no afectar el contrato, tiene efectos peores en la puesta en marcha del hospital, ¿y por qué? que no se resuelve el problema detectado, lo deja para el futuro y ahí nos encontramos con problemas para el funcionamiento, o para sacar la autorización sanitaria”* (E. de SSVQ).

6.1.1.2 Mirada de futuro con los gastos

Un proyecto al tener su recomendación técnica favorable es lo que se diseñó, ya que tiene recursos asignados solo para lo presentado y aprobado. Un lugar común que surge en todas las entrevistas tiene relación con cómo durante el desarrollo de la puesta en marcha se abordara el mantenimiento de los hospitales en su fase de operación. Si pensamos solo en lo material del proyecto, este componente resalta como importante toda vez que consideremos que se visualizó en la etapa de diseño un nivel de calidad del equipamiento médico e industrial y de las especificaciones utilizadas para las instalaciones, lo que condiciona el mantenimiento futuro. Esto, de acuerdo a lo señalado por los entrevistados, cuenta con un presupuesto insuficiente sobre lo realmente construido, lo que podría significar que las instalaciones, sus implementos y equipamiento sufran fallas y vean reducida su vida útil.

Indagando en ello, algunos de los entrevistados señalaron lo siguiente:

- *“La pandemia encareció todo. El [Hospital] Fricke, [Biprovincial] Quillota estamos manteniendo cuatro edificios hoy. Pero no son lo mismo, cuando ves que como*

edificio nuevo tienen otras dimensiones y es otra realidad, con otro nivel de gastos, mucho más altos” (E. de Hospitales).

- ❑ *“El costo de mantenimiento que requiere [el Hospital Biprovincial Quillota Petorca] es altísimo, no tienen nada que ver con el nivel del antiguo San Martín. Y lo que te quiero discutir es que, en estos 3 años el hospital [San Martín] respondió a todos los requerimientos del Servicio, pero ellos no tuvieron la mirada de aceptar que nosotros por medio de la gestión -clínica, asistencial, administrativa-, mostrábamos que se hacía necesario ver el tema... la Subdirectora de recursos físicos del Servicio entendió, pero se dio cuenta que nadie la pescaba... y se terminó yendo; en Recursos Humanos le levantabas la voz y se tomaba licencia de 20 días... porque no habían las formas de resolver lo que veíamos” (E. de Hospitales).*
- ❑ *“Ahora, con respecto al tema de puesta en marcha propiamente tal... lo que tienes pensado en cuanto a la habilitación e implementación de un establecimiento en tiempo versus lo que tienes planificado en puesta en marcha, si se ve afectado desde el punto de vista presupuestario. El presupuesto es el que va dando el timing para ir viendo, por ejemplo, las nuevas contrataciones... o listo, estas en proceso de cambio y te das cuenta que la brecha es de tantos cargos, pero te van dando recursos de forma parcializada en varias veces, y eso termina incidiendo directamente en la puesta en marcha del establecimiento, porque en vez de normalizar tienes estos costos que son cada vez más grandes con el presupuesto del hospital antiguo, que respecto del presupuesto incremental para funcionar son muy distintos” (E. de SSVQ).*

La pregunta por cómo trabajamos en el presente proyecto con un hospital en funcionamiento y una infraestructura nueva, con las certezas necesarias para hacer un esquema de mantenimiento de mediano a largo plazo, es básica para desarrollar el trabajo de puesta en marcha. Los entrevistados a lo que apuntan es que estos proyectos de inversión sectorial no tienen adosado un plan de mantenimiento, siendo responsabilidad de cada Servicio de Salud y sus hospitales solucionar aquello con los recursos que se le entrega.

Ante esta pregunta, se entrevistó a una persona involucrada en la puesta en marcha del Hospital El Salvador, de Santiago, que presentó el caso de los hospitales concesionados.

En sus palabras, esta pregunta se responde porque:

- ❑ *“Acá la Gestión del Cambio se dejó en manos de una consultora internacional porque tuvimos la suerte que teníamos las lucas (sic) para hacerlo... pero también este es un hospital en que nosotros solo nos preocupamos de la parte clínica, ya que la administración del edificio está concesionada, el mantenimiento está incluido, que respecto a lo que son proyectos de inversión tradicional como*

los tuyos [del SSVQ] creo que tener los servicios no clínicos, de apoyo garantizados es un plus". No obstante, también señala la necesidad de generar un sistema de incentivos, controles y contrapesos para que el trabajo con la concesionaria funcione "mira aquí tuvimos, vimos esto del proyecto como un marco de acción y tratamos de gestionar, pero también de innovar. No hay mucho de esto definido, entonces aquí la idea fue decirle [al concesionario] "te ofrezco este contrato, pero hazme un descuento... y me dice un 5% que es posible, entonces ahí se entra con si logras estas metas, te doy un 2,5% y si no dependiendo de la gravedad hasta 2,5% en multas" y así generas un sistema de contrapesos, pero también de incentivos, porque una vez que tienes esto firmado ya no se puede cambiar y salen los problemas" (E. de Hospitales).

En resumen, la concesión permite una optimización del departamento de operaciones y mantenimiento, lo cual en un proyecto tradicional se tiene que absorber internamente, pero en ambos casos no existen las herramientas institucionales para llevarlo a cabo, es algo que debe iniciar voluntariamente cada proyecto, generalmente al descubierto el tema en la puesta en marcha hospitalaria.

El ciclo de vida de un proyecto hospitalario contempla las etapas de Preinversión, Diseño y Ejecución. La Mirada de futuro con respecto a los costos, como bien define un entrevistado "es más que licitaciones y contratos, el costo de sumar: gastos incrementales, recursos asociados a la nueva infra, TICs y RRHH" (E. de MINSAL).

Dado lo anterior, es necesario considerar el mantenimiento futuro en el ciclo del proyecto, tal como señala un entrevistado "habrá que estudiar algún tipo de contrato a largo plazo o ir vinculando contratos de construcción con mantenimiento y, no se trata sólo de asegurar la disponibilidad presupuestaria, sino asegurar los vehículos con los que esos recursos van a quedar resguardados" (E. de Hospitales). Las distintas opiniones de los entrevistados vistas en este estudio, nos hace sopesar la reiterada sugerencia en ellas cristalizadas de considerar dentro del ciclo de vida del proyecto, la vida útil de la infraestructura, sus implementos y equipamiento médico e industrial que se instalara y usara; y también de los gastos incrementales de expandir la operación hospitalaria, en una evaluación financiera del proyecto en el momento de su implementación. A su vez, se descubren preguntas que escapan a este estudio, en particular cómo se trabaja los proyectos actuales con un hospital en funcionamiento y una infraestructura nueva, en qué momento del ciclo de vida debe verse el mantenimiento y los recursos incrementales, o qué incentivos y contrapesos son los que se deben tomar en cuenta para ver el tipo de contrato u organización de áreas del hospital como operaciones y mantenimiento.

6.1.2 Evaluación del proyecto

Las consideraciones iniciales en este estudio, como menciona una entrevistada, era que las decisiones del proyecto en su etapa de ejecución tal como dice el nombre de Puesta en Marcha Hospitalaria, fuera “sobre la marcha”. El análisis nos muestra, en cambio, que hay una mirada de futuro, respecto de los impactos de lo que se hace hoy en día; pero también al pasado, y su impacto en lo que se hace en el presente. Siguiendo esta consideración, otro problema identificado en las entrevistas es cómo se trabajó la evaluación -inversional, clínica, asistencial, de red, social- de proyecto, y las dificultades que se van encontrando.

Al respecto, un entrevistado explica su experiencia detalladamente, respecto a varios proyectos en los que ha participado:

- ❑ *“Los proyectos no paran por que un grupo de actores no quiere participar de esto [la puesta en marcha], lo único que pasa es que el proyecto se atrasa. Pero aquí estamos hablando no de un edificio cualquiera, sino de una estructura sanitaria, que es super necesaria por lo que se gana el presupuesto” (E. de SSVQ).*

En esa misma línea, nos contextualiza lo visto anteriormente en la puesta en marcha en el ciclo de vida del proyecto:

- ❑ *“(…) bueno primero no tener recursos para poder hacerlo [los Servicios de Salud], de manera que todos teníamos que competir con el resto para ganar nuestro proyecto. Segundo, no hay una forma, no hay un plan de acción... los planes de inversión nacionales que todas las administraciones hacen independiente el color político que tengan, no están relacionados con una planificación estratégica de cuál es más necesario que el otro, sino que son con respecto los que llegan primero, los que lleven terrenos, los que tienen RS, los que... ese es el que gana y tiene recursos. No necesariamente es el hospital que sea el más urgente y el que más se necesita en el país, entonces claro, en ese sentido el plan es efectista porque efectivamente como te decía es una competencia entre Servicios de Salud, dicho bien en frío, en bruto” (E. de SSVQ).*

Finalmente, los plazos, los recursos y la sustentabilidad del proyecto también se ven condicionados en esta forma de hacer proyectos:

- ❑ *“Pero eso es, por la escasez de los recursos y además que los modelos de atención en salud son super cambiantes, entonces cuando tú construyes un hospital, cuando terminan de construir ya no te sirve porque el modelo de urgencia no es el mismo, el modelo de kinesiólogía no es el mismo, etcétera. Y pasa en todo: también nos pasa en los CESFAM que son más chicos [que el hospital], cuando los terminamos como dice el proyecto se quedaron chicos,*

porque ya hay más programas que hay que implementar y que no van a tener box, por ejemplo” (E. de SSVQ).

Utilizando esta afirmación como una guía para mirar lo que otros entrevistados responden y a razón de lo conceptualizado en el punto 3.2 de este estudio sobre Capacidad Institucional, no es algo que se aborde desde la necesidad de una reingeniería, ni de un mejor gobierno, sino de que a pesar de que el proceso de evaluación social de proyecto tiene su estructura, sus estándares y quienes están llamados a construirlo lo conocen, la participación es parcializada a un punto del tiempo y no como una constante en que los territorios pueden actualizar e incidir en el proceso.

Entendido así, el diagnóstico común no viene de una falta de conexión con los territorios, si no de una conexión constante con la realidad. Mientras un Estudio Preinversional de Salud (EPH) nos sitúa en una demanda y la oferta posible al diseñarse entre Hospital y Servicio de Salud, durante la ejecución las partes -nuevamente Servicio de Salud y Hospital- trabajan en equipo para complementarse. Por un lado, en el dimensionamiento del proyecto; por el otro, en la actualización con los actores del territorio. Solo estaríamos haciendo lo primero, faltando los recursos para hacer lo segundo.

Sobre esta falta de recursos, aquí volvemos a una cita anterior y complementarla, ya que es un ejemplo de la necesidad de evaluación constante del proyecto: *“(Es más que licitaciones y contratos, el costo de sumar: gastos incrementales, recursos asociados a la nueva infra, TICs y RRHH.) A nivel MINSAL no se tiene metodología validada por DIPRES para ver los recursos incrementales (...) si no es por iniciativa propia desde el hospital, del SS, no hay una directriz de ordenar la casa y el presupuesto, no lo vemos en MINSAL” (E. de MINSAL).* La simple necesidad de evaluar todo, tiene costos asociados: se necesita evaluar el diseño, pero para ello se necesita de recursos humanos con capital cultural; y también se necesita habilitar la sustentabilidad financiera de lo que se está diseñando, pero no existen lineamientos.

De una forma u otra, se le pide al proyecto una flexibilidad que no tiene en el manejo de los recursos -públicos, por cierto-, lo que choca con los cambios que se requieren incorporar, independientemente de las justificaciones que se tengan. Esto determina que los proyectos tengan dificultades para ser complementados o mejorados al considerarse esta idea de “caja negra” (E. de MINSAL) en que no se sabe cómo se están relacionando las distintas variables, teniendo que ser reevaluados en su conjunto nuevamente al solicitarse nuevos y mayores recursos a lo inicialmente planificado.

Finalmente, en la falta de mirada de futuro nos encontramos con variables que salen del control del análisis, que se vuelven situaciones complejas. En particular el uso y costos de incorporar Tecnologías de Información y Comunicaciones (TIC) en los proyectos un entrevistado sintetiza la idea respecto a los tres proyectos del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota de la siguiente forma:

- ❑ *“El [Hospital] Fricke tiene el [proyecto] CONECTA, y los otros 2 hospitales [Biprovincial y Marga-Marga] van a tener que subirse a lo que tiene el Fricke pues no hay recursos para hacer lo mismo en cada uno. Pero ojo: esto no es parte del proyecto de puesta en marcha, pues lo que te da la puesta en marcha es más equipamiento y lo mínimo para que los equipos médicos puedan monitorearse. Y como te decía, sin recurso humano... las brechas me dicen que tengo 3 puestos [administrativos] y tengo para computador para 1, y ahora le estamos pidiendo al MINSAL más recursos para esas brechas, pues en el proyecto no estaban”* (E. de SSVQ).

Este problema tiene tales complejidades que al término del gobierno del presidente Piñera, se dispuso de nuevas formas de resolver la arista tecnológica, por medio del EvalTIC que es un proceso de evaluación de proyectos tecnológicos del Estado, complementario al proceso anual de formulación presupuestaria liderado por la Dirección de Presupuesto (DIPRES, 2021). Se incluye así las TIC desde la concepción de los proyectos, pero esto implica que proyectos anteriores a EvalTIC se enfrentan a la posibilidad de reevaluación, y no necesariamente tendrán más o iguales recursos, pudiendo hasta perder parte de ellos si se defienden mal los argumentos de su necesidad.

6.2 Rol del Servicio de Salud en el desarrollo de nuevos proyectos hospitalarios

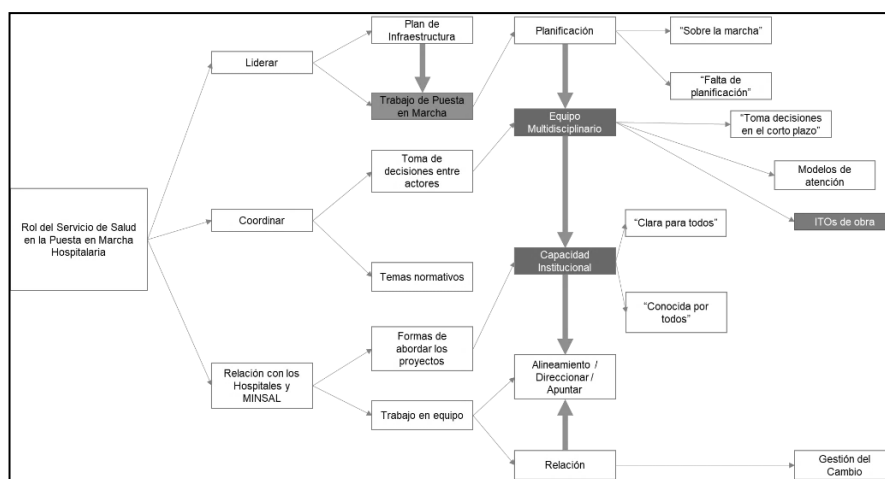
En el punto 3.2 de la presente investigación, el Servicio de Salud tiene un rol rector en el desarrollo del plan de infraestructura hospitalaria. Sin embargo, los entrevistados identifican problemas en como él cumple su rol. A tono con lo expresado por un entrevistado, *“Hace unos días tuvimos un encuentro con el equipo de [Hospital de] Quilpué para hablar de experiencias, y ellos también han solicitado recursos para el equipo de puesta en marcha. El [Hospital] Quillota y Marga-Marga son proyectos del Servicio que ellos nos deben traspasar, y vemos que ninguno de los equipos ha tenido en los Hospitales o el Servicio los recursos suficientes para liderar el proceso”* (E. de Hospitales).

Esta mirada a la experiencia de la puesta en marcha nos habla no solo de un rol del Servicio de Salud con los Hospitales, sino también de una visión negativa de la gestión de recursos,

tanto a los recursos de los equipos hospitalarios como de los recursos del equipo del Servicio de Salud. Esta realidad también tiene relación con el rol del MINSAL, pero es importante resaltar que MINSAL no administra ningún contrato directamente, lo que deja en manos de los Servicios de Salud, el manejo de estos.

En el cuadro 7 se muestra los problemas asociados al rol del Servicio de Salud en el desarrollo de la puesta en marcha de los proyectos hospitalarios, que se explicara a continuación.

Cuadro 7: Problemas asociados al rol del Servicio de Salud



Fuente: elaboración propia en base a información entregada en entrevistas.

6.2.1 Liderar la Puesta en Marcha Hospitalaria

El rol fundamental del Servicio de Salud es liderar el desarrollo territorial del plan de infraestructura hospitalaria por medio de coordinaciones y relaciones. Un entrevistado asevera que el Servicio de Salud, como institucionalidad, es:

- ❑ *“A diferencia del MINSAL que gestiona las inversiones, tiene que implementar el edificio y sentarse con los hospitales porque es el gestor de la Red. Pero al igual que con lo que me pasa cuando veo a MINSAL, los Servicios de Salud, y en particular este [SSVQ] no los veo dando seguridad a los hospitales, no veo un desarrollo de largo plazo como piden estos proyectos” (e. de MINSAL).*

Es posible observar esto como un patrón que es parte de los ciclos políticos de gobiernos de 4 años, que buscan en estos proyectos de alto impacto y envergadura posicionarse frente a la ciudadanía y los territorios. En este sentido un entrevistado menciona que:

- ❑ *“(…) Con los cambios de gobierno vienen los cambios de jefatura, por lo tanto, hay que volver a conquistar a las personas que llegan en torno a la puesta en marcha”. En esa línea, el mismo entrevistado afirma más adelante que “A nosotros como unidad nos han querido desarmar (…) y es al final del gobierno, cuando es el momento de mostrar los avances, ahí ponen los esfuerzos para que podamos dedicar tiempo a los proyectos” (E. de MINSAL).*

Un hecho fundamental al liderar estos proyectos hospitalarios es la planificación de las acciones. Cómo se ha ido analizando hasta ahora, y en la misma línea, un entrevistado menciona que

- ❑ *“Es algo largamente conversado aquí. Primero, en los equipos de los Servicios de Salud hay capacidades diversas en cuanto a gestión (…) en cuanto a la sobrecarga muchas veces del recurso humano… Por ende, no tiene la dedicación exclusiva a la puesta en marcha en el Servicio [de Salud]. Segundo, ese trabajo debe ser multidisciplinario, porque esa persona no tiene por qué saber de atención clínica, saber de contratos… entonces ¿se requiere un equipo mancomunado de las distintas subdirecciones? Si, y eso no siempre se da. Ahora, no es menos importante que desde MINSAL se sea insistente con los Servicios de Salud velen por su rol de gestores de su red y deben comunicarse con los directores de los hospitales, donde se comprenda una mirada ampliada del trabajo de la Puesta en Marcha y su capacidad Institucional, que pueda dar claridad de lo que se hace a todos los actores, y a su vez que todos ellos sepan lo que se está haciendo en ese trabajo” (E. de MINSAL).*

Esta mirada desde lo multidisciplinario, pero también de un trabajo exclusivo para planificar el trabajo y ejecutarlo, es lo que varios entrevistados denominan falta de liderazgo, coordinación y relación con Hospitales. Tendríamos así una dificultad del Servicio de Salud para comunicar a los Hospitales lo que MINSAL solicita, no sin argumentar que MINSAL también adolece de claridad en lo que evalúa; y también una falta de conocimiento de la red que le compete gestionar, que se considera un factor disruptivo para el avance del proyecto al no generar instancias como, por ejemplo, las especialidades que tendrán los nuevos hospitales de la red como son el Hospital Biprovincial Quillota Petorca o su proyecto hermano Hospital Provincia Marga-Marga.

6.2.2 Coordinación entre actores de la Puesta en Marcha Hospitalaria

La coordinación, al igual que el liderazgo, es parte de como los entrevistados ven el rol rector en el desarrollo del plan de infraestructura hospitalaria. De la misma forma en que se señala una falta de liderazgo, se señala la insuficiente coordinación entre los actores del Servicio de Salud que se relacionan con los proyectos hospitalarios.

Algunos problemas de coordinación entre departamentos que fueron mencionados por entrevistados tienen relación con las definiciones que se explican unas a otras: cartera de servicio; comunicación de cambios solicitados, aprobados y que vienen de instancias superiores; normativas que se utilizan en los proyectos y que afectan al Hospital, al Servicio y su relación con la constructora; definiciones de recursos humanos que no coinciden con lo aprobado en las primeras etapas preinversionales y que deben conversar con la cartera de servicios que consideran ahora.

Por otra parte, la coordinación es una herramienta para la construcción del modelo clínico hospitalario, en que Hospital y Servicio de Salud deben entregar estos a MINSAL para su visto bueno. Aquí un entrevistado menciona que

- ❑ *“Creo que es el mismo equipo directivo el que tiene que liderar, con ayuda de un equipo asesor [del Servicio de Salud]. Son ellos los que aparecen como cara visible liderando el proceso (...) Sea [el hospital] Fricke, Marga-Marga, Quillota, es el subdirector médico el que le entrega la tarea al equipo, lo trabaja con el equipo y lo revisan entre ellos, y después al MINSAL” (E. de SSVQ).*

En este punto se debió volver a preguntar, pues según MINSAL *“son los Servicios de Salud los que revisan para luego mandárselos”* (E. de MINSAL), siendo la respuesta la existencia de un *bypass* de los hospitales sobre el Servicio de Salud al:

- ❑ *“(...) Creerse autónomos para algunas cosas [en cuanto Establecimientos Autogestionados en Red], pero responsables... no internalizan que son parte de una Red. Para ellos es más importante lo suyo, lo puntual como establecimiento, y no el ser parte de la red de prestadores. por otro lado, el MINSAL los apaña en eso” (E. de SSVQ).*

Entre distintos actores, de los cuales los entrevistados son actores clave, se observan niveles de comunicación y de información errada y descoordinada.

Otro ejemplo destacable que se levantó entre los entrevistados es la figura del Ministerio de Obras Públicas, en cuanto el Hospital Biprovincial Quillota Petorca está bajo un tipo de contrato en que el MOP se encarga de la obra y el Servicio de Salud como mandante. Esto es relevante, por un lado, es una temática que se levanta espontáneamente entre algunos entrevistados; y por otro debido a que MOP está ejecutando y licitando varios proyectos durante el presente gobierno del presidente Boric. Las dificultades de coordinación entre

MINSAL y MOP han estado en las noticias a lo menos 8 años (“MINSAL apuntó a responsabilidad del MOP por fallas en Hospital de Maipú”, Radio Cooperativa, 23 de Septiembre de 2014⁷; “Problemas de infraestructura retrasan para 2023 uso del Hospital de Curicó”, Canal de televisión Mega, 20 de junio de 2022⁸; “Autoridades responden a reportaje sobre hospital [Biprovincial] inaugurado por el Gobierno sin estar listo”, Diario El Observador, 23 de diciembre de 2021⁹), en que, en la etapa final cuando la comisión revisora levanta observaciones, la subsanación ha sido muy lenta, provocando un retraso en la entrega del hospital como ha ocurrido en el Hospital Biprovincial Quillota Petorca, del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota.

6.2.3 Relación con los Hospitales y MINSAL

Entre actores de proyectos tan grandes como los del Plan de Inversiones de Salud, la forma como el fondo de la relación que desarrollan es importante. Actores liderados y correctamente liderados, es en mayor o menor medida por la relación que tengan con el Servicio de Salud, que repetimos, los entrevistados ven con el rol rector en el desarrollo del plan de infraestructura hospitalaria de su territorio.

Cómo el Servicio de Salud se relaciona con los demás y cómo en razón de su Capacidad Institucional se entiende la habilitación de la estructura institucional, son dos preguntas que parecen hacerse los entrevistados cada vez que responden al rol del Servicio de Salud. Un entrevistado señala que:

- *“Cuando conversas con alguien, ¡te dicen “sisisi sí!, pero no te está diciendo cuáles son sus nonono. Si todos dijéramos las cosas que vemos y las cosas que le podemos ver al otro, y el otro lo mismo y ese dialogo fuera realmente transparente, no tendríamos las dificultades que tenemos. Y ese dialogo nos cuesta porque no somos lo suficientemente buenos como para transparentar la conversación. Los hospitales podrían trabajar sin el Servicio de Salud, pero ¿qué pasaría? Esta orientación de Red se perdería, el liderazgo es dinámico, se adapta el que está llamado a hacerlo así es el gestor de la Red, de cautelar que lo que estableció para la Red se cumpla. Así, lo que dijimos que este hospital era, se haga, y no otra cosa” (E. de SSVQ).*

⁷ En <https://www.cooperativa.cl/noticias/pais/salud/hospitales/minsal-apunto-a-responsabilidad-del-mop-por-fallas-en-hospital-de-maipu/2014-09-23/134309.html>

⁸ En <https://www.meganoticias.cl/nacional/380779-danos-estructurales-hospital-de-curico-retraso-2023.html>

⁹ En <https://www.observador.cl/autoridades-responden-a-reportaje-sobre-hospital-inaugurado-por-el-gobierno-sin-estar-listo/>

Las dinámicas institucionales, su capacidad institucional y la habilitación de parte de los actores radica en la confirmación de que lo que se hace en conjunto está bien, y es digno de replicarse cotidianamente y transformarse en una práctica social. Cuando no somos transparentes porque no somos suficientemente buenos en el trabajo en equipo, el fondo de la relación se define en los alineamientos institucionales. Y aquí se hubiera esperado por parte de esta investigación que la temática de la gestión del cambio tuviera un peso significativo, pero es reemplazada entre los entrevistados por las formalidades para tomar decisiones entre actores, permitiendo el trabajo de la puesta en marcha desde la correcta planificación y la correcta toma de decisiones entre aquellos que se coordinan. Esta individualidad también podría ser abordada desde las debilidades del trabajo en red, en que se trabaja para los objetivos de la red, pero sin hacer partícipe a la red.

Quedamos, por lo tanto, circunscritos a las formas en que nos relacionamos y no a las transformaciones necesarias en ellas. Un ejemplo es el trabajo de los Inspectores Técnicos de Obra o Inspectores Fiscales dentro de los proyectos en construcción. Siendo una necesidad vista desde los hospitales el transformar la relación con la obra y la constructora por medio de este actor, en el Servicio de Salud y el MINSAL es un rol para monitorear que *“lo que dijimos que este hospital era, se haga, y no otra cosa”* (E. de SSVQ).

Tal como vimos en el análisis de la Puesta en Marcha Hospitalaria del ciclo de vida del proyecto, las variables dominantes refieren a plazos y costos para el desarrollo del proyecto hospitalario. Entre los entrevistados del Servicios de Salud Viña del Mar Quillota, el desarrollo tiene su vertiente en la correcta ejecución técnica, que puede tener sus causas en miradas cortoplacistas por parte del MINSAL o MOP, que requiere que se lidere y se coordine la puesta en marcha para dar cumplimiento a tiempos políticos comprometidos, pues esa capacidad se tiene, para formalizar lo que debe quedar claro y lo que todos deben saber del correcto desarrollo de los proyectos y su funcionamiento futuro.

De los actores de los hospitales, en tanto se espera que:

- ❑ *“yo creo que lo plantearemos cuando sea necesario, en próxima reunión. Yo creo que todavía no se entiende bien cuál es el rol de la puesta en marcha del SSVQ, eso tal vez hay que mejorar. O seguir hablando que estamos en etapa de planificación cuando ya llevamos un buen rato en etapa de implementación en la Puesta en Marcha Local, eso nos descoloca un poco”* (E. de Hospitales). Y en esa misma línea, otro entrevistado afirma que *“El punto que siempre resalte fue el Plan de Trabajo [de Puesta en Marcha Hospitalaria], y no tanto porque no*

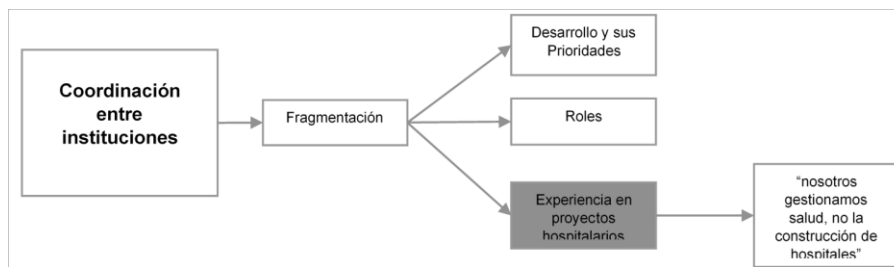
exista si no porque estaba desordenado con los recursos que teníamos y difícil de calificar respecto de lo que pedía el convenio [con Servicio de Salud]” (E. de Hospitales). Finalmente, las buenas formas de relacionarse también pasan por temas interpersonales, muy puntuales a las personas que representan a los actores del proyecto hospitalario “entre antes tengamos un trabajo mancomunado y buena comunicación entre el hospital y la SDI [del SSVQ] mejor para pedir lo necesario, pero va a estar difícil, pero seguiremos intentándolo” (E. de Hospitales).

6.3 Coordinación entre Instituciones

El Servicio de Salud, como gestor de la Red, es responsable de gestionar la inversión de infraestructura para mejorar los recintos asistenciales de esa misma red, en un proceso en que intervienen distintos organismos del Estado como: Ministerio de Desarrollo Social, Ministerio de Salud, SEREMI de Salud, Servicio de Evaluación Ambiental, etc. El problema que se levanta en esta investigación es el de una Red debilitada en el territorio del Servicio de Salud, en que existe una sensación de desconexión ante la ausencia de un hilo conductor que venga desde el Servicio de Salud Viña del Mar Quillota.

En el cuadro 8 se muestra los problemas asociados a la coordinación desde el Servicio de Salud en el desarrollo de la puesta en marcha de los proyectos hospitalarios, que se explicara a continuación.

Cuadro 7: Problemas asociados a la Coordinación entre Instituciones



Fuente: elaboración propia en base a información entregada en entrevistas

6.3.1 Fragmentación de la coordinación de la Red

Anteriormente, cuando se analiza al Servicio de Salud como líder, coordinador y relacionador, fue en cuanto a su rol. Aquí, el análisis va en las consecuencias del debilitamiento de ese rol y los impactos que los entrevistados ven en la dinámica de trabajo en Red que eso tiene.

La idea de fragmentación de los servicios de salud está ampliamente documentada (OPS, 2020), en particular respecto de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS). La fragmentación tiene varias vertientes, pero aquí solo utilizaremos aquella que refiere a *“la atención no articulada entre varias unidades operativas, servicios o establecimiento que pertenecen a un mismo sistema de salud”* (OMS, 2008). Solo refiriendo a la sensación de desconexión, desarticulación, de un quiebre en las formas de relacionarse como se podría inferir de los problemas asociados al Rol del Servicio de Salud en el Desarrollo de los proyectos vistos anteriormente, es que avanzaremos en este análisis.

Partiendo en una lógica de *“Top-Down”*, la visión de esta fragmentación desde MINSAL en palabras de un entrevistado porque:

- ❑ *“Hay diseños que hablan de distintas formas de interactuar que tiene la Red - como es la de urgencia, cardio, neuro, etc. y la red en general- y por otro lado tienes una red que está definida como un proceso que te ayuda a la gestión, a la articulación de la red, que permite entender o evaluar cómo funciona tu red. Pero en ese espectro de definiciones todavía nosotros no teníamos nada [desde hace 2 años solo lo teórico]... claro, ¿cómo bajas esto a los Servicios de Salud, hacerlo operativo?”* (E. de MINSAL).

A su vez, en línea con lo expresado, entre los entrevistados MINSAL el diagnóstico es similar respecto del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota. Por un lado:

- ❑ *“La base de la Red es primitiva [no solo en el SSVQ]. Por eso buscamos ver variables que sean transversales a todos los Servicios, para bonificarlos a todos de la misma forma, con definiciones estándar cuando hablamos de pobreza, que entendemos por pobreza (...) Esto surge en el 2020, por mandato debemos actualizar el diseño de red cada 4 años y nosotros llevamos 2 años sin hacerlo. El último fue el 2015, y debíamos ver como construíamos la idea de trabajo en red en medio de una pandemia”* (E. de MINSAL).

Mientras en otro:

- ❑ *“Veo un déficit con APS y Municipios, es muy evidente en el SSVQ (...) con los Hospitales; con los proyectos de puesta en marcha es el Servicio de Salud el mandante, y es algo que quiero que quede claro”* (E. de MINSAL).

Desde dentro del Servicio de Salud, otro entrevistado nos muestra que la visión de red:

- ❑ *“Con el desarrollo de hospitales como te mencioné anteriormente, nosotros tenemos que actualizar nuestro Plan de Red. Lamentablemente estos planes de desarrollo estratégico en vez de ser de cuatro años lo puedes hacer a dos años*

con suerte, son cortoplacistas y tampoco te asegura nada que pueda recibir los recursos necesarios para poder justamente llevar a cabo esto” (E. de SSVQ).

Finalmente, desde los Hospitales, un entrevistado nos relata:

- *“[sobre la relación con la red de actores] yo creo que mucho de autoaprendizaje... en creerse que efectivamente nosotros éramos la Puesta en Marcha. Nosotros en el sentido de la institución (...) el hospital creyó en la puesta en marcha y fue así de auto generación, ahora, así como la inducción desde el Servicio [de Salud] o desde MINSAL la verdad es que fue bastante pobre y dificultosa. Ha sido hasta ahora [la relación] enredosa” (E. de Hospitales).*

Tanto para MINSAL como para los Hospitales, el Servicio de Salud es la institución clave en la coordinación de los recursos. En el caso de esta investigación, el Servicio de Salud Viña del Mar Quillota funciona como una red propia y descentralizada. La particularidad de la Puesta en Marcha Hospitalaria de sus tres Hospitales (Hospitales Gustavo Fricke, Biprovincial Quillota Petorca y Provincia Marga-Marga) está dada por que todos ellos están desarrollándose en un mismo horizonte de tiempo al año 2022; y son Establecimientos Autogestionados en Red (EAR): son de alta complejidad técnica, con desarrollo de especialidades, organización administrativa y un gran número de prestaciones, certificados por las autoridades, y que cumplen el rol de hospital base de su propia red. Pero en línea con la visión MINSAL, Servicio de Salud y Hospitales ven que la relación entre actores es dispersa y poco coordinada.

Estas miradas a lo que apuntan es a un nudo crítico para el desarrollo de proyectos, a saber: las consecuencias del debilitamiento del rol del Servicio, tal como lo expresan entrevistados de MINSAL, Hospitales y del Servicio, está en la falta de visión estratégica para buscar la mejora continua de los procesos de la Red y obtener mejores resultados a corto plazo (Rol del Servicio) y largo plazo (Ciclo de vida de los proyectos).

7 CONCLUSIONES

El análisis realizado explora en los principales factores que impactan en las prácticas de Puesta en Marcha Hospitalaria, basándose en la experiencia de actores tales como los Hospitales, Servicio de Salud y del Ministerio de Salud. De este, y en base al trabajo de comparar las entrevistas entre sí, y estas con la información disponible de otras fuentes, se desarrollan las siguientes conclusiones.

A razón de la información entregada por fuentes primarias y la información extraída de servicios públicos, la investigación realizada ha permitido explorar la forma en qué y cómo se comprende la gestión de los nuevos proyectos hospitalarios tanto desde una perspectiva global, como desde una local. La perspectiva global ha subrayado en la estructura general en la cual se gestionan los proyectos, describiendo marcos de trabajo y entregando información relevante para entender a los principales actores y su entendimiento del rol que ejercen en este proceso. A su vez, la perspectiva local ha entregado antecedentes para comprender la capacidad de gestión de la institucionalidad existente, identificando problemáticas que enfrentan quienes están a cargo de proyectos hospitalarios en sus distintas fases, complicaciones que se repiten entre proyectos, que muestran algunas fallas estructurales en dicha institucionalidad.

Respecto de las motivaciones de las jefaturas tras la Puesta en Marcha Hospitalaria, caracterizadas en las entrevistas, la investigación indaga inicialmente en el principio de oportunidad en la atención de salud de la población beneficiaria, que es según la literatura uno de los problemas estructurales en la disfuncionalidad de la red de salud. El para qué realizan el esfuerzo de la puesta en marcha, no obstante, no tiene una visión común; y en lo que se fue explorando de estas visiones se presentan más bien fracturadas o no articuladas, en que la ausencia de visión de red asociada a una falta de integración de los componentes del sistema tiende a ser el diagnóstico compartido por los entrevistados, que definen caminos propios para justificar su trabajo y percepciones.

En el desarrollo de la investigación existieron dificultades que afectaron el proceso de trabajo de la tesis. Se encontró dificultad para el agendamiento de entrevistas con actores clave, al estar los equipos de salud demandados por la pandemia y por los nuevos proyectos hospitalarios en curso, existiendo escaso tiempo para destinar a mirar hacia atrás en el entendimiento de lo que se está gestionando en un proyecto hospitalario y como lo

hicieron. También se encontró falta de estandarización en la información pública sobre los proyectos, como de explicación clara de la mejor forma de comprender lo que se mostraba en los documentos sin ser un iniciado en la administración de proyectos con ciertas capacidades culturales al respecto, lo que hace complejo generar comparaciones entre, por ejemplo, los costos y tiempos de una fase y otra. Es, como menciona un entrevistado, hacer investigación sobre “la marcha” (sic) de la puesta en marcha hospitalaria, en la que la ayuda de profesionales adjuntos a las jefaturas entrevistadas fue fundamental para la comprensión de los datos y la caracterización de los proyectos.

Respecto a la pregunta de investigación, se observa que la Capacidad de Gestión Institucional que da contención al desarrollo del plan de infraestructura en salud se encuentra en un proceso de crecimiento, que desde la perspectiva global se visualiza en la necesidad de ajustes a los lineamientos con los que se enfrentan los proyectos y las correspondientes aclaraciones a las formas de proceder en las prácticas de trabajo. En este sentido, desde una perspectiva local es posible decir que no existe una institucionalidad estable en el tiempo, sino más bien en construcción por sus actores y con expectativas de lograr generar ajustes para dar cuenta de las necesidades que emanan de los territorios y las fases finales de la ejecución, hacia los proyectos. La falta de crecimiento se relacionaría principalmente con los cambios de definiciones relevantes vinculados a los cambios de equipos, la falta de estandarización de protocolos y desactualización de los procesos que llevan a choques de roles, entre otros aspectos de importancia.

En línea con lo anterior, al comparar constantemente las respuestas de los entrevistados y contrastar los resultados con algunos de los conceptos desarrollados en el marco teórico, se constata que de acuerdo a lo señalado por Whittingham (2010), Banco Mundial (2017) y Rosas (2019) respecto a aspectos de la Capacidad de Gestión institucional, existen avances significativos en la estandarización de orientaciones y otras herramientas de inducción que son base para el desarrollo de los proyectos enmarcados dentro del plan de infraestructura en salud. Sin embargo, estos son insuficientes, siendo necesario continuar con una observancia en la evaluación de riesgos que conlleva proyectos de envergadura y largo aliento. Dado lo anterior, se comprueba que no existe un marco administrativo actualizado a 2022, toda vez que se persigue la claridad y conocimiento de los proyectos para todos los actores y sus equipos de trabajo en cada fase del proyecto, siendo la más señalada la fase de Puesta en Marcha Hospitalaria.

Por otra parte, se observa que la continuidad en las decisiones se ha visto afectada con los cambios de equipos a nivel MINSAL, Servicio de Salud y Hospitales. Si consideramos la posibilidad que los ciclos de gobierno inciden en esto expresada por los entrevistados y la literatura -con Bravo (1980), OPS/OMS (2011), CEPAL (2020)-, es relevante destacar las necesidades sentidas de los entrevistados de generar instrumentos que permitan la permanencia de las definiciones, la participación de los territorios y legitimidad desde sus demandas con una mirada de largo plazo. Estos instrumentos deben superar miradas sectoriales y de gobierno, apuntando a una mirada de Estado de los proyectos de inversión de salud; que sean un terreno firme para permitir mejores liderazgos, con más coordinación entre actores de la Puesta en Marcha Hospitalaria y relaciones mancomunadas entre los actores, donde el rol de gestor sea evidente en el Servicio de Salud.

En relación con lo explorado en la coordinación entre instituciones, respecto a la autonomía de las decisiones tanto en el rol de gestor de la red del Servicio de Salud como de los Hospitales y MINSAL, se observa que los proyectos hospitalarios son proyectos públicos de gran envergadura y notoriedad social, por lo que están expuestos a constantes presiones de toda índole. Estas tienen que ver con el desarrollo del proyecto y las prioridades que cada actor tiene de este, las funciones que desempeñan y los logros esperados a nivel político, y la experiencia en proyectos hospitalarios de los equipos involucrados y el capital cultural que tengan para ponerla en práctica ante cambios rápidos en frentes como el epidemiológico o tecnologías de la información.

Lo anterior incide directamente en la forma en cómo se desarrolla la gestión de los proyectos, afectando la acción coordinada y articulada entre unidades operativas, servicios o establecimiento que pertenecen a, subrayando lo evidente, un mismo sistema de salud, el público. Adicionalmente, existen notorias diferencias institucionales en la forma de trabajo que tienen los actores que lideran los proyectos de salud. Esta individualidad de las partes también podría ser abordada desde las debilidades del trabajo en Red, en que se trabaja para los objetivos de la Red, pero sin hacer partícipe a la Red, dejando a cada actor - Hospital, Servicio de Salud, MINSAL, MOP, Constructora, otros- con una sensación de constante fractura en las formas de relacionarse entre ellos.

De la exploración hecha por esta investigación, es posible resumir que en el Servicio de Salud Viña del Mar Quillota con:

- Su Capacidad de Gestión Institucional en un estadio de “crecimiento” de su ciclo de vida de proyecto en una mirada global, en que sus fases tales como la de Puesta en Marcha Hospitalaria se enfrentan a un marco administrativo desactualizado a 2022.
- Un marco temporal para la continuidad de las decisiones menor al tiempo requerido por este tipo de proyecto, que pone a los equipos de trabajo relacionados a estos en dificultades para desarrollar un trabajo mancomunado, toda vez que los riesgos vistos en fases iniciales cambian o “*se quedan cortos*” (sic) respecto de las fases finales.
- En el particular de esta investigación, los Hospitales caracterizados por los entrevistados son todos Establecimientos Autogestionados en Red (EAR): de alta complejidad técnica, con desarrollo de especialidades, organización administrativa y un gran número de prestaciones, certificados por las autoridades, y que cumplen el rol de hospital base de su propia red. Este rol en sus propios territorios choca con el rol del Servicio de Salud, que es visto con falta de liderazgo, coordinación y relación con su entorno.
- Una visión de Red que viene de arriba hacia abajo, y cuya visión para MINSAL es un trabajo en desarrollo tanto en definiciones internas como con cada uno de los Servicios de Salud, en que el de Viña del Mar Quillota es visto entre los débiles en este respecto.

Cada una de estas variables, en el tiempo, han influido de manera negativa en el desarrollo de los proyectos de Puesta en Marcha Hospitalaria a su cargo. A sí mismo, han tenido por consecuencia la fragmentación de la coordinación entre instituciones, que se aprecia en el debilitamiento del rol del Servicio, tal como lo expresan entrevistados de MINSAL, Hospitales y del mismo, principalmente en una falta de visión estratégica para buscar la mejora continua de los procesos de la red de salud y obtener mejores resultados a corto plazo (Rol del Servicio) y largo plazo (Ciclo de vida de los proyectos).

7.1 Recomendaciones

Considerando los aspectos que han sido analizados en esta investigación, se proponen algunas recomendaciones a las instituciones que son parte del desarrollo de los proyectos hospitalarios en los siguientes ámbitos:

- i. Es recomendable validar una estructura de gobernanza que involucre a todos los actores que son parte del proceso de implementación de los proyectos hospitalarios. Esta estructura debe ser desarrollada en conjunto con dichos actores y debiera ser liderada por el Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, en consideración al rol que le confiere el ser el organismo a cargo de la gestión de la red y ejecución del plan de infraestructura en salud de sus territorios.
- ii. Definir roles claros para cada actor, en particular Hospital, MINSAL, MOP (si compete al tipo de contrato), la Constructora, y la Subdirección de Desarrollo Institucional, marcando límites de acción que no dejen pie a las interpretaciones, y den claridad y formalidades a todos.
- iii. Avanzar en la estandarización de procesos y herramientas más allá de las orientaciones iniciales. En este sentido, MINSAL es el llamado a liderar el proceso, del cual debiera considerar la experiencia de los Servicios de Salud que han estado a cargo de la administración y gestión de los contratos y proyectos. Se sugiere avanzar en un marco jurídico y administrativo que resguarde esta labor.
- iv. Se sugiere incorporar un sistema de evaluación de proyectos que incluya las distintas problemáticas y riesgos de quedar los proyectos desactualizados ante nuevas demandas, desfase ante aspectos epidemiológicos o tecnológicos, costos incrementales de operación y mantención, incorporación de nuevas políticas públicas con mayores beneficios en salud, entre otras. Con esto se espera tener evaluaciones más certeras y adecuada a la realidad de los proyectos hospitalarios, sin tener que dejar a la Puesta en Marcha Hospitalaria todo el trabajo de resolverlas.
- v. En la misma línea, se debe acortar la brecha entre las primeras fases de evaluación preinversional y diseño de los proyectos, siendo además necesario actualizar las metodologías que conforman esta evaluación si los proyectos son aprobados. Se evitaría así los desfases existentes, de más de 10 años, entre la evaluación del proyecto y el traslado al nuevo recinto de salud.
- vi. Implementar para los nuevos proyectos hospitalarios un ítem exclusivo para operación y mantenimiento de infraestructura, equipamiento médico e industrial en la ley de presupuestos. El monto de este ítem podría obtenerse de los ejemplos vistos en hospitales concesionados.

- vii. En particular, para el equipo de Puesta en Marcha del Servicio de Salud
- a. Puede que la Subdirección de Desarrollo Institucional (SDI) sufra del rol de “Gestor de en medio” (Fulop, 1991): Está relacionada con una jerarquía vertical presente en los organismos de salud, basada en un modelo de proceso estratégico, que va desde el director del Servicio de Salud hasta las jefaturas de las Puestas en Marcha locales en los hospitales. La importancia que tiene la SDI para el Servicio de Salud es por ser una forma de integración del Servicio de Salud con los actores de los proyectos, cuya función es generar una estrategia de procesamiento y participación con los actores de la red, para el “desarrollo institucional”. Varias veces los distintos entrevistados expresaron que la gestión es un ejercicio de arriba hacia abajo, dado por MINSAL al Servicio de Salud, y de este a los Hospitales. La idea de trabajar con el concepto de Capacidad de Gestión Institucional es que no existe la alta dirección, si no una mirada global, conectada con la estructura del sistema de salud, y una local, conectada con el territorio. La SDI sería una mirada intermedia que trata de vincular a las dos. Se sugiere, dado lo explorado en esta investigación, dar atribuciones a esta subdirección en concordancia, toda vez que este actor intermedio obtienen información cualitativa directa que es altamente valorada para la toma de decisiones estratégicas.
 - b. La simple necesidad de evaluar todo, tiene costos asociados: se necesita evaluar el diseño, pero para ello se necesita de recursos humanos con capital cultural; y también se necesita habilitar la sustentabilidad financiera de lo que se está diseñando, pero no existen lineamientos. Se sugiere incorporar “mejores prácticas” de los proyectos precedentes a los aún en carpeta (ej. Fricke etapa 2, que se iniciaría con el traslado y operación normal del Fricke Etapa 1), y visualizar los recursos humanos necesarios para una dedicación exclusiva que se requiera.
 - c. Además de dimensionar el proyecto hospitalario a los equipos de puesta en marcha locales, es recomendable disponer de un equipo de apoyo para lograr un alto rendimiento en el nuevo proyecto hospitalario. Por ejemplo, un equipo de profesionales con continuidad en el tiempo y conocimientos en Gestión del Cambio que oriente a los equipos directivos de los hospitales en temáticas de liderazgo adaptativo.

8 BIBLIOGRAFIA

- Austin, J., Stevenson, H., & Wei-Skillern, J. (2006). Social and commercial entrepreneurship: same, different, or both?. *Entrepreneurship theory and practice*, Sage, pp. 1-22.
- Banco Mundial (2017). World Development Report 2017, Governance and the Law, World Bank Group.
- Barlow, Hendy & Tucker (2016) 'Managing major health service and infrastructure transitions: A comparative study of UK, US and Canadian hospitals.' *World Health Design*, Sage, pp. 8-22.
- Benavides, P., Castro, R., & Jones, I. (2013). Sistema Público de Salud, Situación Actual y Proyecciones Fiscales 2013-2050. Santiago de Chile: Dirección de Presupuestos de Ministerio de Hacienda.
- Bitrán, E., & Villenas, M. (2010). El Nuevo Desafío de las Concesiones en Obras Públicas en Chile. *Estudios Públicos*, CEP, pp. 175-217.
- Bravo, L. (1980) Principios básicos para la organización de un sistema de servicios de salud: el caso de Chile. *Desarrollo Social y Salud en Chile*, 2º Parte. Santiago de Chile, pp. 21-44.
- CEPAL (2020). Pactos sociales al servicio del bienestar en América Latina y el Caribe, ¿Qué son y qué papel tienen en tiempos de crisis? Santiago: División de Publicaciones y Servicios Web, ONU.
- Clarke, A. E. (2021). From grounded theory to situational analysis: What's new? Why? How?. In *Developing grounded theory* (pp. 223-266). Routledge.
- COLMED Chile (2020), El Impacto de Covid19 en el Sistema de Salud y Propuestas para la Reactivación, Grupo de reactivación sanitaria, Colegio Médico de Chile. Santiago de Chile.
- CORBIN, J. & STRAUSS, A. S. (2008). *Basics of Qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*, Thousand Oaks, CA, Sage.
- DIPRES (2021), Guía para Evaluadores EvalTIC 2023, División de Gobierno Digital. Documento publicado el 26 de mayo de 2022 en <https://digital.gob.cl/transformacion-digital/estandares-y-guias/guia-para-evaluadores-evaltic-2023/>
- Evans, M. (1996). "El Estado como problema y como solución" en *Desarrollo Económico*. *Revista de Ciencias Sociales*. México: Instituto de Desarrollo Económico y Social, enero-marzo de 1996, vol. 35, N° 140.
- FONASA (2019). Cuenta Pública Participativa, gestión 2019. Santiago: Fondo Nacional de Salud.

- Fontaine E (2008). La Evaluación Privada y Social de Proyectos: El Rol del Estado Panorama Socioeconómico, vol. 26, núm. 36, enero-junio, pp. 8-17 Talca: Universidad de Talca, Chile
- Fulop, L. (1991). Middle managers: victims or vanguards of the entrepreneurial movement?. *Journal of Management Studies*, 28, Sage, pp.25-44.
- Giddens, A. (1986). *The constitution of society: Outline of the theory of structuration* (Vol. 349). University of California Press.
- Giménez, R. C. (2007). Aplicación de la teoría fundamentada (grounded theory) al estudio del proceso de creación de empresas. In Decisiones basadas en el conocimiento y en el papel social de la empresa: XX Congreso anual de AEDEM (p. 44). Asociación Española de Dirección y Economía de la Empresa (AEDEM).
- Goic, A. (2015). El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. *Revista Médica de Chile*, pp. 774-786. Santiago.
- Goic, A. (2015). El Sistema de Salud de Chile: una tarea pendiente. *Revista Médica de Chile*, 774-786.
- INE (2021). Estimaciones y Proyecciones a Nivel Regional de la Población de Chile 2002-2035 Instituto Nacional de Estadísticas. Santiago de Chile.
- MINSAL (2007). La Red Pública de Salud - Fundamentos, Conceptos y Experiencias, Serie Cuadernos de Redes, Segunda edición, DIGERA. Santiago: Ministerio de Salud.
- MINSAL, (2021). Proyectos Hospitalarios Construidos, en Construcción, Estudio o Licitación. Santiago: Ministerio de Salud.
- MINSAL, (2022). COVID-19 En Chile, Pandemia 2020-2022. Santiago: Ministerio de Salud.
- MINSAL. (2001). Guía Metodológica para Estudios de Preinversión Hospitalaria. Santiago: Ministerio de Salud.
- MINSAL. (2015). Cuenta Pública 2014 MINSAL. Santiago: Ministerio de Salud.
- MINSAL. (2017a). Orientaciones para el desarrollo de proyectos: Puesta en Marcha de Establecimientos Hospitalarios de Salud. DIGERA. Santiago: Ministerio de Salud.
- MINSAL. (2017b). Orientaciones Técnicas para Diseño de Anteproyectos de Hospitales Complejos. Santiago: Ministerio de Salud.
- MINSAL. (2018a). Informe de Gestión División de Inversiones 2014-2018. Santiago: División de Inversiones, Subsecretaría de Redes Asistenciales Santiago: Ministerio de Salud.
- MINSAL. (2018b). Plan de Inversiones en Salud 2018-2022. Santiago: División de Inversiones, Subsecretaría de Redes Asistenciales. Santiago: Ministerio de Salud
- MINSAL. (2019a). Cuenta Pública 2018 MINSAL. Santiago: Ministerio de Salud.

- MINSAL. (2019b). Covid-19 En Chile, Pandemia 2020-2022. Santiago: Ministerio de Salud.
- MINSAL. (2019b). Orientaciones para el Desarrollo de Proyectos: Puesta en Marcha de Establecimientos Hospitalarios de Salud. Santiago: Ministerio de Salud.
- OECD. (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
- OMS, (2008). Informe sobre la salud en el mundo 2008: la atención primaria de salud, más necesaria que nunca: introducción y panorámica. Washington, DC.
- OPS, (2020). Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas n°4. Washington, DC.
- OPS/OMS, (2011). Medición y Monitoreo de Metas Regionales en Recursos Humanos en Salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud, OMS.
- Ospina, S. (2002). "Construyendo capacidad institucional en América Latina: el papel de la evaluación como herramienta modernizadora". VII Congreso Internacional del CLAD sobre la reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal. 8 al 11 de octubre, Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo.
- Ponce, L (1998) Desafíos del Sector Salud en los Inicios de los '90. División de Inversión y Desarrollo de la Red Asistencia. Santiago de Chile.
- Project Management Institute. 2021. A Guide to the Project Management Body of Knowledge (PMBOK Guide). 7th ed. Newton Square, PA: Project Management Institute.
- Quinn, R. E., & Cameron, K. (1983). Organizational life cycles and shifting criteria of effectiveness: Some preliminary evidence. *Management science*, 29, Sage, 33-51.
- Rosas, A. (2019). "Capacidad institucional: revisión del concepto y ejes de análisis", DAAPGE, año 19, N° 32 (ene-jun), 2019, pp. 81–107. Santa Fe, Argentina: UNL
- SSVQ (2019). Jornada de Buenas Prácticas en Puesta en Marcha Hospitalaria, realizada los días 4 y 5 de julio en la ciudad de Viña del Mar, en el Best Western Marina Del Rey, cuyo objetivo es compartir experiencias exitosas en torno a este tema. Viña del Mar: Servicio de Salud Viña del Mar Quillota.
- UNICEF (1999). Literature review: definitions of capacity building and implications for monitoring and evaluations, Draft Dec, Division of Evaluation, Policy and Planning, UNICEF New York.
- Whittingham, M. (2010). ¿Qué es la gobernanza y para qué sirve?. Revista Análisis Internacional. Colombia, pp 219–235.
- Zunino E., Hugo Marcelo. (2002). Formación institucional y poder: investigando la construcción social de la ciudad. EURE (Santiago), 28(84), 103-116.