



Universidad Argentina de la Empresa

Facultad de Administración y Negocios

“Estudio de procesos y calidad percibida del departamento
quirúrgico en el hospital público ‘OHD’ ”

Autores:

Amato, Maximiliano Gastón LU: 1010323

Naveiro, Marisol LU: 1010335

Orellana, Gabriel Alejandro LU: 1010169

Tutora: De Arteché, Mónica

2012

Resumen

A través del presente trabajo de investigación, se plantea un estudio íntegro del departamento quirúrgico del hospital público “OHD” con el objeto de evaluar si efectivamente se puede mejorar la calidad otorgada por dicho sector, con la hipótesis que a través de un análisis de la situación del hospital se encontrarán formas en las que se podrán elevar los niveles de calidad con los recursos que se poseen actualmente.

Para llevar a cabo el estudio se utilizaron distintas herramientas administrativas, centradas en la evaluación de la calidad, así como la observación, análisis de documentos, encuestas y entrevistas. Estas ayudaron a determinar la validez de la hipótesis y a plantear conclusiones según los resultados obtenidos. De esta manera se evaluaron elementos tanto cualitativos como cuantitativos, efectivamente realizando una triangulación, buscando analizar nuestra hipótesis desde todas las perspectivas posibles para llegar a una respuesta lógica y correctamente fundamentada. Un resultado interesante que se pudo observar fue que el hospital es visto con un buen nivel de calidad en cuanto a la atención médica que provee el personal, siendo los problemas radicados en aspectos como la limpieza, equipamiento y la organización de elementos administrativos. También se ha utilizado la herramienta de análisis conocida como “Espina de Ishikawa”, que permite diagnosticar las causas fundamentales y sub-causas del problema que afecta a la organización.

Los resultados arrojaron distintos factores que pueden ser mejorados dentro de los parámetros actuales con los que se maneja el hospital “OHD”. No pudiendo hacer nada para solucionar la saturación de la capacidad por la demanda, se proponen soluciones internas como la aprobación del organigrama y la mejora en los métodos de comunicación y almacenamiento de la información mediante la informatización de los sistemas, los cuales permitirán una mayor agilidad en el desarrollo de las tareas.

Palabras Clave: Calidad - Hospital - Recursos - Procesos

Abstract

Through the following research, we propose a comprehensive study of the surgical department of the “OHD” public hospital in order to assess whether it can improve the quality that is provided by this sector, with the hypothesis that through an analysis of the hospital’s current situation we will find ways in which the level of quality can be raised using the current resources possessed by the hospital.

Different management tools were used to carry out the study, which focused on quality assessment, with the addition of observation, document analysis, surveys, and interviews. These helped to determine the validity of the hypothesis and draw conclusions based on the results obtained. Thus, we evaluated both, qualitative and quantitative elements, effectively performing a triangulation, aiming to analyze said hypothesis from all possible perspectives to arrive at a logical and properly founded answer. An interesting result that we observed was that the hospital is perceived to have a good level of quality in terms of the medical care provided by its staff, the problems being rooted on factors such as hygiene, equipment, and the organization of administrative elements. Another analysis tool used was what is known as “Ishikawa’s Fishbone Diagram”, which can diagnose the root causes and sub-causes of problems that affect an organization.

The results showed that different factors can be improved within the current parameters with which the “OHD” hospital works in. Not being able to easily solve the stress on capacity caused by demand, internal solutions are proposed like the approval of an organizational chart and an improved method of communication and information management through computerized systems, which allow greater flexibility in the development of tasks.

Keywords: Quality - Hospital - Resources - Process

Índice

Agradecimientos	6
1. Justificación	7
Alcance	8
2. Hipótesis.....	9
3. Índice marco teórico	10
3.1 Capítulo 1: “Los Hospitales públicos en la provincia de Buenos Aires”	11
3.1.1 Los hospitales públicos.....	11
3.1.2 El contraste entre hospital público y privado	13
3.2 Capítulo 2: “Estructura y procesos en un hospital público”	15
3.2.1 Estructura característica de un hospital público	15
3.2.2 Procesos utilizados regularmente en los hospitales	16
3.3 Capítulo 3: “Calidad en el funcionamiento de los hospitales públicos”	18
3.3.1 Los estándares de calidad en los procesos utilizados en los hospitales.....	18
3.3.2 La eficiencia dentro del servicio público	22
3.3.3 La mejora de la calidad	23
3.3.4 Derechos y responsabilidades de los pacientes hospitalarios	24
4. Metodología del Trabajo Final de Investigación	27
5. Trabajo de campo.....	31
5.1 Observación.....	31
5.1.1 Descripción del caso (observación).....	31
5.2 Resúmenes de las entrevistas	34
5.2.1 Resumen entrevista al jefe de quirófano	34
5.2.2 Resumen entrevista al Jefe de Cirugía	35
5.2.3 Resumen entrevista al Director Administrativo del hospital	36
5.2.4 Análisis de las entrevistas.....	39
5.2.5 Cuadro Osgood.....	39
5.3 Análisis de las estadísticas.....	40
5.4 Análisis de las encuestas	42
6. Conclusiones.....	44

7.	Implicancias	46
8.	Anexos	47
8.1	Anexo 1.....	47
8.1.1	Guía de observación.....	47
8.2	Anexo 2.....	48
8.2.1	Preguntas de la Entrevista.....	48
8.2.2	Entrevista al jefe de quirófano del hospital	48
8.2.3	Entrevista jefe de cirugía del hospital	53
8.2.4	Entrevista director administrativo del hospital.....	56
8.3	Anexo 3.....	72
8.3.1	Encuesta	72
8.3.2	Tabulación de los datos de las Encuestas	74
8.3.3	Tabla para realizar cálculos auxiliares.....	75
8.4	Anexo 4.....	76
8.4.1	Fotografías.....	76
9.	Bibliografía	79

Agradecimientos

Agradecemos al Hospital Público “OHD” por permitirnos realizar el presente trabajo de investigación. Extendemos nuestros más sinceros agradecimientos a Horacio, Darío y Eduardo, que forman parte de los profesionales del Hospital, por habernos recibido con tanta amabilidad y haber colaborado con el presente trabajo. A la Dra. De Arteche, Mónica por su apoyo, dedicación y predisposición, por acompañarnos y ayudarnos durante el desarrollo del presente trabajo. A nuestras familias, amigos y compañeros por acompañarnos y apoyarnos durante el trayecto. A todos ellos nuestro más sincero agradecimiento.

1. Justificación

Se observa durante los últimos años un creciente problema respecto a la calidad de atención en los hospitales públicos. Esto puede deberse a una gran cantidad de variables, dentro de las cuales las dos más observadas y nombradas son el crecimiento en la cantidad de pacientes y la falta de recursos. Como ejemplo de los recursos faltantes tenemos la falta de fondos, de equipamiento y de personal, lo cual repercute directamente en el desarrollo de la actividad del mismo.

El departamento quirúrgico es un área de especial importancia en la que se deben tomar recaudos mayores debido a las condiciones bajo las cuales se desarrolla la actividad. Se sabe que las tareas que se llevan a cabo en este departamento son de carácter crítico para el bienestar de los pacientes y que al mismo tiempo requiere del cumplimiento de ciertos factores para su desarrollo de manera óptima.

La eficiencia de toda organización es afectada por distintos factores. No obstante, en lo que viene siendo un hospital público, podemos identificar ciertos factores que son más cruciales a la hora de focalizarnos para puntualizar como se puede lograr un servicio de mayor calidad utilizando la misma cantidad de recursos.

En base al problema planteado anteriormente surgen diferentes preguntas de análisis. Para la realización de este Trabajo de Investigación nos basaremos en la siguiente pregunta para analizar: ¿Se podría mejorar la calidad del servicio del departamento quirúrgico del hospital público “OHD”?

El presente trabajo tendrá como objetivos definir la situación en la que se encuentra el departamento quirúrgico del Hospital, identificar los principales problemas que afectan su calidad y determinar acciones que puedan llevar a un mejoramiento de la misma.

Alcance

El presente trabajo de investigación estará enfocado en la determinación de los factores que afecten a la calidad del Departamento Quirúrgico del Hospital Público "OHD" y su posible resolución. A pesar de que el problema principal que afecta al Hospital estudiado es su presupuesto, su análisis no se encuentra dentro del alcance del presente trabajo de investigación al igual que los aspectos culturales del hospital y las fluctuaciones de la demanda que pudiesen producirse. Dichos factores si bien tienen impacto en la actividad del hospital no serán abarcados con el fin de lograr un mayor enfoque.

2. Hipótesis

El principal problema que enfrenta el departamento quirúrgico del hospital público "OHD" es la falta de presupuesto suficiente como para hacer frente a la compra de insumos necesarios para abastecer este sector de manera óptima de acuerdo a la cantidad de pacientes atendidos. Esto, sumado a la falta de mantenimiento de las instalaciones, se traduce en la imposibilidad de alcanzar la mayor calidad posible en la atención brindada.

Considerando la calidad como el resultado del conjunto de variables que componen el proceso, desde la entrada del paciente hasta la salida del mismo luego de su operación y recuperación, creemos que la manera de mejorarla sería, en primera instancia, aplicando un control severo sobre la utilización de los insumos para evitar posibles desperdicios, ya que como dijimos con anterioridad, los insumos son escasos por la falta del presupuesto necesario. Por otro lado habría que constatar que las instalaciones y el equipamiento reciban el mantenimiento necesario para que se encuentren en un estado óptimo para evitar toda aquella posible pérdida de eficiencia y calidad que sea evitable.

3. Índice marco teórico

3.1 Capítulo 1: “Los Hospitales públicos en la provincia de Buenos Aires”

3.1.1 Los hospitales públicos

3.1.2 El contraste entre hospital público y privado

3.2 Capítulo 2: “Estructura y procesos en un hospital público”

3.2.1 Estructura característica de un hospital público

3.2.2 Procesos utilizados regularmente en los hospitales

3.3 Capítulo 3: “Calidad en el funcionamiento de los hospitales públicos”

3.3.1 Los estándares de calidad en los procesos utilizados en los hospitales

3.3.2 La eficiencia dentro del servicio público

3.3.3 La mejora de la calidad

3.3.4 Derechos y responsabilidades de los pacientes hospitalarios

3.1 Capítulo 1: “Los Hospitales públicos en la provincia de Buenos Aires”

3.1.1 Los hospitales públicos

El presente trabajo tiene como objeto estudiar la situación del departamento quirúrgico en el hospital “OHD”, con la meta de encontrar, por medio de distintas herramientas administrativas, mejoras en la calidad y la eficiencia de los procesos.

No obstante, es necesario definir y encuadrar el campo en donde se desarrollara el mismo. En virtud de tal necesidad, primero es necesario definir lo que constituye un servicio de salud.

Según Kerr y Trantow (1969), *“los servicios de salud son los prestados por médicos, odontólogos, enfermeras y el resto del personal de salud de hospitales, consultorios y clínicas, con el propósito de conservar o restablecer la salud.”*

Los autores, a su vez, hacen una distinción entre las categorías que atienden estos servicios. Más puntualmente, los enmarcan de la siguiente manera:

“[...] Estos se dividen en dos categorías: los preventivos, destinados a mantener la salud del individuo, y los curativos y de rehabilitación, cuya finalidad es devolver la salud a los enfermos e incapacitados.”

En Colombia, en cambio, la atención en salud se define como: *“Conjunto de servicios que se prestan al usuario en el marco de los procesos propios del aseguramiento, así como de las actividades, procedimientos e intervenciones asistenciales en las fases de promoción y prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se prestan a toda la población (Decreto 1011, Artículo 2do, 2006).”*

La demanda de los servicios de salud, según Agudelo (2006), responde a una necesidad de las personas, más allá de los propios deseos de mejorar o no su salud, con lo que cada individuo deberá de recibir atención médica según

las necesidades que tenga, y no según el monto que el mismo esté dispuesto a pagar.

De acuerdo con el Dr. Jose M. Paganini y el Dr. Humberto de Moraes Novaes, en su obra *“El Hospital Público Tendencias y Perspectivas”*, cuando se habla de un hospital público, se está haciendo referencia en realidad a “aquella institución que presta atención de la salud con internación, de dependencia estatal o de dependencia de otra institución que obtiene fondos públicos , como es el caso de los hospitales universitarios y de ciertas instituciones de la seguridad social, con atención gratuita en el momento de la prestación y con su personal en régimen de trabajo a sueldo”, además de acuerdo con lo expuesto por estos autores, es una característica propia de estas instituciones la de estar abierto a todo el público sin ningún tipo de discriminación.

Estos autores también nos indican que existen dos extremos en los hospitales públicos, una negativa y una positiva. La negativa es aquella que se ve marcada por el deterioro en su planta física, sin mantenimiento, con equipos en mal funcionamiento, ambiente desagradable, con pacientes en consultorios externos en largas colas matinales, llevando esto a que los empleados de este hospital no tengan la motivación suficiente para hacer de ese sitio un lugar en el que se trabaje conjuntamente con el pueblo para desarrollar un mejoramiento y promoción de la salud. En contraposición con este extremo, se encuentra la cara positiva del hospital público, aquella que nos muestra que esta institución es en muchos casos el origen de los sistemas de salud, lugar en el que se han formado muchos de nuestros maestros y donde lo siguen haciendo. Es el lugar donde se trata, por todos los medios, de solucionar el problema del paciente sin importar ni tomar en cuenta la forma de pago ni los recursos del paciente, asegurando la atención a todo aquel que la requiera.

En la Argentina, más específicamente, de acuerdo a lo indicado por la normativa vigente, el sector público en salud está compuesto por los organismos específicos pertenecientes al Estado Nacional y por las respectivas organizaciones e instituciones de salud provinciales. Dentro de las provincias, cabe señalar, también hay organizaciones de salud propias de algunos

municipios; jurisdicción que si bien no tiene un peso relativamente importante en el área, sí lo adquiere en algunos grandes centros urbanos.

En la jurisdicción provincial, el Estado es el prestador de servicios de atención a las personas a través de sus efectores propios. A su vez, el mismo es el conductor, planificador y fijador de políticas; y como regulador, normatizador y fiscalizador de los distintos recursos e insumos del sector, es el principal responsable y ejecutor de todas las acciones que clásicamente se han entendido como de salud pública.

3.1.2 El contraste entre hospital público y privado

En un documento realizado en conjunto por la Universidad de San Andrés y el Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional - Fundación Gobierno y Sociedad en Marzo del 2002, los autores Carlos Acuña y Mariana Chudnovsky, definen al sistema público de salud como un sistema “integrado por los hospitales públicos y los centros de atención primaria de la salud que funcionan bajo la coordinación de Ministerios y Secretarías de la Salud de las diferentes jurisdicciones (nacional, provincial o municipal) y que presta servicios de provisión gratuita.” Más allá de esta definición, los autores hacen notar que el sistema de salud Argentino se divide en tres: El público, el de las obras sociales y el privado.

Este estudio realizado por Acuña y Chudnovsky remarca que, a pesar de que el sector, el cual es soportado por los recursos provenientes del sistema impositivo, tiene como objeto atender a toda la población a través de su red de hospitales públicos y distintos centros de salud, este abarca solo al 30% de la población. El EDS (Encuesta de Desarrollo Social) aporta un número más puntual al determinar que el 37.6% de la población utiliza solamente al servicio público, según su estudio realizado en 1997.

Por otro lado, el sector privado tiene una serie de características que la distinguen de su contraparte pública. Esto puede verse más claramente en la definición aportada por la Universidad Nacional del Nordeste (2000), donde

define al modelo privado como “[...] sistemas de contratación a voluntad del usuario. Tienen una organización típicamente fragmentada, descentralizada y con escasa regulación pública [...].”

La Medicina Prepaga, parte del sector privado y representado por dos cámaras empresariales, estima que estas alcanzan a un 7,9% de la población. Dada la competencia por obtener una mayor cartera de usuarios, las empresas privadas de este sector tienden a diferenciar sus productos, impactando directamente en la expansión de la cobertura de las mismas (Acuña y Chudnovsky).

Tomando un punto de vista macro de la Argentina, es de especial mención que el país utiliza un esquema de salud mixto, en donde ambos sectores se complementan (González García, Ginés: 1999).

Así mismo lo indica el Dr. Paganini quien dice que el hospital debe integrar una red de relaciones con el resto del sistema público y privado, ambulatorio, etc., además de otros organismos de la comunidad, educacionales, organizaciones no gubernamentales, etc. Y la competencia que surja de todos ello no será una competencia de sobrevivencia económica, sino que será una competencia de ajustes mutuos para que a través de acciones concretas, el mercado de la solidaridad social determine las responsabilidades y perfiles necesarios en cada caso.

El presente trabajo tendrá foco en un hospital público, con lo que las obras sociales, prepagas, centros de salud, y entidades privadas quedarán fuera del marco del caso.

3.2 Capítulo 2: “Estructura y procesos en un hospital público”

3.2.1 Estructura característica de un hospital público

Para comenzar este capítulo, comenzaremos definiendo estructura como “la disposición y orden de las partes dentro de un todo”, a su vez se puede definir como un “sistema de conceptos coherentes enlazados, cuyo objetivo es precisar la esencia del objeto de estudio”.

Al hablar de estructura hospitalaria nos basaremos en las características enumeradas en el libro “Administración hospitalaria” de los autores Malagón - Londoño, Galan Morera y Pantón Leverde. Los mismos especifican que para lograr planificar la organización estructural y funcional hospitalaria es importante notar que la visión y misión de un hospital haya sido aceptada y fijada en un horizonte que se pueda proyectar y alcanzar. A su vez, es importante destacar los conceptos de demanda que se puedan generar en medio de esta planificación como, por ejemplo, los factores demográficos (tasa de natalidad, migración, fecundidad, estructura de la población y su distribución según edad, sexo y procedencia) y las condiciones de salud de la comunidad a servir, bajo las propiedades de la morbilidad, mortalidad e incapacidad.

Según los autores, tras revisar los resultados que arrojen las expectativas de la región, se deberá fijar el nivel de atención médica y el grado de complejidad que llevará a cabo la institución en cuestión. Esto se mide según los recursos que el hospital debería tener para afrontar las patologías que los diferentes pacientes puedan presentar en un futuro.

Más allá de estas consideraciones, es importante enfatizar que la estructura del hospital debe de reflejar, según Malagón, la estrategia de calidad perseguida, de manera de exteriorizar el comportamiento permanente de la institución.

El tamaño de la estructura del hospital fue objeto de estudio para otros autores que buscaban descubrir si existe algún tipo de relación directa entre el tamaño del hospital y sus costos y, en caso de que si existiese, definir cuál sería dicha relación. Luego de varios años de investigación algunos autores

como Berry, Feldstein y Cohen, llegaron a una conclusión en común, la cual fue que la relación entre el tamaño del hospital y su costo promedio dibujan una curva con forma de “U”. Esto quiere decir que inicialmente los hospitales podrían alcanzar una economía de escala a medida que crece su capacidad, pero un aumento excesivo en dicho crecimiento podría ocasionar un crecimiento del costo promedio. Los autores explican este efecto en el hecho de que el aumento excesivo en el tamaño de la estructura del hospital traería aparejados costos relacionados con aspectos administrativos, como lo son la comunicación o el control.

3.2.2 Procesos utilizados regularmente en los hospitales

Antes de comenzar a hablar de los procesos propios de un hospital debemos definir qué se entiende cuando hablamos de proceso. Un proceso, de acuerdo a la Real Academia Española, es: “Conjunto de las fases sucesivas de un fenómeno natural o de una operación artificial”.

Otra definición posible de proceso sería la de tomarlo como un conjunto de actividades, acciones u operaciones que, transformando los recursos de entrada, producen una salida deseada. En el caso de un hospital, los recursos de entrada serían el paciente enfermo y todos aquellos medios y recursos necesarios para solucionar las afecciones del mismo, siendo el producto final deseado un paciente sano.

Al hablar de proceso de atención médica propiamente dicho hemos encontrado dos definiciones que, si bien, no difieren en su totalidad con la correspondiente a proceso, tienen grandes diferencias. Por un lado tenemos la definición brindada por Donabedian, quien dice que el proceso de atención médica es “una cadena compleja de hechos en que cada uno de ellos es un fin o terminación del anterior y una condición necesaria para el que sigue” Y por otra parte Mc Auliffe describe dicho proceso como “una serie no lineal de hechos o una serie de conjuntos no aditivos que no ejercen impacto alguno si

no se completan previamente todas las fases críticas, o cuando menos la fase final”

Creemos que la definición dada por Donabedian resulta más acertada en cuanto a que es menos dubitativa en cuanto a los requerimientos necesarios para que se cumpla el proceso de atención médica.

No obstante, es necesario abarcar lo que comprende la atención médica de manera que abarque al hospital como institución. Para esto nos apoyamos de las funciones descritas por dos autores que concuerdan respecto a las mismas.

Jose M. Paganini junto con Humberto de Moraes Novaes nos indican que como integrantes de una red de servicios, todos los hospitales públicos deben cumplir con las siguientes funciones:

- Atención Médica Continuada: concentrando una gran cantidad de recursos de diagnóstico y tratamiento para reintegrar rápidamente al paciente a su médico.
- Atención Médica Integrada: constituyendo una estación intermedia dentro de una red de servicios de complejidad creciente.
- Atención Médica Integral: dado que la pertenencia del establecimiento a una red garantiza la disponibilidad de todos los recursos para resolver un caso.
- Área Programática: el establecimiento tiene un área de influencia a la que brinda sus servicios y sobre cuya población debe evaluarse los resultados de sus acciones.
- Efecto de los Programas de Salud: el establecimiento también actúa ejecutando programas preventivos y de promoción de salud, impulsados por la autoridad sanitaria.

3.3 Capítulo 3: “Calidad en el funcionamiento de los hospitales públicos”

3.3.1 Los estándares de calidad en los procesos utilizados en los hospitales

Antes de empezar a puntualizar en los procesos de calidad propios de un hospital, es de especial importancia entender el concepto de calidad, en pos de enmarcar el foco de cómo se procederá a calificar la misma dentro del presente trabajo.

Una de las teorías respecto de la calidad es la de Kaoru Ishikawa. Este autor define la calidad como el emergente natural de la concordancia entre tres elementos clave, siendo estos la calidad demandada por el cliente, la calidad planificada por el productor y la calidad realizada.

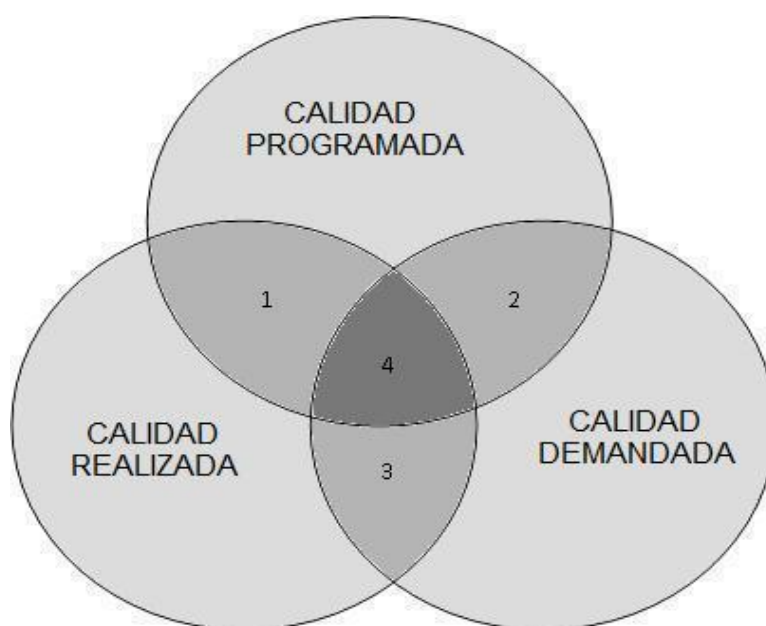


Figura 1 Los tres tipos de calidad de Ishikawa

A mayor concordancia, es decir, mientras mayor sea la zona 4 del gráfico, mayor será la percepción de calidad. Cualquiera de las otras 3 situaciones produce insatisfacción. En la zona 1, el consumidor y sus demandas no son tenidos en cuenta y esto produce frustración. En la zona 2, también hay insatisfacción, dado que se planifica lo que el cliente espera pero

se fabrica una cosa distinta. Por último, en la zona 3, donde la calidad no se planifica, si bien podemos tener un cliente satisfecho, la falta de planificación hace que esa situación sea difícil de mantener, produciendo inestabilidad.

De acuerdo con Genichi Taguchi, la calidad es “la mínima pérdida para la sociedad, una vez que el producto es despachado”. Lo que este autor dice es que todo aquello que no tenga calidad constituye una pérdida para la sociedad, considerando dentro de la composición de la sociedad al cliente, el fabricante y la comunidad. Siguiendo con esto Taguchi dice que debido a esto las pérdidas se volverán en contra del fabricante a modo de pérdida de mercado y, para la sociedad, como un gasto. Dado esto, se llega a la conclusión de que la calidad está vinculada en gran parte con la responsabilidad social de la empresa.

Por otro lado, Parasuraman (1988) identifica 5 dimensiones por medio de las cuales los consumidores califican la calidad. Estos servirán en el presente trabajo con la finalidad de determinar no sólo la manera en que se indagará la percepción de calidad de los pacientes, sino que también ayudará a puntualizar el modo de evaluación de la propuesta.

Las 5 dimensiones de calidad de Parasuraman son las siguientes:

- Elementos tangibles; lo cual abarca apariencia física de las instalaciones, equipos, etc.
- Seguridad; en cuanto a la percepción dada de credibilidad y confianza.
- Capacidad de respuesta; lo cual está relacionado a la disposición del personal para atender a los clientes.
- Fiabilidad; lo que corresponde a la manera en que se ejecuta el servicio desde la primera vez que se toma.
- Empatía; en cuanto a la atención individualizada ofrecida.

Según esto, a continuación mostramos el esquema de Parasuraman realizado por Losada y Rodríguez, Pontificia Universidad Javeriana (2012).

Evaluación del cliente sobre la calidad del servicio

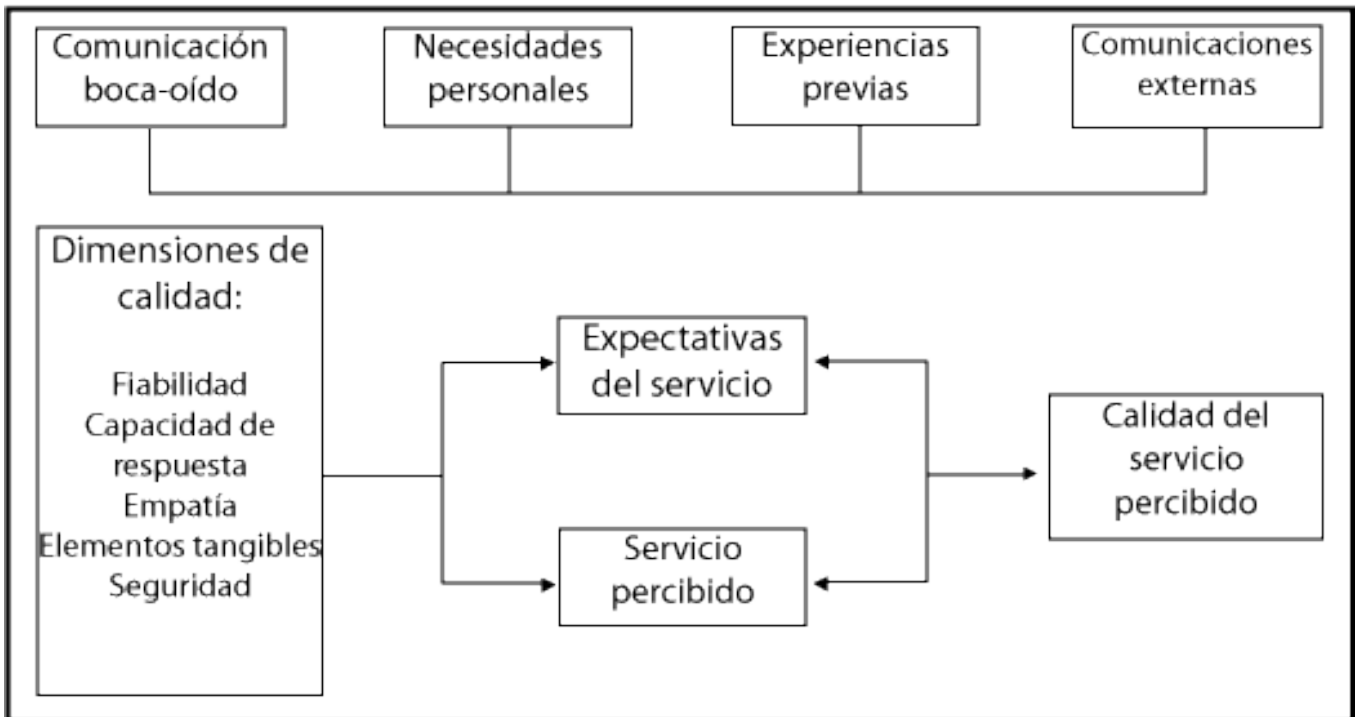


Figura 2 Evaluación del cliente sobre la calidad del servicio, Parasuraman

En este esquema podemos visualizar como las percepciones, las cuales se muestran en la parte superior, influyen en la calidad de un servicio dado. Es de notar que, después de todo, la calidad resulta ser medible de manera cualitativa dado lo anterior.

Para José Jiménez, “el concepto de calidad aplicado a la atención médica se refiere a la capacidad que, con distinto grado, puede tener una organización o un acto concreto de asistencia sanitaria para satisfacer las necesidades de los consumidores de servicios de salud.”

De acuerdo con la obra *“La garantía de calidad: acreditación de hospitales para América latina y el Caribe”* de la Organización Panamericana de la Salud, existen varios instrumentos mediante los cuales se regula la calidad de la atención en búsqueda de contribuir a mejorar la eficiencia global del sistema y así lograr un beneficio para la población y para los sectores participantes.

Estos instrumentos son:

- Acreditación: Procedimiento de evaluación de los recursos institucionales, voluntario, periódico y reservado, que tiende a garantizar la calidad de atención a través de estándares previamente aceptados. Los estándares pueden ser mínimos (definiendo el piso o base) o más elaborados y exigentes, definiendo distintos niveles de satisfacción.

Se entiende así que un establecimiento asistencial “acreditado” es aquel cuyo ordenamiento y organización de sus recursos y actividades conforman un proceso cuyo resultado final tiende a obtener una atención médica asistencial de adecuada calidad.

- Categorización: Tabla o clasificación de los efectos ambulatorios y de internación, de acuerdo con el criterio que se adopte, que permite definir niveles, concentrando actividades, clasificando las prestaciones de acuerdo con la viabilidad de su realización según el tipo de establecimientos y permitiendo configurar en el futuro una red de servicios en los Sistemas Locales de Salud.
- Habilitación: Procedimiento que desarrolla la autoridad sanitaria jurisdiccional o quien ella delegue. Se efectúa habitualmente por una vez, previo a la puesta en funcionamiento del efecto y define las condiciones mínimas estructurales que deben poseer dichos establecimientos.

Según Donabedian (1980) y Grönroos (1984), la calidad de los servicios de salud se divide en dos dimensiones:

- Técnica: Precisión del diagnóstico médico y su ajuste a la especificación profesional de los procedimientos utilizados.
- Funcional: Manera en que se presta el servicio.

Más allá de estos planteos, nos preguntamos, ¿qué factores son los más importantes para medir la calidad de un servicio de salud? Según Losada y

Rodríguez, Pontificia Universidad Javeriana (2012), en su estudio sobre la calidad llegan a la conclusión que dada la disparidad en la literatura sobre el tema, no existe un acuerdo general respecto al caso. Sin embargo, estos autores enfatizan que los distintos puntos de vista respecto a la calidad en el área de salud se enmarcan dentro de las dimensiones de Parasuraman, los cuales se mencionaron con anterioridad.

3.3.2 La eficiencia dentro del servicio público

Es importante comenzar diferenciando lo que muchas veces se confunde, y entre lo que existe una diferencia que no puede pasar por alto a la hora de enmarcar el presente trabajo. Esta es la diferencia entre lo que viene siendo la eficiencia y lo que es definido como eficacia.

Con respecto a la definición de eficiencia, se puede decir que la misma es aquella que relaciona los recursos utilizados con los objetivos alcanzados. Esto quiere decir que no solo importa el hecho de alcanzar los objetivos, sino que, al mismo tiempo, es necesario utilizar los recursos de manera tal que estos se consuman en la menor cantidad posible, además de realizar la tarea en el menor tiempo posible.

La eficacia, en cambio, hace referencia al hecho de alcanzar los objetivos, sin tomar en cuenta la cantidad de recursos y tiempo que se consuman en el camino hacia la obtención del mismo.

De esta manera podemos ver que la definición de eficiencia es inclusiva de la de eficacia. En otras palabras, se puede ser eficaz sin ser eficiente, pero no hay manera de ser eficiente sin ser eficaz.

De acuerdo a lo indicado por J. M. Paganini, a la hora de analizar la eficiencia del hospital público habrá complicaciones producidas por el hecho de tener que considerar algunas variables sociales. Con este enfoque, la productividad, el rendimiento, la eficiencia y la calidad de hospitales públicos se mide también a través de sus relaciones con el riesgo social, la equidad social,

la ética y la accesibilidad de los recursos. Esto quiere decir que el hospital público no solo debe desarrollar su papel solidario como ente público que es, sino que, al mismo tiempo, deberá incorporar a su modelo la eficiencia económica y social propia de un sistema privado.

3.3.3 La mejora de la calidad

El objeto de este trabajo es el de mejorar la actividad de un área específica del hospital "OHD". Por tanto, es imprescindible abordar el concepto de "mejora de la calidad".

Según Juran, la mejora de la calidad consiste en "la creación organizada de un cambio ventajoso que representa el paso de un grado de calidad a uno superior." El autor expande dicha definición recalando que el desempeño poseído siempre se puede mejorar, alcanzando un "nivel superior".

Jiménez, por otro lado, menciona que la mejora de la calidad tiene como objeto llevar a los productos y servicios hacia "la perfección", con lo que, luego, se redefinirá el control que se ejerce en la calidad en base a estos nuevos parámetros. Sumándole la retroalimentación obtenida por la experiencia que generó dicho proceso, se cerraría el ciclo de mejora de la calidad.

Dado que el presente trabajo pretende generar una propuesta de mejora y que no se puede saber con ninguna certeza que se llegue a implementar dicha propuesta, tomaremos la definición de mejora de calidad de Juran. Jiménez y Juran se complementan en estas definiciones, pero la comprobación de un cierre en el ciclo de la mejora de calidad va más allá de lo que abarca el presente trabajo.

Por otro lado, para llevar a cabo el análisis de cómo mejorar la calidad, existen herramientas entre las cuales está la del Diagrama de Causa-Efecto, también conocido como el Diagrama de Espina de Pescado o de Ishikawa, quien fue su creador. Ishikawa desarrolló este modelo con el fin de analizar las causas de un determinado problema y, a su vez, las sus sub-causas. De esta manera podía investigar en profundo qué es lo que lleva al problema y de esta forma buscar distintas maneras de impactar en el problema y resolverlo.

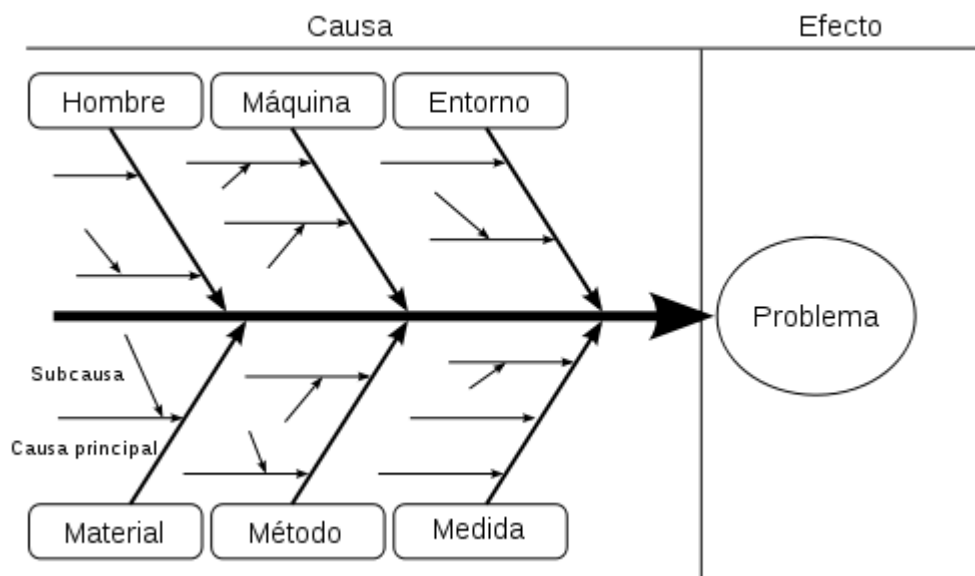


Figura 3 Diagrama de Ishikawa

A través del uso de esta herramienta podremos llegar a dilucidar cuales son los principales factores o mejor dicho, cuales son las causas que llevan al nivel de calidad actual y cómo se podría mejorar.

3.3.4 Derechos y responsabilidades de los pacientes hospitalarios

Más allá de la calidad que pueda brindar un hospital en sus procesos, no debemos olvidar que es el usuario, o mejor dicho el paciente, el punto fundamental dentro del mismo. Por tal motivo es que consideramos importante destacar algunos de los derechos y responsabilidades que los mismos poseen a la hora de recibir el servicio del hospital. Para ello hemos utilizado la información brindada por la Organización Panamericana de la Salud.

A continuación se mostrará un listado con los principales derechos que poseen los pacientes que asisten a un hospital:

- Acceso al tratamiento: a todo individuo se le deberá dar el acceso imparcial al tratamiento o alojamiento disponible o que se indique medicamente, sin considerar su raza, creencia, sexo, origen nacional o procedencia del pago para el mismo.

- Respeto y dignidad: el paciente tiene el derecho de recibir el tratamiento respetuoso en todo momento y bajo toda circunstancia, como reconocimiento de su dignidad personal.
- Privacidad y confidencialidad: el paciente tiene derecho, de acuerdo a la ley, a su privacidad personal y de información.
- Seguridad personal: el paciente tiene el derecho a esperar una seguridad razonable en la medida que las prácticas y las instalaciones del hospital lo permitan.
- Identidad: el paciente tiene el derecho a conocer la identidad y la posición profesional de los individuos que le estén prestando servicios, así como el derecho a saber qué médico o profesional de la salud esta principalmente a cargo de su tratamiento.
- Información: el paciente tiene el derecho a obtener del profesional responsable de la coordinación de su tratamiento, la información completa y actualizada del diagnóstico, su tratamiento o cualquier pronóstico. Dicha información deberá comunicarse al paciente de manera que se pueda esperar la comprensión de este. Cuando no se considere médicamente aconsejable dar esta información al paciente, dicha información será puesta a la disposición de un individuo autorizado.
- Comunicación: el paciente tiene el derecho al acceso a personas ajenas al hospital a través de visitas de manera verbal y escrita. Cuando el paciente no habla ni entiende el idioma predominante de la comunidad, deberá tener acceso a un intérprete.
- Consentimiento: el paciente tiene el derecho a participar, razonablemente informado, en las decisiones relacionadas con su tratamiento de salud. Hasta donde sea posible, esto deberá basarse en una explicación clara y concisa de su condición y de todos los procedimientos técnicos implícitos, incluyendo la posibilidad de cualquier riesgo de muerte o reacciones serias, de problemas relacionados con su recuperación y su posible salida satisfactoria. El mismo no deberá estar sujeto a ningún procedimiento sin su consentimiento voluntario, competente y cuerdo, o el de su representante autorizado legalmente.

- Consultas: bajo petición y a su cuenta, el paciente tiene derecho a consultar con un especialista.
- Denegación del tratamiento: el paciente podrá rehusarse a tomar el tratamiento hasta donde se lo permita la ley.

A continuación se listaran las responsabilidades propias de los pacientes:

- Suministro de información: el paciente tiene la responsabilidad de suministrar, bajo su mejor entendimiento, información precisa y completa sobre sus quejas actuales, enfermedades anteriores, hospitalizaciones, medicamentos y otros asuntos relacionados con su salud.
- Cumplimiento con las instrucciones: el paciente es responsable de seguir el plan de tratamiento recomendado por el profesional principalmente responsable de su cuidado.
- Denegación del tratamiento: el paciente es responsable de sus acciones si rehúsa recibir tratamiento o si no sigue instrucciones del practicante.
- Reglamento y estatutos del hospital: el paciente es responsable de observar reglamentos y estatutos del hospital que afecten el tratamiento y la conducta del paciente.
- Respeto y consideración: el paciente es responsable de ser considerado con los derechos de los demás pacientes y personal del hospital, y de ayudar en el control del ruido, humo, y del número de visitantes. El paciente es responsable de ser respetuoso de la propiedad de otras personas y del hospital

Es de recordar que según los conceptos encontrados anteriormente, estas pautas sirven como parámetro en la determinación de la calidad en ciertos aspectos que se analizarán en el presente trabajo. Su inclusión servirá de guía de referencia sobre el mínimo que se puede otorgar al paciente durante el ciclo de atención que reciba en el departamento quirúrgico del hospital en estudio.

4. Metodología del Trabajo Final de Investigación

Para la realización de nuestro Trabajo Final de Investigación decidimos utilizar un método de investigación de triangulación, ya que utilizaremos métodos de índole cualitativa y cuantitativa. Esto es debido a que, al estudiar la implementación de un proceso de forma que el mismo se haga con eficiencia y con un buen nivel de calidad en el hospital en estudio, nos encontramos con una doble problemática que debe de explicarse.

En primer lugar, es necesario contemplar que toda evaluación respecto a calidad y eficiencia tendrá un alto grado de subjetividad. Atributos que reflejan un alto nivel de calidad o de eficiencia pueden no ser tan importantes para otro individuo y viceversa. Esto conlleva a que se dé la necesidad de que a través de herramientas de evaluación de atributos cualitativos se logre contextualizar qué elementos son importantes para los usuarios del hospital en estudio.

En segundo lugar, dada las distintas opiniones respecto al tema en cuestión, se genera una problemática respecto a cómo expresar los resultados. Es de esta manera como la metodología cuantitativa toma cierto protagonismo en nuestro estudio. Si bien la mayor parte del peso de nuestra investigación contendrá elementos cualitativos, es a través de métodos cuantitativos por medio de los cuales los datos abstractos tomarán sentido. De la misma manera, la generación de resultados y conclusiones cobrará, según nuestro criterio, mayor fortaleza al ser aparejado con expresiones cuantitativas.

Los tipos de investigación que utilizaremos en este trabajo serán los métodos descriptivo y explicativo. El método descriptivo, al hacer un estudio de un caso en particular, nos permite hacer un análisis más detallado y completo, que facilita la descripción de los procesos en marcha, las diferentes opiniones y puntos de vista que los individuos experimentan en el departamento en cuestión y, a su vez, permite poder enfocarnos en las tendencias que se producen en el mismo. En segundo lugar decidimos que utilizaremos un método explicativo al buscar familiarizar al lector de la T.I.F. con los problemas que el departamento quirúrgico del hospital "OHD" posee actualmente. Luego

de haber explicado los problemas y que el lector se haya familiarizado con los mismos, utilizaremos el método explicativo. Este método lo utilizaremos para responder las causas de los eventos sociales por los que se crean los problemas en el departamento en cuestión y, a su vez, poder explicar las variables por lo que se dan esos problemas. Decidimos utilizar los dos métodos, pero en diferentes partes del trabajo, ya que nos enfocaremos en describir nuestro caso de estudio, luego en explicar los problemas que se desarrollan en el mismo, y por último desarrollar las soluciones que nosotros aportaremos en cuanto a los problemas que presenta el departamento quirúrgico del hospital en estudio.

Para poder realizar los diferentes métodos de investigación, utilizaremos los siguientes instrumentos:

En primer lugar realizaremos una *observación* del hospital "OHD" para poder tomar contacto con la situación y poder centrar nuestro trabajo en los problemas que observamos. Para ello, realizamos una guía de observación, la cual cuenta con siete ítems que contemplan los diferentes aspectos, como lo son las instalaciones físicas y su equipamiento, los procesos tanto administrativos como quirúrgicos, el bienestar y confort de los pacientes y de los médicos, así como el manejo de historiales clínicos. Esta guía podrá ser encontrada en el Anexo 1. La misma es utilizada para la investigación de campo, la cual se verá reflejada en el punto 5.1.

En segundo lugar realizaremos *encuestas* con un muestreo por selección intencional, y realizaremos la misma a los pacientes atendidos en el hospital por el departamento quirúrgico, dado que son ellos quienes mejor podrán evaluar la calidad percibida. Gracias a ella podremos conocer la opinión de los mismos sobre los problemas que nuestro estudio planea identificar para plantear posibles soluciones. Además, a través de las mismas podremos obtener datos cualitativos que los pacientes perciben en el hospital a través de su experiencia. El planteo que se presentará por escrito es una serie de preguntas para que el paciente conteste, la cual estará dividida en dos partes. En primer lugar pediremos datos personales básicos: género, edad, nivel

estudiantil, visitas previas al departamento quirúrgico y tiempo de espera entre cada una de estas. En la segunda parte de la misma se utilizan 10 afirmaciones que requieren una respuesta en una escala del 1 al 5, siendo 1 como “Muy Malo” y 5 “Muy Bueno” con respecto a tal afirmación. Esta forma de realizar las encuestas se debe al método planteado por Likert. Las afirmaciones comprendidas en la encuesta de la segunda parte plantean la calidad percibida por el paciente con respecto a la atención e información que los médicos le brindan. Para la evaluación de la misma hemos decidido establecer 3,8 como tasa de corte, dado que la calidad en el Departamento Quirúrgico debe ser realmente alta.

En tercer lugar utilizaremos el *estudio de documentos* estadísticos. Esto implica utilizar distintos análisis de los datos recabados que sean competentes para la extracción de información de los mismos. A través de los resultados arrojados por este estudio es la manera en que podremos determinar los aspectos importantes en los cuales se debe de realizar foco para mejorar la calidad y eficiencia del hospital. Además, esto dará respaldo a las conclusiones a las cuales se llegue en el presente trabajo de investigación.

En cuarto lugar, utilizaremos las entrevistas a los principales responsables del área estudiada del hospital, ya que son ellos a través de quienes podremos obtener una mejor percepción de la visión interna de la institución. Creemos que es la mejor herramienta para obtener información directa del personal, ya que al realizar una entrevista se logra una flexibilidad tal que permite el mayor desarrollo por parte del entrevistado, dándole el lugar necesario para expresarse y transferir todo su conocimiento sobre el tema en cuestión.

Variables	Dimensiones	Indicadores	Herramientas
Calidad y eficiencia	Calidad percibida por el paciente	1º Calidad del servicio	Encuesta, preguntas 1, 2, 3, 4, 5 y 10.
		2º Calidad de las instalaciones	Encuesta, preguntas 8 y 9.
	Calidad percibida por investigadores	1º Calidad del servicio	Observación, según el ítem de la guía de observación 2, 3 y 5.
		2º Calidad de las instalaciones	Observación, según el ítem de la guía de observación 1, 4, 6 y 7.
	Calidad percibida por los profesionales del organismo	1º Calidad en los procesos	Entrevista, preguntas 3 y 4
		2º Elementos que repercuten en la calidad	Entrevista, preguntas 1, 2 y 5.
Eficiencia en implementación de procesos del departamento quirúrgico	Tiempo promedio por intervención	Análisis de Documentos, estadísticas de quirófano	
Administración Hospitalaria	Estructura orgánica del hospital	Líneas de mando formal administrativo	Entrevista, pregunta 6
	Procesos	Distribución de turnos	Encuesta, preguntas 6 y 7.
		Sinergia del área administrativa y el departamento quirúrgico	Entrevista, preguntas 7 y 8.
	Capacidad de operación	Cantidad de operaciones diarias	Análisis de Documentos, estadísticas de quirófano

Tabla 1 Metodología de Trabajo

5. Trabajo de campo

5.1 Observación

5.1.1 Descripción del caso (observación)

El viernes 5 de octubre de 2012, nos dirigimos al hospital “OHD” para poder empezar a realizar la etapa de observación de campo. Al aproximarnos a la institución, lo primero que tuvimos a la vista fue un complejo con amplio estacionamiento (que resulto ser exclusivo para el personal médico), el cual incluía un helipuerto que, según nos explicaron, es utilizado para ciertas emergencias que así lo requieren.

En lo que respecta a la instalación, desde afuera pudimos observar un edificio estéticamente agradable, sin daños aparentes, y con buen mantenimiento. Al ingresar al mismo por la entrada principal, nos encontramos con un amplio espacio donde se encontraban dos filas destinadas a aquellos pacientes que ingresan diariamente, con el fin de obtener un turno o ser derivado al sector en donde deberá ser atendido oportunamente (ventanilla de turnos y ventanilla de informes). En este sector pudimos ver una limpieza sobresaliente, además del sector de administración de turnos e informes que contaba con unas tres ventanillas a la izquierda de la entrada principal, y algunos asientos para que las personas que tuviesen la movilidad reducida por alguna razón puedan sentarse y esperar a ser atendidos. A la derecha había un buffet con mesas y sillas donde se pudo ver que mucha gente ingresaba en el transcurso de la mañana.

Siguiendo con la descripción, en la planta baja, a través de un largo pasillo, se encontraban los sectores de rayos y el laboratorio, y por otra parte estaba el sector de pediatría y los consultorios generales. Del otro lado de la planta baja, se localizaba la guardia por la cual ingresan las urgencias.

Cuando subimos al primer piso, había un sector dedicado a la administración y a las aulas en las cuales se dictan clases, ya que como es un hospital público debe llevar a cabo los tres roles principales: asistencia, docencia e investigación. Siguiendo por un pasillo, se hallaba el área de neonatología y terapia intensiva. Al lado estaban los cuatro quirófanos y las dos alas del hospital donde se encuentran las salas de internación.

Al comenzar nuestro recorrido, pasamos por el departamento quirúrgico, el cual posee un despacho y dormitorios para que los médicos puedan descansar en sus días de guardia. Ni bien comenzó la mañana, se nos presentó la oportunidad de realizar un recorrido por los diferentes pacientes internados luego de las operaciones o en esperando a la misma en el pre-operatorio.

A continuación de esa actividad, nos pidieron que nos cambiemos y vistamos con la indumentaria correspondiente para ingresar al quirófano. Luego de ello, entramos a uno, en el que nos mostraron como eran las instalaciones y el equipamiento utilizado en una cirugía. A diferencia de las áreas abiertas al público, el sector donde se realizan las cirugías presenta un aspecto descuidado. Pudimos notar daños en los acabados de las paredes, tanto como falta de mantenimiento en la pintura como roturas en las esquinas de los pasillos internos que conectan las distintas habitaciones del sector. Esto, de acuerdo a lo indicado por un profesional perteneciente a este sector, es consecuencia de los reiterados golpes durante el traslado de las camillas, debido a la falta de espacio y amplitud de dichos pasillos. Así mismo, se nos comentó la falta de un camillero dedicado a ello, por lo que los mismos médicos se deben de encargar del traslado de los pacientes, tanto antes como luego de la operación.

Durante la explicación que nos brindaba uno de los profesionales, pudimos ver una situación que se presentó en la que desde uno de los quirófanos se llamaba efusivamente a la encargada de rayos, quien por falta de comunicación demoró unos 20 minutos en acudir al llamado.

En cuanto a los equipos utilizados, poseen mucha tecnología en cuanto a la lámpara sialítica y el cronógrafo-oxímetro, pero las instalaciones eléctricas

poseen desperfectos que son arreglados con cintas antialérgicas, las mismas que son utilizadas en los pacientes, ya que no son arregladas por los técnicos.

En nuestra visita, pudimos recorrer varias áreas del hospital, incluyendo la administración. La misma se divide en dos pisos; en planta baja se encuentra la sección que se encarga de administrar los ingresos del hospital, junto con el archivo, que posee el historial clínico de cada paciente que fue atendido en el hospital desde sus inicios. Pudimos notar que en esta sección del hospital los archivos están todos en formato escrito, por lo cual la cantidad de expedientes es increíblemente extensa. Según se nos comentó, se estaba desarrollando la idea de implementación de un sistema electrónico para poder liberar espacio físico, y así poder tener todos los historiales clínicos en un mismo lugar, permitiendo al médico acceder desde una computadora a la misma de manera fácil y rápida, previo a la llegada del paciente, logrando de esta manera mejorar la calidad de atención que podrá brindar el profesional al contar con esta información y agilizar la velocidad de atención.

En la segunda planta del área administrativa pudimos acceder al espacio dedicado a secretaría, donde nos mostraron y explicaron como un expediente (conjunto de documentos realizado por una entidad pública para lograr generar una compra de los artículos que necesita el hospital en este caso o pedir una licitación pública) se crea, así como todas las instancias por las que debe pasar hasta su aprobación o rechazo. Existen dos tipos de expedientes que se diferencian en base al costo del pedido que en el mismo se haga referencia. En primer lugar están aquellos que son realizados para compras de un monto elevado. Estos son enviados a La Plata donde se decide si el mismo es aprobado, rechazado o devuelto en caso de que se encuentre algún tipo de desperfecto respecto a la normativa establecida. El segundo tipo de expedientes son aquellos derivados por el “plan nacer”, en donde se reflejan los fondos captados por las comisiones obtenidas a través de los cobros realizados a las obras sociales. Estos fondos son utilizados para, además de bonificar a algunos miembros del hospital con un pequeño porcentaje, financiar gastos pequeños como vienen siendo el instrumental quirúrgico (ej.: agujas, cinta, etc.).

5.2 Resúmenes de las entrevistas

5.2.1 Resumen entrevista al jefe de quirófano

Es primordial para obtener una buena calidad contratar a los profesionales adecuados, ya que ellos son lo más importante en el proceso. Obviamente no se puede descuidar los insumos y equipamiento, ya que sin estos incluso la mejor mano de obra sería insuficiente, y viceversa. El hecho de que sea la mano de obra el aspecto más relevante genera que se pueda aumentar la calidad sin caer en un aumento de los costos necesariamente, ya que los mayores costos vienen de los insumos y la aparatología, que son necesarios pero, aun así, no más importantes que el recurso humano. (Preguntas 1 y 7, Anexo 2, punto 8.2.1)

El departamento quirúrgico es un sector en el cual existen mayores riesgos que en algunas otras áreas más generales y, por lo tanto, requiere de una atención especial (Pregunta 2, Anexo 2, punto 8.2.2)

En el hospital público el principal problema es la obtención de los insumos necesarios para llevar a cabo las intervenciones. En gran medida, esto tiene causa en el ajustado presupuesto con el que cuenta dicho nosocomio. Esta falta de insumos es, al mismo tiempo, la principal limitación para el logro de una calidad óptima, ya que el recurso humano en los hospitales públicos puede ser tan bueno como cualquiera, pero de una manera u otra siempre se verá limitado por los recursos y equipamiento con el que se cuenta. (Preguntas 3 y 5, Anexo 2, punto 8.2.2)

Es fundamental en el departamento quirúrgico tener protocolos que determinen la metodología a seguir y/o la técnica a utilizar en las distintas posibles intervenciones que se deban realizar, para así, de esta manera, tener un procedimiento común que todos los cirujanos conozcan y para los cuales todo el equipo del hospital este preparado y acostumbrado a tratar. (Pregunta 4, Anexo 2, punto 8.2.2)

Es necesario que exista tanto la parte ejecutiva, que vendrían a ser los médicos, como también la parte administrativa, que se encargue de cubrir las

necesidades que pueda tener el área para realizar su tarea. Sin una estrecha cooperación entre ambas partes jamás se podrá alcanzar el punto óptimo. Una dirección administrativa que no se relaciona con la parte médica no podrá conocer las necesidades y jamás logrará su objetivo principal, es decir, alcanzar una buena administración. (Pregunta 6 y 8, Anexo 2, punto 8.2.2)

5.2.2 Resumen entrevista al Jefe de Cirugía

Para determinar la percepción en la calidad de un hospital público, los factores más importantes a considerar son: el recurso humano, seguido de un plan de trabajo elaborado bajo el respeto y la ética, y poseer una buena organización socio-sanitaria, siempre pensando en el paciente para conocer las limitaciones del hospital. A su vez, se debe medir la cantidad de muertes y complicaciones en las operaciones y la cantidad de cirugías hechas en el hospital para determinar la calidad del departamento quirúrgico. (Preguntas 1 y 2, Anexo 2, punto 8.3.1)

Con respecto a los objetivos a lograr en el departamento, se puede decir que lo más importante es la complejidad de cada cirugía con respecto a las capacidades de los recursos humanos y físicos. Es necesaria una mejora en la percepción de la calidad en el departamento quirúrgico y para esto el hospital requiere cumplir con la asistencia, docencia e investigación, las cuales son las actividades principales de un hospital público, mediante nuevas técnicas y tecnologías. No hay que olvidar que una mayor inversión en tecnología significaría un aumento en los costos, pero permitiría la mejora en la calidad y cantidad de vida del paciente. A su vez, todas las áreas deben estar complementadas entre sí para lograr una mejora en el departamento quirúrgico. (Preguntas 3, 4 y 7, Anexo 2, 8.2.3)

En el hospital en general, las restricciones que se podrían reflejar en cuanto a la percepción de la calidad van de la mano de una importante inversión en capacitación del recurso humano y las mejoras en el mantenimiento de las instalaciones. Así mismo, los tiempos de implementación de los procesos se ven afectados en gran medida por la estructura orgánica del hospital, lo que se podría solucionar con la implementación del concepto de costo-beneficio. La relación entre el área administrativa de un hospital y sus

diferentes departamentos es lo que logra que haya una organización que permite realizar un trabajo acorde a lo esperado. (Preguntas 5, 6 y 8, Anexo 2, 8.2.3)

5.2.3 Resumen entrevista al Director Administrativo del hospital

De acuerdo al punto de vista del Director del hospital de estudio, el factor más importante para determinar la calidad percibida en un hospital es el usuario. Se debe prestar un servicio a la comunidad gratuito y eficiente centrado en el paciente. Esto se logra escuchando al usuario, siendo esto, al final, más importante que todos los recursos, tanto físicos como humanos. Es a través de sus comentarios y quejas que quienes están a cargo de la administración del hospital se logran percatar de las deficiencias y problemas que surgen en el día a día. (Pregunta 1 del Anexo 2, 8.2.4)

El área quirúrgica es considerada por el hospital como un “área cerrada”, y es por esto que recibe una atención especial en cuanto a la necesidad de insumos y equipamiento que pueda llegar a tener. Estos equipos deben ser actualizados dentro de las posibilidades del hospital, acompañando el avance de la tecnología para asegurar el mejor servicio posible para el usuario y el mayor confort para el médico. Así como el equipamiento avanza respecto con la tecnología, el mantenimiento de los mismos se ha vuelto más complejo, obligando de esta manera al hospital a recurrir a la contratación de personas más especializadas ajenas a la organización, como ingenieros, por ejemplo.

Así mismo, no se debe olvidar que los recursos son escasos y las necesidades ilimitadas y, que al mismo tiempo, se debe buscar la satisfacción de la mayor parte de las necesidades de los departamentos del hospital. (Preguntas 2 y 3, Anexo 2, 8.2.4)

Por la saturación del servicio producido por la excesiva demanda que el hospital posee se producen ineficiencias y costos evitables, tanto para el hospital y para el paciente. Esto, al mismo tiempo que genera la pérdida en la calidad percibida en el servicio, con lo que para lograr solucionar este problema se necesita una reestructuración de los procesos internos de los diferentes departamentos. (Pregunta 4, Anexo 2, 8.2.4)

En lo que respecta a las posibles restricciones de la calidad es importante destacar que no existen a nivel médico, es decir que los profesionales que llevan a cabo la tarea en el Departamento Quirúrgico tienen un gran nivel de capacitación y conocimientos. Por otro lado, en lo que respecta a la parte administrativa, se cree que hay una falta de interés que surge desde el nivel más alto, es decir, desde el Ministerio de Salud, que en contraposición con la situación de los médicos, no ofrece una gran cantidad de cursos de capacitación para el personal administrativo. Esta capacitación es de gran importancia dado que constantemente la tecnología aumenta, existen nuevos programas y es necesario que el personal conozca su funcionamiento y como manipularlo, caso en contrario el avance sería muy difícil de aprovechar en su totalidad. (Pregunta 5, Anexo 2, 8.2.4)

La estructura orgánica del hospital es fundamental en cuanto a los trabajos que se llevan a cabo en el hospital diariamente, ya que permiten disminuir los tiempos al definir las responsabilidades que cada área y persona tiene. En este hospital no se encuentra formalizado el organigrama por una falta de interés previa, pero en la actualidad se ha presentado a las autoridades pertinentes para su aprobación. Con esto se lograría determinar las responsabilidades puntuales que cada individuo, además de un sueldo representativo a ese puesto en particular. (Pregunta 6, Anexo 2, 8.2.4)

Si se gasta más en los insumos para obtener una mejor calidad en los mismos, el proceso va a tener una mayor calidad y por lo tanto se va a obtener no solo un mejor resultado sino también una mayor velocidad en el proceso de la cirugía y, a su vez, un menor tiempo en la recuperación del paciente. Luego de analizar todo esto se ve que dados los resultados y todas las mejoras obtenidas, el gasto producido debe ser considerado una inversión y a su vez se podrá ver qué el costo por cirugía, considerando el tiempo ganado en el proceso y posteriormente en la recuperación, sufriría una reducción. (Pregunta 7, Anexo 2, 8.2.4)

La relación que debe existir entre las distintas áreas siempre debe ser buena, siempre abierta a la crítica constructiva con el fin de mejorar en conjunto, sabiendo que cada uno es parte fundamental de el proceso que se lleva a cabo y que no es cuestión de imponer el poder sino de trabajar en conjunto para llevar el hospital adelante. Cada uno tiene que llevar a cabo las

tareas que le fueron encomendadas y, así como tiene sus derechos y quiere que se los respeten, debe cumplir sus obligaciones. La administración tiene que estar abierta al dialogo con las distintas áreas para mantener la comunicación y así también lograr mantenerse al tanto de los problemas que existen en la organización, porque esto es imposible si uno no recorre y habla con las distintas personas que componen el hospital ya que es muy difícil mantenerse al tanto de qué es lo que pasa más allá de la oficina. Se debe estar abierto a la comunicación pero siempre con criterio, para de esta forma poder administrar también el tiempo y aprovecharlo lo máximo posible. (Pregunta 8, Anexo 2, 8.2.4)

5.2.4 Análisis de las entrevistas

Variables	Eduardo	Horacio	Darío
Principal determinante de la calidad	Recurso Humano	Recurso Físico	Recurso Humano y Físico por igual
Factores críticos para mejorar la calidad	Capacitación del personal	Balance entre lo técnico y lo tecnológico	Actualización del equipamiento
Clave para la relación entre médicos y administrativos	Posibilitar la continuidad de las operaciones	Trabajo en conjunto para la mejora del hospital	Dialogo y crítica constructiva para la mejora en conjunto

Tabla 2 Variables/Entrevistados

5.2.5 Cuadro Osgood

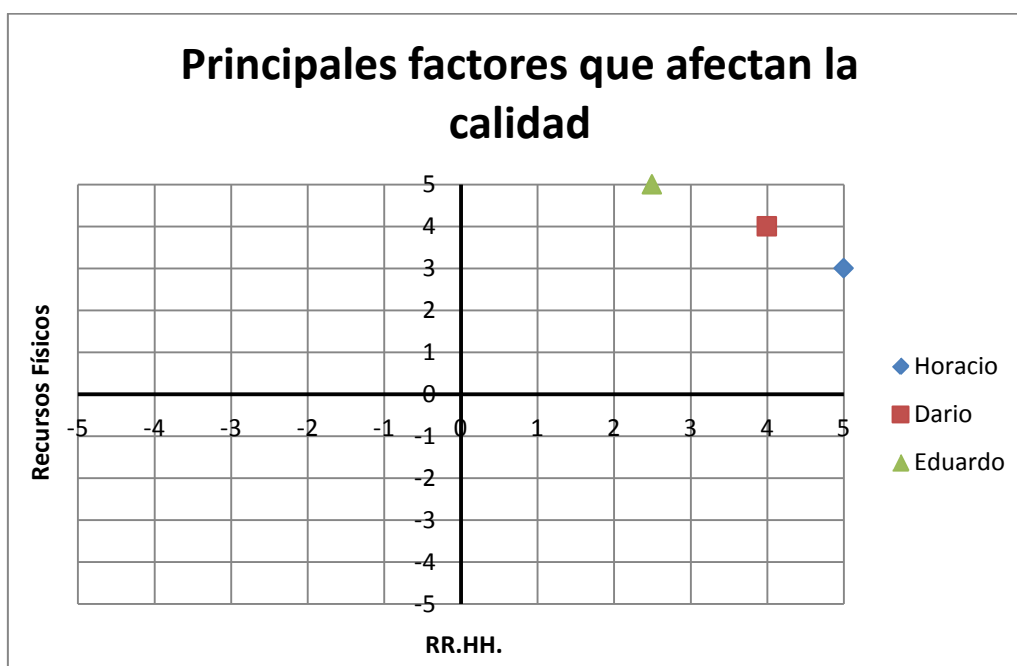


Figura 4 Osgood

La utilización de esta herramienta nos permite visualizar de un modo simple y rápido cual es la opinión de los entrevistados sobre un tema en particular; en este caso, sobre cuál es el principal determinante de la calidad en el Departamento Quirúrgico. A través de esta tabla podemos observar que los tres entrevistados concuerdan al decir que tanto el recurso físico como el recurso humano son importantes para lograr una buena calidad en la actividad de este departamento. Sabiendo que entre los entrevistados tenemos a dos responsables directos del departamento que es foco de estudio y al Director

Administrativo del hospital, podemos llegar a la conclusión que existe una buena comunicación entre el departamento quirúrgico y la administración del hospital y que dicha administración es consciente de las necesidades existentes para el buen desarrollo de esa área.

5.3 Análisis de las estadísticas

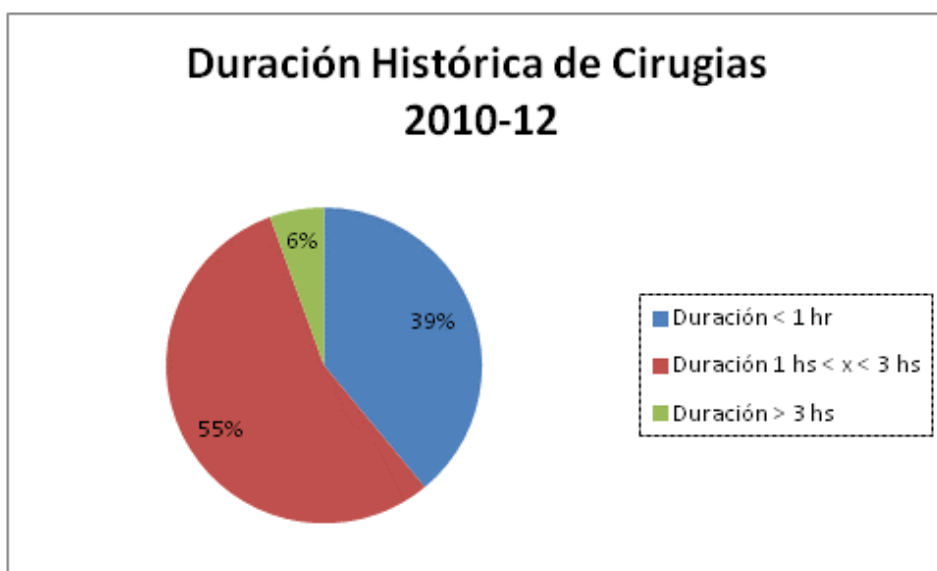


Ilustración 1 Duración Histórica de Cirugías

A través de análisis de las estadísticas obtenidas de los cinco quirófanos del hospital “OHD” , las cuales son de carácter histórico en cuanto a que registran información anualmente de las operaciones, que son desglosadas por mes y por día, se pudo vislumbrar las características de las operaciones que se realizan.

A partir de un estudio y cálculo que realizamos de las mismas, promediamos los resultados entre los tres últimos años, y pudimos observar que el 55% de las operaciones duran entre una y tres horas, inclusive. No obstante, las operaciones que llevan menos de una hora son un porcentaje importante del total, siendo entonces las operaciones de larga duración (más de tres horas) tan sólo un 6% de las realizadas entre el 2010 y el 2012.

Siendo entonces las cirugías predominantes de una duración de una a tres horas, consideramos pertinente analizar las tendencias de dichas

operaciones a lo largo de los últimos tres años. Es por esto que graficamos el comportamiento de estas operaciones, dividiéndolas por año, el cual se presenta en la Ilustración 2, la cual mostramos a continuación:

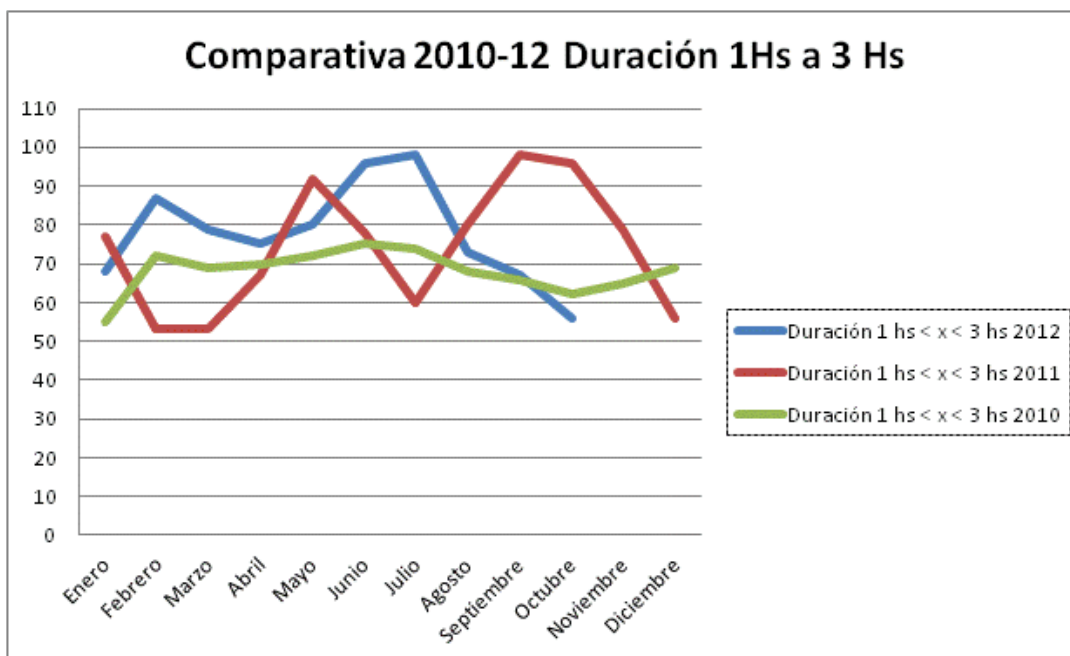


Ilustración 2 Comparativa 2010-12 Duración 1Hs a 3Hs

El análisis de las presentes estadísticas no tendrá foco en la causa que da origen a las cirugías, sino en lograr observar el comportamiento de la capacidad de operación que tiene el hospital a lo largo del tiempo.

En primer lugar, podemos notar que, si bien en el presente año las operaciones han ido en descenso, en general estas vieron una tendencia ascendente desde fines del primer cuarto del 2011. Es así como, desde ese período, los promedios mensuales se mantuvieron muy por encima de los niveles del 2010. En cuanto al número de operaciones realizadas en el primer semestre del 2012 con esta duración, se logra observar que en general está por encima del número observado durante los dos años anteriores.

Por otro lado, es interesante notar que el nivel de cirugías en los últimos meses del presente año se encuentra en niveles inferiores a los mismos meses

correspondientes del 2010. Si bien, esto se puede deber a distintos factores, el origen de los mismos no será objeto de estudio en el presente trabajo.

5.4 Análisis de las encuestas

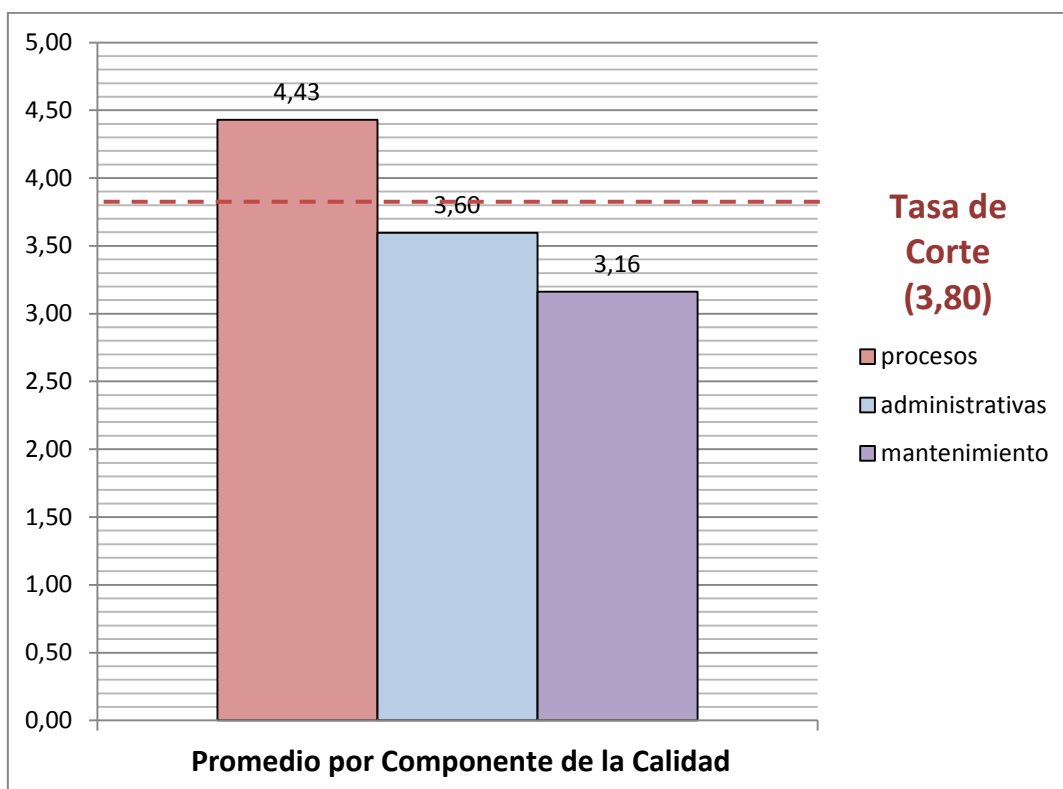


Figura 5. Promedio de calificaciones de cualidades de Procesos, Administrativas y Mantenimiento del hospital

Tras analizar las 31 encuestas realizadas a los pacientes atendidos por el departamento quirúrgico del hospital de estudio, pudimos notar que la mayoría de ellos no poseían un nivel académico bueno, ya que el 51% de los encuestados solo habían terminado el primario, el 32% de ellos habían terminado el secundario, un 10% tenía título de terciario y solo el 6% se encontraba en otra situación. A su vez, los hombres predominaban en las encuestas.

En cuanto a las preguntas que les realizamos dividimos las mismas en tres tópicos. El primero de ellos se refería a los procesos (ver anexo 3, punto 8.3, preguntas 1-5 y 10) realizados en el hospital y pudimos notar que los mismos poseían un nivel de percepción alto con respecto a los encuestados ya

que logró un promedio del 4,43 superando así la tasa de corte, que era 3,80. Distinta fue la situación observada a la hora de analizar las respuestas relacionadas con el sector administrativo, más precisamente con los tiempos de espera (ver anexo 3, punto 8.3, pregunta 6 y 7), que tuvo como resultado un promedio inferior a la tasa de corte estando en 3,60. Esto refleja los problemas existentes que son resultado de una sumatoria entre la excesiva demanda y la falta de un sistema eficiente de administración. Por último se encuentra el análisis del sector que refleja el mantenimiento (ver anexo 3, punto 8.3, preguntas 8 y 9) siendo este quien presenta un promedio menor (3,16) como se puede observar en la figura 5. Este promedio está muy por debajo de la tasa de corte propuesta para nuestro análisis y concuerda con lo observado, existe en el hospital un deterioro en las instalaciones que no tienen el mantenimiento adecuado, este se ve desde las camas y sillas de las salas de internación hasta las paredes e instalaciones eléctricas de la zona de quirófanos.

En conclusión, los tres tópicos apuntan a mostrar que aspectos se podrían corregir para una mejora en la percepción del paciente con respecto al departamento quirúrgico. Como vimos, los procesos que lleva a cabo dicho departamento están bien percibidos, pero en lo que respecta al mantenimiento y los procesos administrativos del hospital queda claro que existe la posibilidad de mejorar los mismos de manera que los pacientes logren sentirse más cómodos.

6. Conclusiones

A través de la triangulación de los distintos análisis realizados, podemos concluir que el hospital "OHD" puede mejorar su nivel de calidad. Si bien la calidad de atención se encuentra por encima de la tasa de corte en cuanto a la atención del personal médico; la limpieza y los tiempos de espera existentes para la obtención de un turno no lograron cumplir con dicho requerimiento (véase Figura 5). Así mismo, podemos ver como las cualidades del recurso humano es el factor crítico para lograr una atención adecuada a los usuarios, lo cual es reflejado por las respuestas de las personas entrevistadas. No obstante, fue aceptado que el recurso material es importante para darle continuidad a la actividad del hospital, por lo que habría que, sin lugar a dudas, haber un cierto balance entre ambos factores (véase Figura 4).

Por otro lado, se puede determinar a través del análisis realizado de las estadísticas que la demanda de los servicios prestados por el hospital "OHD" van en aumento. Esto conlleva a un peligro de saturación del sistema. Es de agregar que el tiempo crítico para realizar las operaciones se encuentra por debajo de las tres horas, con lo que la tendencia de mantener esta proporción alta, si bien no se puede explicar por un solo factor, si habla sobre el nivel de habilidad que poseen los médicos del quirófano (véase Ilustración 2).

Como parte de las conclusiones y para llegar a un mayor nivel de análisis de las causas que afectan al nivel de calidad se utilizó la herramienta del Diagrama de Ishikawa (ver Marco Teórico Capítulo 3.3).

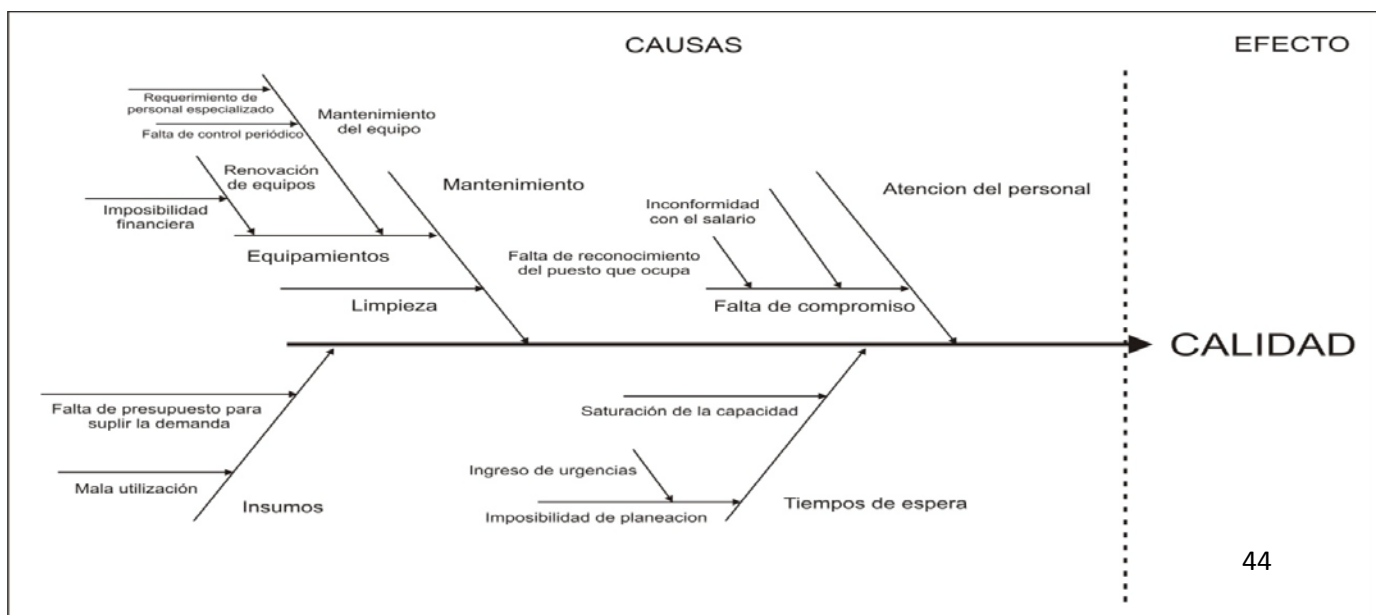


Figura 6. Análisis del caso mediante el Diagrama de Ishikawa

A través de esta herramienta se han logrado mostrar las principales causas y sus sub-causas que limitan y condicionan la calidad del hospital. En este caso se puede observar que si bien la mayoría de las causas son susceptibles de mejorar mediante la aplicación de modificaciones internas, existen otras como ser la falta de renovación del equipamiento y en parte la falta de insumos que tienen base en la falta de presupuesto suficiente. No existiendo momentáneamente posibilidad de aumento del mismo y no siendo objeto del presente trabajo encontrar alguna forma alternativa para hacerlo se dejaron de lado la solución del mencionado aspecto. Por otra parte, además de las causas que limitan la calidad que no pueden ser resueltas por falta de presupuesto, notaremos que existen muchas otras causas que si pueden encontrar solución mediante la modificación de cuestiones internas del hospital, siendo estas las que se debe buscar solucionar para alcanzar un mayor nivel de calidad para el paciente, sin depender de un aumento en el presupuesto otorgado por el Estado Nacional, Provincial o Municipal. Dentro de ellas encontraremos la Atención del Personal, que encuentra base en la falta de compromiso, que a su vez tiene como causa el no reconocimiento de los cargos que ocupan y la falta del reconocimiento, a su vez, mediante el incentivo económico, como fue marcado por el Director Administrativo (véase anexo 2, punto 8.2.4). Así también, son posibles de modificación los aspectos relacionados con el mantenimiento de los equipos y de las instalaciones que pueden ser solucionados aplicando un control periódico, semanal o mensual, según sea necesario en el caso de los equipos y analizando el servicio brindado por la compañía de limpieza contratada, dado que en caso de no estar cumpliendo como corresponde su tarea debería contactarse con la misma para conocer la causa de dicha falla para su posterior corrección.

7. Implicancias

Luego de las conclusiones planteadas, se propondrán alternativas a desarrollar para lograr la modificación de alguno de los problemas existentes y, de esta manera, aumentar la calidad otorgada al paciente.

La primera recomendación, como ya se dijo durante las conclusiones, es la de aplicar sistemas de control para el mejor mantenimiento del hospital, tanto en los equipos técnicos utilizados por el departamento como también en el equipamiento y la limpieza de las salas de internación donde se encuentra el paciente, tanto en el pre como en el post-operatorio. Esto daría un mayor confort y lograría así una mejora en la calidad del servicio brindado al paciente.

Como segunda propuesta para la solución de los problemas que acontecen en el departamento estudiado, se considera de vital importancia la obtención de aprobación por parte del Ministerio de Salud del organigrama institucional, que permitiría otorgarle a la gente que trabaja en el hospital el reconocimiento del puesto que ocupa y, al mismo tiempo, en los casos que correspondiese, la remuneración pertinente, logrando así una mayor satisfacción y al mismo tiempo un mayor compromiso con la tarea realizada.

Por último, se considera que sería de gran utilidad aplicar un sistema informático que permita una mejora en la organización de los turnos, en la administración de los historiales clínicos de los pacientes, y en la comunicación entre la parte médica y la parte administrativa del hospital. De esta forma se lograría una mayor agilidad en la labor diaria, permitiendo al médico acceder a la grilla de turnos programados y a los historiales clínicos de los pacientes que tenga que atender de manera más veloz, reduciendo al mismo tiempo el riesgo de pérdida de información de dichos historiales, que puede ocasionarse en caso de inundación, incendio o incluso extravío de alguna de las hojas del mismo.

8. Anexos

8.1 Anexo 1

8.1.1 Guía de observación

Vamos a observar:

1. Aspecto de las instalaciones tanto externas como internas
2. Como el proceso es llevado a cabo
3. Administración de la información del paciente
4. Apariencia y mantenimiento en las habitaciones de internación
5. Comodidad percibida en los pacientes
6. Mantenimiento de los equipos y tecnología del área quirúrgica
7. Confort de las instalaciones para los médicos

8.2 Anexo 2

8.2.1 Preguntas de la Entrevista

1. ¿Qué considera como los factores más importantes que inciden en la percepción de la calidad de un hospital?
2. En cuanto al área quirúrgica, ¿existen elementos que determinen la calidad que difieran con los del resto del hospital dada la tarea que se realiza? ¿Por qué?
3. ¿Qué procesos son los más críticos para satisfacer los objetivos del hospital en el área quirúrgica?
4. ¿Qué aspectos considera que se podrían mejorar en cuanto a la calidad y la implementación de los procesos quirúrgicos? ¿De qué manera?
5. ¿Cree que existe alguna restricción para el desarrollo de la calidad en los hospitales público? ¿Cuál considera que es la más significativa?
6. ¿Cree que la estructura orgánica del hospital afecta en gran medida el trabajo que el mismo realiza y los tiempos de los procesos que en él se llevan a cabo?
7. ¿Considera que para obtener un aumento en la calidad del departamento quirúrgico, es necesario un aumento en los costos de los recursos del mismo? ¿Por qué?
8. ¿Qué opina usted sobre la relación que se establece entre el área administrativa del hospital con sus distintas áreas?

8.2.2 Entrevista al jefe de quirófano del hospital

Yo: ¿Qué considera como los factores más importantes que inciden en la percepción de la calidad de un hospital?

Eduardo: Yo creo que lo más importante es además de tener el dinero para poder tener los insumos es el recurso humano. Creo que la calidad médica es lo que determina justamente la calidad en cuanto al beneficio para el paciente. Pero la calidad médica sin el dinero ni los insumos no sirven para nada. Y los insumos sin quien lo sepa utilizar como corresponde tampoco. Son dos cosas que tienen que ir juntas. Presupuesto por un lado y el proceso de un hospital

público, si es un hospital privado alguien pondrá la plata. Y luego la elección de la gente para tener una buena calidad.

Yo: En cuanto al área quirúrgica, ¿existen elementos que determinen la calidad que difieran con los del resto del hospital dada la tarea que se realiza? ¿Por qué?

Eduardo: Si, digamos, yo te voy a decir que si en cirugía, pero pasa que cada especialidad tiene lo suyo. Si bien en cirugía, desde el punto de vista legal, uno no tiene obligación de resultados, lo que se tiene es obligación de medios. Es decir, yo al paciente le ofrezco todos los medios que tengo a mi alcance; desde el humano, el técnico, o el material descartable, lo que fuere, para tratar de darles un beneficio. Pero a veces eso no se logra por un montón de factores, porque puede haber fallas en cuanto a la técnica. Después puede ser que el paciente no responda como uno espera.

Yo creo que en lo quirúrgico la diferencia quizá es, con respecto a las otras especialidades, es como que cuando uno opera a un paciente le está generando, si bien es para ayudarlo, no deja de generar una agresión. Le estoy cortando la pansa, le estoy generando dolor...eso necesita una recuperación, una rehabilitación. Entonces a veces es difícil de entenderlo, y creo que solo una especialidad quirúrgica lo comprende que cuando se te complica un paciente, lo que uno siente es diferente a lo que puede sentir a lo mejor otro especialista que le dio una medicación que no dio los resultados que necesitaba y le dio otra. Acá hay otra cosa, otro vínculo con el paciente. Vos te metiste dentro de ese paciente. Es diferente, y muchos lo critican, con "el cirujano se cree que esta mas allá de todo". Me parece que no es así, ya que cuando se cree más allá de todo es cuando se empiezan a cometer errores. Creo que es distinto que otras especialidades porque uno genera otro vinculo con el paciente, genera una agresión en el paciente... La mayoría de veces salen las cosas bien, pero hay veces que no. Hay complicaciones descriptas en cirugía laparoscópica. Un paciente vino a operarse de vesícula. La gente dice que esto es una pavada, pero no es una pavada; es una cirugía en donde hay una anestesia general donde se va a sacar un órgano. Y si, el 99.9% de las veces, viniste hoy, te operaste y mañana estás en tu casa y en una semana

estas como antes. Pero hay un porcentaje en donde se pueden generar lesiones de viabilidad, lesiones vasculares, en donde uno genera una complicación involuntaria que le puede costar la vida al paciente. Es por eso que digo que la cirugía es diferente.

Yo: ¿Qué procesos son los más críticos para satisfacer los objetivos del hospital en el área quirúrgica?

Eduardo: Y en un hospital público creo que son los insumos, que a veces los presupuestos o las licitaciones no llegan en tiempo y forma. Hay que estar buscando algo fuera del hospital o pedir a otro hospital y después devolverlo. Los insumos, a veces el banco de sangre... Hay ciertas especialidades que tienen a los pacientes 15, 20 días, un mes porque no le llega la prótesis. Eso en el hospital público se ve bastante. Uno trata de solucionarlo de todas formas. Pero a veces, no sé, yo quiero un hilo determinado no hay, y voy a utilizar otro, pero ese tal vez no es de la misma calidad o de la misma resistencia del cual se hubiese pedido. Pero uno se las va arreglando de esa manera, pero creo que ese es el tema de los insumos.

Yo: ¿Qué aspectos considera que se podrían mejorar en cuanto a la calidad y la implementación de los procesos quirúrgicos? ¿De qué manera?

Eduardo: Yo creo que para un servicio de cirugía funcione en condiciones, creo que este es uno de ellos, hay que tener protocolos para las distintas patologías. Es decir, hay servicios que van a decir que vamos a operar la colecistectomía laparoscópica con técnica francesa y hay otros que te van a decir que no, que lo hacen con técnica americana. No vayas a operarle al que quiere uno con la otra, porque es para problema. Hay servicio que te dicen que cuando uno opera un apendicitis, cerramos la piel con puntos separados por si se hace un absceso uno saca un punto y soluciono el problema. Y hay otros que te harán una sutura intradérmica porque es una mujer joven y busca el tema estético. Ese tipo de cosas son las que en un servicio generan problema.

Cirugía es una especialidad que sigue siendo muy verticalista. Yo creo que está bien que sea así para que las cosas se cumplan y salgan lo mejor posible. Pero de repente, yo me acuerdo cuando operábamos afuera, tu papa,

hacia para las vesículas una incisión que se usaba para-mediana. No vayas a hacer otra, no podías. En el hospital "XXXX" teníamos una subcostal y no se te ocurra una para-mediana, porque eso significaba en la residencia una guardia castigo. Había cosas muy regladas, eso es el protocolo, que este todo bien reglamentado paso por paso para que todos hagan lo mismo. Por supuesto, eso el jefe da la idea y después por consenso de los médicos de planta. No es que se le ocurrió a un loco hacerlo así. Y hay motivos, es decir, un tipo que hacia una para-mediana te decía que tenía menos complicaciones que el que hacia una subcostal. Uno puede criticar al otro, y quizás los dos tengan la razón en lo que están diciendo. Pero bueno, uno hace, con lo que va mejor sigue trabajando. ¿Y si a vos te va bien con una y para que vas a probar con otra? Es cirugía puntualmente los protocolos de trabajo es fundamental. Así no se convierte en una banda de cirujanos que viene cada uno a hacer lo que quiere. Eso pasa a veces donde los médicos de guardia no son los mismos que los médicos de planta. Acá por suerte la gente que hace guardia es la misma que pertenece el servicio. Si no, el de guardia vendría, hace la guardia y se fue, haciendo lo que quiere y al siguiente día se lo come el residente, aunque sí estuvo participando o no.

Yo: ¿Cree que existe alguna restricción para el desarrollo de la calidad en los hospitales público? ¿Cuál considera que es la más significativa?

Eduardo: No, creo que no. Por lo menos acá, con la experiencia que yo tengo, que estuve en varios lugares, a mí nadie me dijo que esto no lo haga, aquello tampoco. A lo mucho me habrán dicho hacelo de esta manera. Pero restricciones, no, el limite dependerá de las cosas que tengas. Si no tenés una prótesis para una cirugía de cadera, la restricción será la prótesis. Si vos tenés el recurso humano, el tipo que lo sepa hacer que más o menos lo haga bien y sin complicaciones. Ósea, sin complicaciones no existe, seria con la menor cantidad de complicaciones posible. Porque errores cometemos todos. El que te dice que no cometió error, tenés que irte corriendo de esa especialidad quirúrgica porque está mintiendo. Errores hay, pero lo importante es equivocarse lo menos posible. La limitación te lo va a poner que necesites algo y que no lo tengas. Es decir que tengo que operar una eventración gigante, una eventración es como si fuese una hernia donde hubo una herida quirúrgica, eso

es una eventración, donde yo necesito para reparar ese daño necesito una malla, y no tengo la malla. Bueno la limitación será que no tengo la malla, porque tengo quien lo sepa hacer, está el paciente, la estructura de hospital me puede aguantar ese paciente, es decir si necesito un respirador, una terapia intensiva, un comité de infectología por crecimiento, todo eso funciona. Entonces funciona el comité de infectología pero si no tengo los antibióticos y qué le puedo brindar, qué puedo hacer. Creo qué pasa por ahí.

Yo: ¿Cree que la estructura orgánica del hospital afecta en gran medida el trabajo que el mismo realiza y los tiempos de los procesos que en él se llevan a cabo?

Eduardo: Sí, yo creo que sí. Una buena conducción del hospital, donde además de conducción haya gestión. Es decir, acá pasa que los directores van directamente a La Plata cuando ven que se está terminando algo para pedirlo antes de que se acabe o antes que venga la próxima licitación porque sabemos que no alcanza con las cosas que tenemos, creo que es fundamental. Una buena dirección ejecutiva, que es la cabeza, con una buena dirección administrativa que exista, que vaya, que pida, que patalee creo que es fundamental para que funcione. Afecta a los tiempos, es claro. Si de repente yo tuviese, yo dispongo del dinero para la prótesis de rodilla importada que cuesta, por decirte cualquier cosa, \$50000 que es la mejor de todas contra 10 de las prótesis nacionales que te van a dar, si yo dispusiese de ese dinero y digo que la voy a comprar hoy, la compro mañana, quien te lo está esperando un mes y veinte días? Espera 24-48 horas como ocurre en la mayoría de los prepagos más o menos serios. El paciente no está tanto tiempo esperando. Si ya está el pedido, ya está la prótesis, a los 3 días ya esta operado. Por eso creo que es fundamental contar con el recurso, contar con la gestión y contar con la gente que se ocupe de tratar de conseguirlo.

Yo: ¿Considera que para obtener un aumento en la calidad del departamento quirúrgico, es necesario un aumento en los costos de los recursos del mismo? ¿Por qué?

Eduardo: Quizá no estaría tan relacionado. Me parece que la calidad depende, en lo quirúrgico, que es una habilidad manual, un tipo sin habilidad manual, por

más que sepa demasiado, y va a poder seguir sin hacer algo más o menos como la gente. Si yo me pongo a pintar, seguramente soy un desastre. No tengo habilidad y no tengo talento para hacerlo. Si el pintor se pone a operar le va a pasar lo mismo. Me parece a mí, que la calidad en ese aspecto está en la calidad humana, medica, en la calidad del cirujano. Que después necesite todo lo otro seguro, porque cualquiera de nosotros puede ser un excelente cirujano, pero si no tengo los instrumentos adecuados o no tengo los materiales adecuados, voy a estar muy limitado. Si bien las cosas están juntas, no me va a servir tener todas las prótesis, todas las mallas, todos los hilos, el mejor instrumental, si no se cómo utilizarlo. Son cosas que van juntas, pero creo que es fundamental en este punto la formación quirúrgica del cirujano.

Yo: ¿Qué opina usted sobre la relación que se establece entre el área administrativa de un hospital con sus distintas áreas?

Eduardo: También creo que es fundamental. Una dirección administrativa que te cierra las puertas es una dirección administrativa que no se va a enterar de los problemas que haya en cada sector. Me parece que es fundamental que haya buena comunicación, buen feeling entre la parte administrativa. El director administrativo por lo general no es un medico, en general es alguien que puede tratar números más que de medicina. Uno le puede explicar la parte médica, pero el resto que le corresponde es solucionar el problema por si de repente, digamos, se te quemó la lámpara de la fuente de luz de la torre de laparoscopia que me la cambie o que mande al personal de mantenimiento para arreglarlo. Me parece entonces que es fundamental que con cada área en particular la dirección tenga una relación para enterarse de las cosas que están pasando.

8.2.3 Entrevista jefe de cirugía del hospital

Yo: ¿Qué considera como los factores más importantes que inciden en la percepción de la calidad de un hospital?

Horacio: En primer lugar tener un buen recurso humano, segundo tener un buen plan de trabajo basado en el respeto y la ética, y tercero tener una buena

organización socio-sanitaria, para atender la demanda, sabiendo cuales son los límites de la capacidad de dicho hospital. Es necesario hacer una optimización de los recursos técnicos.

Yo: En cuanto al área quirúrgica, ¿existen elementos que determinen la calidad que difieran con los del resto del hospital dada la tarea que se realiza? ¿Por qué?

Horacio: Por supuesto, se evalúa primero los resultados teniendo en cuenta la morbi-mortalidad o sea la cantidad de complicaciones y de muertes producidas por las operaciones, la cantidad de cirugías que se realizan en relación a la capacidad de dicho hospital, el número de infecciones y la capacidad de seguimiento de los pacientes, resaltando el tiempo de reubicación social.

Yo: ¿Qué procesos son los más críticos para satisfacer los objetivos del hospital en el área quirúrgica?

Horacio: La limitación de la complejidad y capacidad de las cirugías a realizar, de acuerdo al recurso humano, capacitación del mismo y la tecnología disponible.

Yo: ¿Qué aspectos considera que se podrían mejorar en cuanto a la calidad y la implementación de los procesos quirúrgicos? ¿De qué manera?

Horacio: Evidentemente el nivel de inversión y el nivel de capacitación del recurso humano dedicado a la cirugía. En los países más desarrollados la curva de aprendizaje se hace en muñecos o virtual, antes de trabajar en los seres humanos. Nosotros tenemos gente en formación, como ser los residentes; tenemos alumnos de grado; tenemos médicos del servicio en continua evolución los cuales deben ser tutorizados en su accionar para dar la máxima seguridad al paciente.

El mantenimiento estructural es fundamental para asegurar estos principios.

Yo: ¿Cree que la estructura orgánica del hospital afecta en gran medida el trabajo que el mismo realiza y los tiempos de los procesos que en él se llevan a cabo?

Horacio: Sí, eso es verdad, hay demoras y muchas veces referidas a la falta de compromiso. Eso está en relación a que las carreras médicos hospitalarias no consideran ni tienen en cuenta el concepto de premios y castigos. Creemos de todas maneras que en las ciencias bilógicas aplicadas a la salud pública debe tenerse siempre en cuenta el concepto de costo-beneficio para saber cuál es el nivel de inversión asociado al resultado y satisfacción del usuario.

Yo: ¿Considera que para obtener un aumento en la calidad del departamento quirúrgico, es necesario un aumento en los costos de los recursos del mismo? ¿Por qué?

Horacio: Sin caer en la presión de la industria, es evidente que las nuevas tecnologías han permitido y permitirán superar nuestros logros, y la aparición de lo nuevo hace que tengamos expectativas para mejorar la cantidad y calidad de vida de los pacientes. Para ello se necesita cada vez más nuevas inversiones. Para hacer una comparación, una computadora o un teléfono de 5 años de uso, puedo parecer obsoleto.

Yo: ¿Qué opina usted sobre la relación que se establece entre el área administrativa de un hospital con sus distintas áreas?

Horacio: Importantísimo, ya que es el sostén definitivo para poder mantener una estructura coherente, sobre todo cuando se masifica la atención. Recordemos que hay un porcentaje no desdeñable, de complicaciones y muertes por errores del sistema, para poner un ejemplo los Estados Unidos de Norte América que consideran que el 20% de las muertes que ocurren en un hospital corresponden a errores de sistema donde lo administrativo juega un rol importante, además de la administración de recursos, y la planificación que es obligación del área administrativa.

Como corolario nuestro sistema de salud es destacable por su universalidad, pero como nos conducimos en nuestras actividades somos un país con una desorganización organizada.

8.2.4 Entrevista director administrativo del hospital

Yo: Entonces la primera pregunta sería ¿Qué considera como los factores más importantes que inciden en la percepción de la calidad del hospital?

Darío: El factor más importante es el usuario del hospital, yo hace 12 años que administro el hospital y lo administro siempre pensando en el usuario. Es decir nosotros tenemos que prestar un servicio a la comunidad que es obligatorio, tiene que ser gratuito y tiene que ser eficiente, por ende cuando vos administras si lo administras solamente pensando que tenés que alcanzar los objetivos y desplazas como objetivo final al paciente, al usuario del hospital te estás equivocando. Y la regulación del servicio es escuchando al usuario. Netamente es eso, vos te das cuenta si vas en buen rumbo, y cuando digo buen rumbo me refiero a la atención, a la calidad de recurso humano, tanto médica como no medica, administrativos, técnicos, como también los insumos. Es decir son los que te demuestran constantemente si el servicio está bien brindado y si las compras, cuando digo compras me refiero de los insumos descartables, medicamento, hasta el servicio tercerizado como puede ser limpieza, seguridad, cocina, es el fiel reflejo de la realidad, vos cuando tenés contacto con los pacientes te das cuenta si el hospital está funcionando bien o mal. El usuario es lo que te marca la tendencia si estas, digamos, brindando un servicio adecuado, o estas creyendo que lo que estás dando es bueno o malo, ¿sí? Porque es la queja, es el que te golpea la puerta, te llama por teléfono, te presentan una nota, “no me llega la comida”, “la comida me llega fría”, “el médico no vino”, “el medicamento que me tienen que dar demora”, “la prótesis, estoy hace diez días tirado en una cama”, entonces, ahí es donde vos tenés que hacer los ajustes administrativos. Dentro de lo que es el hospital, si vos escuchas al usuario, tenés el perfil de organización y el rumbo que estas llevando.

Yo: bueno pasamos a la otra que es, en cuanto al área quirúrgica.

Darío: si

Yo: si existen elementos que determinen la calidad que difieran con el resto del hospital, dada la tarea que se realiza.

Darío: mira, la actividad quirúrgica es una actividad de área cerrada, nosotros cuando administramos el hospital las áreas cerradas tienen un privilegio mejor dicho más atención que otras áreas, por la calidad de paciente que ingresa. La actividad quirúrgica, igual que la terapia intensiva, neonatología, terapia neonatal, son lugares donde la calidad del paciente requiere más cuidado, más atención y requiere una medicación descartable más puntual que en otra área. En otra área vos podés tener hasta una demora en algún medicamento o en algún descartable, en esas áreas no, vos tenés que tener todo al pie del cañón, tenés que tener todo en un estado razonable, tenés que tener recurso humano, tenés que tener la anestesia, tenés que tener el servicio de anestesia, que no depende del hospital. Entonces vos tenés que organizar, de repente, el quirófano con variables propias y variables ajenas, el servicio de anestesiología no lo contratamos nosotros. Entonces tenés que tratar de organizar el quirófano con gente del ministerio del nivel central, que está a noventa kilómetros de acá, donde ellos te aseguren que el contrato está firmado, que ellos están cobrando en tiempo y forma, para que vos puedas brindar un servicio. Es decir, un quirófano bien armado con buen equipamiento, buenos profesionales del hospital, buenas instrumentadoras, y no tenés anestesia es igual que no tenerlo. Bueno esto es todo un engranaje tiene que coincidir exactamente todo. Y obviamente que quirófano, tiene una instrumentación mucho más compleja que también en otro lado, es decir, avanza muy rápido, yo como les decía hace doce años que estoy en el hospital, y en doce años uno ha visto lo que se ha incrementado la tecnología en lo que es aparatología de quirófano. Entonces si requiere una atención especial, por los trocales, por las torres de la paroscopia, por los equipos de rayos que llevan adentro, por el tema de las pinzas, van saliendo tecnologías nuevas que realmente tenés que estar a la par de esa tecnología para tener un hospital adecuado, ¿no? Es decir, yo no creo que los hospitales tienen que tener un quirófano de hace veinte años atrás, vos tenés que ir actualizándote. Porque aparte hoy los mismos residentes, los mismos médicos se van actualizando, hoy la comunicación es mucho más rápida que hace veinte años atrás, no estamos hablando de hace cincuenta, hace veinte años atrás. Entonces hoy se actualizan mucho más rápido, internet hace que vos conozcas el último equipo que salió en la otra parte del mundo, y toda esa demanda viene acá. Volvemos a la primera pregunta, vos en que lo enfocás, en

la atención del usuario. Si yo tengo buen equipamiento opero mejor, opero más rápido y la recuperación del paciente es mucho más rápida, entonces vos provocas que la rotación de camas que es costo sea mas ágil que una intervención convencional que requiere siete, diez días, de repente con una aparatología nueva son cuarenta y ocho horas de internación, menos comida, menos sabanas, menos antibiótico, menos medicamento. Pero si, quirófano, que es un área quirúrgica, requiere una atención importante igual que otras áreas cerradas.

Yo: La tercera pregunta seria, ¿Qué procesos son los más críticos para satisfacer los objetivos del hospital en el área quirúrgica?

Darío: hay un tema, esta todo relacionado las preguntas, a que lo llevo, a que a todos nos gusta tener lo último, y lo último en medicina da confort al paciente y da seguridad al médico. Entonces a mí que me toca administrar el hospital, como siempre digo, me parece muy bueno y me parece espectacular que cada jefe de área se preocupe de su servicio, pero yo como administrador del hospital tengo que administrar todo el hospital, todas las áreas. Entonces yo tengo una demanda constante personalizada de cada servicio, el tema es que es imposible, por lo menos hasta ahora en medicina, que la parte económica administrativa, sea ilimitada al igual que la demanda médica. Es decir el médico, la profesión médica, y volviendo al tema de quirófano, los pedidos son ilimitados, por la cantidad de aparatología y medicamentos, van saliendo medicamentos nuevos entonces vos tenés un pedido constante, lo cual, el presupuesto anual es limitado, es totalmente limitado entonces, la dificultad es satisfacer la necesidad de todos los jefes de servicio, y quirófano es uno, es decir, es uno por una cuestión te vuelvo insistir, de la seriedad que requiere ese servicio porque es un área cerrada, vos hay intervenciones quirúrgicas que bueno, el doctor, el jefe del servicio te lo puede explicar mejor que yo, que son de treinta minutos y hay intervenciones quirúrgicas que son de horas. Entonces vos tenés que darle un buen lugar, tenés que darle un buen equipamiento, y el médico se tiene que sentir seguro, pero no seguro solamente por su conocimiento, sino seguro con todas las variables externas a él, el monitor que funcione, la anestesia que funcione, las pinzas que corten bien, la mesa de anestesia que funcione también bien, que los service estén hechos. Entonces

es muy difícil satisfacer cuando vos tenés un pedido constante, constante te diría semanal, de todos los jefes de servicio. Es decir esto no, uno le gustaría planificarlo de alguna otra manera pero cuando vos planificas algo ahora que estamos en los primeros días de noviembre y en marzo surge seguramente alguna novedad como en medicamento como en tecnología, “no y vamos a tratar de cambiarlo” y “salió esta pinza”, y los valores hoy son importantes, es decir, hoy se usa mucho descartable que hace muchos años atrás. Entonces el descartable hace que el uso sea mucho más ágil, mucho más seguro, pero también es oneroso, y el presupuesto de la provincia de buenos aires es muy acotado, entonces uno tiene que estar haciendo malabares con la oferta y con la demanda, entonces vos podés ofertar hasta cierto límite pero la demanda es constante, si? Entonces se hace muy difícil satisfacer lo que pide cada jefe de servicio. Que es correcto, yo siempre me pongo en el lugar de ellos y digo “yo haría lo mismo que ellos”, yo me preocuparía por mi área, como yo me tengo que preocupar por todas las áreas del hospital, desde la limpieza, desde la guardia, del quirófano, de la terapia y en todas las índoles, es decir de la limpieza, la seguridad, los insumos, del equipamiento, del mantenimiento, ¿si? Porque estas estructuras hospitalarias a veces se hacen mucho más fácil y cómodo poder adquirir equipamiento, o agrandar algún lugar del edificio, lo que se hace muy difícil es mantener, porque atrás de eso necesitas un mantenimiento, y hoy el mantenimiento avanza muchísimo también, porque hoy está muy computarizado, vienen los equipamiento con integrados muy cerrados. Antes vos abrías el equipo y cualquiera que tenga el conocimiento, un técnico lo podía hacer, hoy necesitamos un ingeniero para arreglar y resolver los desperfectos en electro medicina, entonces se hace muy difícil.

Yo: estamos por la cuarta, que sería ¿Qué aspectos considera que podrían mejorar en cuanto a la calidad y a la implementación de los procesos quirúrgicos? ¿De qué manera?

Darío: bueno a ver, cirugía tiene todo unos procedimientos medico y administrativos en relación a los turnos, a la atención, a lo que es el pre quirúrgico, a lo que es dentro del quirófano. Uno lo que buscaría es que cada paciente que requiere una intervención programada, porque las urgencias acá no entrarían en la variable por una cuestión de que es justamente una

urgencia, el paciente que ingresa entra a quirófano, en caso que requiera la intervención, sino lo programamos. Yo siempre digo la intervención programada trae aparejado todo un movimiento, no solamente hospitalario sino, hospitalario, paciente y familia. Uno cuando tiene que operarse pierde la noción del nervio porque está acostumbrado a la vida cotidiana, al paciente, al quirófano, pero el paciente que se tiene que operar tiene que hacer todo un movimiento familiar, que faltar al trabajo, donde dejo a los chicos, como organizo mi casa, no vengo por tres o cuatro días, entonces esto hace que se ponga nervioso, y lamentablemente es tanta la demanda que tenemos para cirugía, que uno va postergando las intervenciones, y de repente los turnos son prolongados, esa es una variable importante que tenemos que trabajar para ver cómo podemos satisfacer esa necesidad del paciente. Yo creo que uno de los secretos para poder resolverlo, en contra de los médicos y los cirujanos, es empezar a operar a la tarde, es decir los hospitales estamos acostumbrados históricamente que funcionan a la mañana, y a la tarde generalmente, el mismo medico atiende en su consultorio privado fuera del hospital, o en un ámbito privado. Yo creo que hay que empezar a desglosar guardias, es decir las guardias 24 horas tienen que dejar de existir, el tema es que es una cultura que esta implementada hace muchos años, esas guardias convertirlas en guardias de doce horas y esas doce horas repartirlas también por la tarde. Entonces vos tenés médicos que no están tan cansados, porque hay que estar veinticuatro horas, vos tenés las guardias que son guardias activas donde estas todo el día trabajando, donde tenés una demanda constante y de repente te toco una guardia donde te cayo un paciente solo, lo atendiste, lo operaste, entraste a quirófano dos o tres horas y después no operaste mas. Pero también como dice un ministro actual de la provincia, si a vos te tienen que operar ¿te gustaría que seas el primer paciente de la mañana o el último paciente? Y yo quiero ser el primero, donde el médico está más lucido, donde tiene más ganas, donde tiene la concentración para hacerlo, veinticuatro horas de guardia y a mí me toca ser el paciente de la hora veintidós...nadie le está sacando merito al médico esa es la realidad pero no deja de ser un ser humano, entonces, ahí es donde está el inconveniente. ¿Cuáles son los desperfectos que podemos ver en quirófano? Y puntualmente hay que organizar bien el poder ampliar la carga horaria, pero esto trae costos, si, cuando uno toma una

medida también tiene la otra medida que es el costo, es decir ¿tengo yo el recurso económico para afrontar esa suba de oferta? Como primera medida. Cuando uno habla de quirófano, habla de laboratorio, porque tengo que hacer más laboratorio, y tengo que hacer más placas, y tengo que hacer más electros, entonces también necesito ese recurso humano que lo haga. Eso también es otra variable importante para tener en cuenta. Pero siempre, siempre que se trabaja en el hospital yo estoy totalmente convencido de que hay que trabajar y enfocarlo al paciente, porque si no se desvirtúa el hospital. El hospital no es una empresa como puede ser una clínica que uno tiene un fin económico “Yo como dueño de la clínica trabajo para que a mí me rinda y a fin de mes o a principio de mes pueda tener una utilidad”, acá la utilidad es siempre la misma que es el sueldo que tenemos todos, entonces tenemos que tratar de enfocar las energías no en que la empresa gane dinero sino que el usuario se vaya satisfecho y se pueda evacuar por lo menos las necesidades que tiene. Entonces tenemos que organizar el tema de los turnos, organizar la lista quirúrgica, y otro tema muy importante es entablar todo un movimiento del paciente interno donde el paciente pueda hacerse en veinticuatro, cuarenta y ocho horas, todos los estudios necesarios, vos el pre-quirúrgico, la placa, el electro, el análisis de sangre, entonces es una cuestión de que vos no podés venir hoy para operarte dentro de diez días y decirte “bueno venga el viernes que le hacemos el análisis de sangre, venga el martes que le hacemos el electro y venga el jueves que le hacemos la placa” y después tenés que volver el viernes para que te vea el cirujano y que te vea el anestesista. Es una desorganización interna, y al mismo tiempo es un desgaste no solamente en la salud, en el tiempo, sino económico para el paciente. Generalmente el usuario del hospital, son pacientes de recursos limitados económicamente, entonces tres pesos que tenga que pagar un colectivo, venir caminando y sentarse a esperar, y eso hay que evaluarlo, son todas variables que uno tiene que tener en cuenta cuando uno toma una decisión en el hospital. Entonces la idea, el proyecto del hospital es centralizar la admisión, estamos trabajando, creemos que para antes de fin de año, seguramente, lo vamos a poder hacer, donde justamente va a haber una persona que va a estar trabajando para que el paciente, en un mismo día, pueda hacer toda esta rutina, que venga por lo menos pierda un día adentro del hospital, que le lleve seis horas pero en seis

horas que se vaya con todo, entonces vuelve dos veces, el día que me hago los estudios y la segunda vez cuando vengo a ver al cirujano y al anestésista para que vean los resultados de los exámenes. Esa es una cuenta pendiente que tiene el hospital de organizar, es decir, lo estamos haciendo pero pautado.

Yo: sí, la cinco, ¿cree que existe alguna restricción para el desarrollo de la calidad en los hospitales públicos? ¿Cuál considera que es la más significativa?

Darío: mira, la calidad en los hospitales públicos, si hablamos de la parte médica, yo creo que no hay un techo, no hay un techo porque los médicos puntualmente del hospital vienen de afuera del hospital, porque lo vemos, lo comparto, yo tengo la posibilidad de que como decía que hace doce años aproximadamente que administro el hospital pero hace quince que trabajo en el hospital, y viven actualizándose, hay muchos congresos, hoy la información hace que estén actualizados, la verdad es que no hay un techo, de la parte médica. De la parte administrativa, sí, de la parte administrativa yo estoy convencido y es una discusión permanente que tengo con los directores ejecutivos que han pasado y actual del hospital, discusiones sanas, discusiones de charla, no pelea, y con las autoridades del nivel central que he tenido la posibilidad de exponer. Yo creo que falta un interés importante en la parte administrativa. Los ministros de salud son todos médicos, generalmente los subsecretarios son todos médicos, entonces le falta al ministerio de salud una rama administrativa importante. Generalmente la rama administrativa que tiene el ministerio es presupuestaria, a ellos le interesa que los números cierren, que podamos tener la gasa, el alcohol, la jeringa, pero no hay una rama dentro del ministerio de capacitación importante. Hay convenios con la Universidad de La Plata, estamos lejos, noventa kilómetros, se nos hace muy difícil, si queremos hacer una capacitación nosotros ir hasta allá, hay cursos los cuales yo he hecho varios, en la Casa de la Provincia de Buenos Aires, en la Ciudad Autónoma, queda más accesible, pero bueno, el tema es que quien accede como primera medida, generalmente accedemos los jefes de compras, la jefa de recursos humanos, no accede el empleado que es el que tiene la relación con el paciente, que es el que te atiende abajo, el que te da los turnos, el que dirige, el que te recibe la facturación. Entonces le falta una capacitación

importante, digamos en salud estatal, lo que es la provincia necesita un curso, necesita que haya una capacitación permanente, porque las herramientas informáticas van cambiando, las herramientas de captación de obras sociales que para nosotros es esencial, programas nuevos como el plan nacer o sumar, necesitan actos administrativos distintos, no puede ser que haya gente en el hospital que este en la parte administrativa y no sepa hacer una conciliación bancaria por ejemplo. Uno le explica, se sienta, les enseña, pero tiene que haber una estructura, una cabeza que es el nivel central que es el que tiene que bajar eso, es decir yo no me puedo sentar, lo hago y la verdad que me encanta, pero no tiene que nacer de la dirección administrativa decir te explico cómo es una conciliación, tiene que haber departamentos de docencia administrativos como hay médicos. Porque esto es un trabajo combinado entre los médicos y los administrativos, el que cree que el hospital funciona con médicos y enfermeros solamente está equivocado, porque para poder curar, necesitan que nosotros compremos, gestionemos, organicemos y si no estamos nosotros esto no dura nada, como así tampoco sirve un hospital lleno de técnicos, enfermeros y administrativos si no están los médicos. Pero bueno volviendo al tema, teniendo siempre autoridades medicas en el nivel central y no teniendo nunca un departamento de relevancia administrativo hace que siempre la pata, la cuarta pata de la mesa, la pata administrativa sea la más corta, sea la que bueno, no hay recurso, no importa, vemos el mes que viene, vemos el año que viene, y así, este hospital es un ejemplo, este hospital perdió en los dieciséis años veintiséis administrativos. Yo en el corriente año, se jubiló el jefe de compra, que es una persona clave en la institución, se perdió un nombramiento, directamente la gobernación por causa económica, ha congelado hasta nuevo aviso las altas por las bajas producidas durante el año. Entonces tenés que sacar personas de otra área, ir formándola y en realidad vas desvistiendo un santo y vistiendo otro como se dice vulgarmente porque no hay algo armado seriamente. Entonces tenemos un techo muy importante en lo que es la parte administrativa y creo que tenemos una capacitación muy abierta y prolongada en el tiempo en la parte medica y en la parte enfermería también, porque tengo que reconocer que en los últimos dos años el ministerio de salud le está dando mucha importancia a enfermería que se habían olvidado, es decir hay muchas capacitaciones, muchos cursos, nosotros tenemos la suerte de

tener a la gente de UNICEF ayudándonos, entonces hay cursos permanentemente, pero si, nosotros los administrativos yo considero que todavía nos falta ocupar un buen espacio.

Yo: la sexta pregunta dice ¿cree que la estructura orgánica del hospital afecta en gran medida el trabajo que el mismo realiza y los tiempos en los procesos que se llevan a cabo?

Darío: bueno a ver, en el Estado hay mucha demora, para llegar a cumplir lo que uno quiere, y esa es una. Es decir nosotros recién les podríamos decir que este año estamos presentando, y que el ministerio lo acepte, porque en realidad lo hemos presentado en muchos años anteriores, lo que es el organigrama funcional del hospital. No estaban reconocidos durante años, jefaturas, cargos, para que ustedes tengan idea recién el año pasado se concursó la jefa de recursos humanos después de quince años que el hospital tiene vida, esto hace que una persona con una función y una responsabilidad como es una jefatura de recursos humanos donde tenés casi quinientos sesenta empleados a cargo, cobre el mismo sueldo que un administrativo que da turnos. Siempre digo, todos los engranajes son importantes, no quiere decir que sea más importante la jefa de recursos humanos que una persona que da turnos, pero si la responsabilidad es totalmente distinta, entonces la jefa de recursos humanos durante diez años estuvo cobrando exactamente el mismo sueldo que el administrativo que da turnos, que tiene otra clase de responsabilidad. Nosotros estamos ya terminando el organigrama, lo presentamos en dos oportunidades, vino con dos observaciones, yo creo que el organigrama te aclara la organización, te aclara por qué, porque se cuáles son mis obligaciones y cuáles son mis derechos puntuales en mi función. Cuando yo te digo que vos sos jefe y no te lo puedo respaldar en un papel, no te lo puedo respaldar económicamente porque tu recibo de sueldo dice lo mismo que un subordinado tuyo te encontrarás con que, si, lo haces porque te gusta, lo haces porque le pones esmero, pero vos necesitas un acompañamiento en el tiempo que tiene que ser económico, tiene que ser en la capacitación, sentirte orgulloso que vos sos jefe de un área y las cosas buenas y las cosas malas tenés tus premios y tus castigos para llevarte. Yo creo que el año que viene va a ser puntual justamente en la organización del hospital, el director ejecutivo es

un director nuevo, justamente asumió en enero de este año, es un doctor donde, le interesa mucho la parte organizacional, justamente el se puso a la cabeza para terminar el organigrama y el está convencido de que una vez que esté aprobado por el ministerio, el hospital va a...tiene que existir un cambio, tiene que existir un cambio porque yo como jefe de cierta área ya sé que aparte de tener los derechos y las obligaciones para cumplir y llevar a cabo mi área tengo que rendir cuentas. Entonces mientras yo no tenga nada firmado, no tengo un sueldo que me lo pague, lo estoy haciendo hasta de favor si querés llamarlo de alguna manera, pero cuando vos lo cobras, tenés una disposición y tenés una obligación de llevarlo, tenés que rendir cuenta a los superiores, como nosotros rendimos cuenta al ministro de salud, al director provincial de hospitales y al viceministro de salud, por ende ellos tendrán que rendir cuenta a la dirección del hospital, cuales son los proyectos, que es lo que están haciendo, que es lo que pretenden hacer, si? Es muy importante, lo cual yo considero también que al médico le cuesta mucho la parte administrativa, no le gusta. El médico es reacio a escribir, es reacio a...ellos lo ven como una pérdida de tiempo, les digo porque en reiterados años les he pedido que nos sentemos, que planifiquemos las compras del año que viene, que insumos quieren implementar, y me cuesta muchísimo, entonces yo creo que con un organigrama ya planificado, aprobado, puesto sobre la mesa con los concursos que se están haciendo se va a tomar de otra manera, se va a tomar de otra manera. Pero si no tener un organigrama funcional armado y aprobado nos trae grandes problemas, nos trae grandes problemas, y en lo diario eh, porque vos tenés por ejemplo hoy que no tenés jefe de guardia porque no encontrás el perfil, porque no hay nadie que lo quiera agarrar porque no hay una retribución económica o no hay una disposición donde diga que sea, entonces tenés un inconveniente a las siete de la tarde y te llaman por teléfono y lo tenés que tratar de resolver vía telefónica, cuando vos tengas un organigrama planteado, yo se que el doctor "X" es el jefe de hoy y tendrá que resolver los inconvenientes que surjan día a día, hora a hora, dentro del hospital. Entonces, fundamental que una organización tenga un organigrama, es fundamental.

Yo: la séptima pregunta dice ¿considera que para obtener un aumento en la calidad del departamento quirúrgico es necesario un aumento en los costos de los recursos del mismo? ¿Por qué?

Darío: a ver, si pienso en el paciente, te diría que puede subir el costo a nivel de inversión, y cuando es inversión no es costo. Justamente volviendo a una de las preguntas anteriores yo digo, yo invierto en el quirófano, en equipamiento, en aparatología, en instrumental y en medicamento de punta de última generación. Si yo lo tengo que costear todo eso, yo lo veo como una inversión y no como un costo, por qué. Porque la recuperación del paciente es rápida, porque la rotación de camas es más rápida, corre muchísimo menos riesgo el paciente de infectarse con alguna bacteria hospitalaria, eso hace que tenga menos uso de antibiótico, menos jeringa, menos comida, menos horas de enfermería, menos papel, entonces cuando vos costear el paciente, yo estoy convencido de que hay que invertir en los servicios, justamente el quirófano que es uno de los lugares donde hay intervención quirúrgica abierta, donde el paciente está más expuesto a las infecciones, a las bacterias hospitalarias, si vos no tenés un buen quirófano, un buen equipo, buena instrumentación, tenés después, buenos líquidos para hacer la esterilización que corresponde, buena ropa, cuando se da todo eso se ve reflejado que el costo baja. Entonces ¿hay que invertir? Si hay que invertir, pero hay que invertir seriamente, no por capricho, digamos no es que “salió un equipo nuevo que a mí me gusta porque...” no, a ver, la idea es que haya una planificación, un por que compramos esto, cual es la causa de la compra y cuál es la consecuencia, y la consecuencia no se tiene que ver solamente en que a mí una operación quirúrgica que hago en cuarenta minutos con el equipo nuevo la hago en veinte, es decir tiene que ser un combo de lo hago en veinte minutos, el paciente lo tolera mucho mejor, tengo el alta mucho más rápida, tiene que ser ciertas variables que nos tenemos que poner de acuerdo y obviamente pensar en la estructura que tenemos que es estatal, no? Uno aunque le encantaría tener la tecnología de punta se nos hace muy difícil por los costos, yo como hospital de autogestión no me puedo endeudar, yo no tengo la potestad de sentarme con un proveedor y decirle quedate tranquilo que yo te lo pago en seis cuotas, porque nosotros administrativamente tenemos la ley de

contabilidad de la provincia donde me solicita contrataciones directas, licitaciones privadas, y no existe la posibilidad del endeudamiento. Entonces justamente en el mes de octubre en una reunión que hubo en el ministerio yo propuse de ver si por disposición ministerial podemos sacar la figura del leasing, que es un alquiler con la finalidad del equipamiento en el hospital, me da la sensación que podría ser una opción para que los hospitales podamos tener un equipamiento mucho más moderno más rápido, y no decir bueno voy a juntar ciento ochenta mil pesos, cien mil pesos para comprar solamente un equipamiento, de repente puedo hacer que ingresen al hospital mas equipos, con cuotas fijas, lo prolongo en el tiempo pero yo se que en doce meses pude adquirir diez equipos y no dos o tres equipos por año. Pero creo que el costo, lo que hablamos costo, todo tiene costo, pero la finalidad del costo cual es, es decir, que a mí me suba la erogación del hospital o dar una respuesta al paciente mucho más ágil, al médico mucho más tranquilo, más seguro, yo lo evaluó por ese lado, yo creo que no hay precio, no hay valor caro, cuando a un paciente se le puede brindar una buena estadía, una buena intervención, una seguridad al médico, ahí el costo pasa a ser una segunda variable, vos me decís en esta clase de estructura que es un hospital, de repente yo como empresario de una clínica lo vería con otro objetivo, no? Digo bueno a ver cuánto le puedo cobrar a la obra social, como hago para cobrarle al paciente, como amortizo el equipamiento. Uno tiene la ventaja de que en el Estado no tiene que estar pensando que yo tengo que obtener si o si una utilidad económica, yo tengo que obtener una utilidad de satisfacción del paciente y obviamente los que trabajamos en el hospital ¿no?

Yo: la octava pregunta seria ¿Qué opina usted sobre la relación que se establece entre el área administrativa del hospital con sus distintas áreas?

Darío: bueno las áreas tenés...el hospital tiene muchas áreas y tiene muchos jefes, jefe de departamento, jefe de sala. La relación de este hospital puntualmente al ser un hospital nuevo, dieciséis años tiene recién, prácticamente todos nacimos con el hospital, hay muchos médicos que nacieron con el hospital, nos conocemos hace muchos años. Yo lo que predico es la discusión, la discusión es muy sana, la discusión hace que todos podamos crecer en el puesto que estamos y en la función que estamos,

siempre dentro del marco del respeto y de la educación como corresponde, pero la crítica, la discusión permanente hace que podamos estar constantemente corrigiendo las metas que buscamos dentro de la organización. En la parte administrativa que buscamos nosotros como administradores, sacando un poco la función de lo que puede ser compras, lo que puede ser insumos, servicios, es tratar de buscar una autogestión, en la autogestión nosotros tenemos la posibilidad de facturarle a las obras sociales, en este caso hoy en día existe el plan “nacer” y el plan “sumar”, donde hace que sean los presupuestos genuinos del hospital, ahí si se ve si querés buscarle una óptica digamos privada a los hospitales es justamente la facturación a las obras sociales. Es muy difícil coordinar, que entienda el médico, de que si nosotros cumplimentamos cierta documentación con el paciente, cierta fotocopia, cierta firma, cierto punto y coma, eso se va a ver trasladado en una facturación y en un cobro a noventa días, ciento ochenta días, depende en cada caso y que con ese número nosotros podemos solventar justamente alguna compra, algún cambio, alguna refacción dentro del hospital.

La relación es buena, es buena porque siempre digo de que uno tiene que trabajar en un lugar armonioso y pensando siempre en el tercero, no podemos estar pensando en cada uno, yo no puedo venir hoy de mal humor porque dormí mal anoche y pelearme con todo el mundo, o creerme que yo soy el dueño del hospital porque hace doce años estoy sentado en la administración del hospital. Los puestos son momentáneos, hoy estas mañana no estás, hoy concursas mañana perdés el concurso, entonces el tema es pensar de que esto si no lo trabajamos como una organización seria, como un engranaje en el que cada uno cumple una función, y cada uno cumpla con sus obligaciones ¿si? Porque siempre en el estado se habla del derecho, pero nunca se habla de la obligación, siempre hablan de que “a mí me corresponde”, “yo quiero”, “yo necesito”, pero nadie habla en el Estado, cuando hablo de Estado hablo de los tres, municipal, provincial y nacional, no escucho a nadie que diga “a mí me corresponde hacer esto”. Entonces yo soy totalmente creído que si cada uno cumple con la obligación que le corresponde, el administrativo administrar, el médico atender al paciente, esto tiene que funcionar bien, tiene que funcionar

bien. Entonces la relación es buena porque yo jamás le voy a pedir a nadie dentro del hospital una actividad distinta a la que esta nombrado, yo jamás voy a mandar un administrativo a que me limpie el piso cuando hay una empresa de limpieza, jamás voy a mandar a alguien de limpieza a darle seguridad al hospital cuando hay una empresa de seguridad. Entonces es verdad que uno tiene que estar dentro del Estado, colaborar con algunas áreas que a veces no le corresponde porque tenemos recurso humano escaso, entonces más de una vez yo me pongo a arreglar computadoras cuando no me corresponde hacerlo, pero bueno, no hay nadie que lo haga...pero es colaborar. Entonces mientras cada uno cumpla la función para la que está dentro de la organización no tiene que haber conflictos. Si tiene que haber cambio de ideas, discusiones, “esto me parece que es así”, “no esto me parece que es asa”, “el proyecto para el año que viene es armar”, “no pero económicamente no se puede”, “yo quiero este equipamiento”, “no pero, a ver, yo creo que el hospital necesita este equipamiento para esta área porque este año no le compramos nada”. Entonces la relación tiene que ser sana, tiene que ser sana y tiene que ser constante, yo cuando asumí la dirección administrativa de este hospital era muy joven, tenía veinticinco años, entonces cuando yo me siento acá digo “como hago para organizar un hospital donde la mayoría son médicos, jefes de servicio, gente con mucha experiencia y antigüedad”, bueno yo siento que fui exitoso y permanezco en el cargo porque fui al dialogo, no fui a imponer, es decir impongo mis ideas pero en una mesa de diálogo, no en una autoridad, “hoy se hace esto porque hoy me levante y creo que hay que hacerlo” obviamente que en los cargos gerenciales vos tenés la decisión, es decís, viva el dialogo, viva la democracia, viva la discusión de ideas pero bueno, vos en el cargo que tenés, tenés que ejecutar la idea. Entonces siempre digo, si vos la ejecutas usando un razonamiento, buscando el bien común de los usuarios del hospital y de los trabajadores del hospital, nunca vas a poder satisfacer a todo el mundo, es decir no podes satisfacer con la medida quinientos cuarenta, quinientos cincuenta empleados y a todos los usuarios, pero si tenés que buscar el satisfacer al gran porcentaje de toda esa gente. Entonces cuando vos buscas el dialogo, buscas incluir a toda esa gente, no encerrarte en una oficina, trabajar a puerta cerrada...es mas cansador, te lleva muchas horas, es decir, para los que administramos sería mucho más fácil computadora, mail, puerta

cerrada y si en ocho horas de repente me alcanzaría. Cuando yo tengo reuniones con los médicos son horas, y no son horas semanales, son diarias, “huy esta el doctor que necesita...”, “que pase”. Y aparte es la única manera que vos puedas conocer que pasa en tu organización, es decir si vos estas en cuatro paredes sos director de nada, sos director de un despacho, punto. Cuando vos sos director de toda una organización tenés que saber que pasa desde el portón de la guardia, de la puerta principal y del jardín maternal que tenés, entonces tenés que conocer lo que pasa fehacientemente. Obviamente las cosas diarias, las que hacen al uso diario del servicio, lo sabe cada jefe de servicio ¿no? Pero uno tiene que conocer los problemas que tienen, las necesidades que tienen, como lo podemos resolver. Porque aparte es bueno que el jefe de servicio, el jefe de área, sea escuchado en la dirección porque no se siente solo, las funciones tienen que estar respaldadas, como yo me respaldo también en ellos. Entonces cuando uno cree que tiene la razón, “no me equivoco nunca”, tarde o temprano armaste una organización sobre cimientos de arena, te caes. El tiempo te lo lleva solo, hemos tenido gente en este hospital que ha creído que la idea de él era la única, no escuchaba opiniones, y yo siempre dije “el tiempo dará la razón” y el tiempo hizo de que la persona sola se haya tenido que ir del hospital, porque se dio cuenta que daba una orden y nadie la acataba. Vos necesitas dar órdenes y...la autoridad no es el puesto, la autoridad es que vos des una orden y la gente la cumpla, si yo tengo el puesto, la plaquita, y yo doy una orden y todos hacen, “vayan todos para la izquierda” y van todos para la derecha, el que se tiene que ir soy yo, no la gente. Entonces la idea final de autoridad, de organización, de lo que tiene que ver es convencer a la gente de que tu idea, tu proyecto, es acorde...para todos, no para un sector. Entonces cuando vos convences a la gente, la atendés y respaldas lo que expones, porque uno puede hablar, traer proyectos y “¿cómo lo respaldas?”, “no bueno la verdad es que a mí me pareció porque...”, no bueno el proyecto serio, esto es una organización importante, son quinientos cuarenta empleados, intervienen factores externos, dependemos de un ministerio de salud que esta a noventa kilómetros, trabajamos muy relacionadamente con los hospitales municipales, con los hospitales provinciales, entonces tenés que estar abierto. Entonces si vos

necesitas estar abierto, obviamente que, primordialmente tenés que estar abierto dentro de lo que es tu organización.

Entonces la parte administrativa es fundamental la comunicación, fundamental. Y necesitas toda clase de comunicaciones, verticales, horizontales, no directamente con tus colaboradores. Es importante saber, no te digo todos los días, pero pararte cinco minutos para hablar con la persona de limpieza, y de repente vos te enteras de cosas que pensás que estaban resueltas, “y pero cómo, esto pasa en mi hospital” bueno. Es lo que pasa en una estructura estatal ¿no? Que vuelvo, insisto, no tenés la cantidad de recurso humano para cubrir todos los lugares o todos los puestos que a uno le gustaría cubrir. Entonces si no lo tenés, no es que lo dejas de hacer, lo tenés que hacer y para eso necesitas dedicarle tiempo y tenés que ser eficiente en el tiempo, es una variable muy importante porque todos quieren hablar con la dirección, todos quieren hablar con los jefes, entonces tenés que ser abierto, pero abierto no significa permisivo, que todo el mundo entre, golpee, se siente porque entonces todo el mundo se va a las seis de la tarde y vos te quedaste hasta las diez de la noche tratando de trabajar y ver como resolvés los problemas.

8.3 Anexo 3

8.3.1 Encuesta

La presente encuesta tiene como objeto evaluar el nivel de calidad percibido en el área quirúrgica del hospital. Así mismo, esta formará parte de nuestro Trabajo de Investigación Final como estudiantes de la Licenciatura en Administración de Empresas en la Universidad Argentina de la Empresa (UADE).

Marque con un círculo la que corresponda:

Sexo:

- a) Hombre
- b) Mujer

Rango de edad:

- a) 18-30
- b) 31-50
- c) 51+

Nivel educativo:

- a) Primario
- b) Secundario
- c) Terciario
- d) Universitario
- e) Otros:..

Visitas previas al departamento quirúrgico:

- a) 0
- b) 1
- c) 2-3
- d) 4+

(Si seleccionó 1 o más en el punto anterior)

Entre sus turnos ha tenido que esperar:

- a) 1 semana
- b) 2 semanas
- c) 3 semanas
- d) 4 semanas o +

1era Parte

Aquí usted deberá responder rellenando la opción que considere correcta en una escala de 1 (uno) a 5 (cinco), siendo 1 “Muy Malo” y 5 “Muy Bueno”.

1 La calidad de atención del área quirúrgica es:

① ————— ② ————— ③ ————— ④ ————— ⑤

2 La atención pre-operatoria le pareció:

① ————— ② ————— ③ ————— ④ ————— ⑤

3 La atención post-operatoria le pareció:

① ————— ② ————— ③ ————— ④ ————— ⑤

4 La atención por parte de los médicos le pareció:

① ————— ② ————— ③ ————— ④ ————— ⑤

5 La información que le dio el médico fue:

① ————— ② ————— ③ ————— ④ ————— ⑤

6 Los tiempos de espera para conseguir un turno son:

① ————— ② ————— ③ ————— ④ ————— ⑤

7 Una vez obtenido el turno, los mismos se respetan de manera:

① ————— ② ————— ③ ————— ④ ————— ⑤

8 La limpieza del hospital es:

① ————— ② ————— ③ ————— ④ ————— ⑤

9 El mantenimiento de las instalaciones le pareció:

① ————— ② ————— ③ ————— ④ ————— ⑤

10 Teniendo en cuenta su experiencia general en el área quirúrgica, considera el funcionamiento del área como:

① ————— ② ————— ③ ————— ④ ————— ⑤

8.3.2 Tabulación de los datos de las Encuestas

Genero	Edades	Nivel Ed.	Visitas Previas	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10
Hombres	Entre 18 - 30	Primario	no	5	5	5	5	4	5	5	4	4	4
Hombres	Entre 18 - 31	Primario	no	4	4	5	5	5	3	5	3	3	5
Hombres	Entre 18 - 32	Primario	no	5	4	4	5	5	2	3	3	4	5
Hombres	Entre 18 - 33	Primario	no	5	5	4	5	4	3	5	3	2	4
Hombres	Entre 18 - 34	Primario	no	4	5	5	4	4	2	3	3	4	4
Hombres	Entre 18 - 35	Primario	si	4	3	5	5	4	1	4	4	2	5
Hombres	Entre 18 - 36	Secundario	si	5	5	5	5	4	3	4	3	3	5
Hombres	Entre 18 - 37	Terciario	si	4	4	4	4	4	3	5	2	4	4
Hombres	Entre 18 - 38	Otros	no	3	3	4	3	5	4	4	2	4	3
Hombres	Entre 31 - 50	Primario	no	5	5	5	5	5	4	4	4	5	4
Hombres	Entre 31 - 51	Primario	si	5	4	4	5	4	2	4	4	4	5
Hombres	Entre 31 - 52	Secundario	no	4	5	5	5	5	3	4	2	3	4
Hombres	Entre 31 - 53	Secundario	no	5	5	5	5	5	4	5	4	2	5
Hombres	Entre 31 - 54	Secundario	no	4	5	4	4	4	3	3	4	4	4
Hombres	Entre 31 - 55	Secundario	no	4	4	5	5	4	3	4	3	3	5
Hombres	Entre 31 - 56	Secundario	no	5	5	4	5	4	1	4	1	3	4
Hombres	Entre 31 - 57	Secundario	no	5	5	5	5	5	4	5	4	2	5
Hombres	Entre 31 - 58	Otros	no	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Hombres	51 - mas	Primario	si	5	3	4	5	3	3	5	4	5	4
Mujeres	Entre 18 - 30	Primario	no	4	5	5	4	5	3	4	4	4	5
Mujeres	Entre 18 - 31	Primario	no	5	5	5	5	4	5	5	4	4	4
Mujeres	Entre 18 - 32	Secundario	no	4	4	3	5	4	5	5	3	2	4
Mujeres	Entre 18 - 33	Secundario	no	4	4	4	5	4	2	2	1	2	4
Mujeres	Entre 18 - 34	Terciario	si	4	4	4	4	4	3	3	2	2	4
Mujeres	Entre 31 - 50	Primario	no	4	4	5	5	5	3	3	2	3	4
Mujeres	Entre 31 - 51	Primario	si	4	4	5	4	5	2	4	2	4	5
Mujeres	Entre 31 - 52	Secundario	no	5	4	4	5	4	3	3	2	3	4
Mujeres	Entre 31 - 53	Terciario	si	4	4	4	4	4	3	3	2	2	4
Mujeres	51 - mas	Primario	no	4	4	4	5	5	4	4	4	3	5
Mujeres	51 - mas	Primario	si	5	4	4	5	5	4	4	3	3	4
Mujeres	51 - mas	Primario	si	4	3	3	4	5	4	3	3	4	4

Tabla 3 Datos de Encuestas

8.3.3 Tabla para realizar cálculos auxiliares

	p1	p2	p3	p4	p5	p6	p7	p8	p9	p10
1	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0
2	0	0	0	0	0	5	1	8	8	0
3	1	4	2	1	1	13	8	9	9	1
4	16	14	14	8	16	7	12	11	11	18
5	14	13	15	22	14	4	10	1	3	12
Promedio	4,42	4,29	4,42	4,68	4,42	3,19	4,00	3,03	3,29	4,35

procesos	4,43
administrativas	3,60
mantenimiento	3,16

Tabla 4 Calculos Auxiliares para el análisis de Encuestas

8.4 Anexo 4

8.4.1 Fotografías



Fotografía 1 Hospital "OHD"



Fotografía 2 Director Administrativo I



Fotografía 3 Directo Administrativo II



Fotografía 4 Jefe de Quirófano



Fotografía 5 Jefe de Cirugía



Fotografía 6 Historias Clínicas

Planilla Operaciones Programadas

HORA	Operario	N y A	PE	bx	Cx	CxS	1/A	2/A
8H	1	SABIN MICA	9/5	Cx 12 Roca	4000	ENOC	For Materia	LATA
AC	1	Saboy	9/5	Cx 12	Cx 12	For Materia	For Materia	LATA
8H	2	SABIN MICA	9/4	Cx 12 Roca	Cx 12 Roca	ENOC	For Materia	LATA
AC	2	SABIN MICA	9/4	A U	Material	ENOC	For Materia	LATA
Cuid		Navarro	24/10		Cx 12	A 12/10		
		Torres	24/10		Cx 12	A 12/10		
		Cabeza			Cx 12	A 12/10		
		Cond	24/10		Cx 12	A 12/10		

Fotografía 7 Planilla de operaciones programadas del día

9. Bibliografía

- Acuña, Carlos y Chudnovsky, Mariana (2008). El sistema de salud en Argentina. Documento 60. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional - Fundación Gobierno y Sociedad: Argentina.
- Ishikawa, K. (1994). ¿Qué es el control total de calidad?: la modalidad japonesa. Barcelona: Norma.
- Jiménez Jiménez, J. (2000). Manual de Gestión para Jefes de servicios clínicos. 2da edición, Díaz de Santos
- Malagón-Londoño, Galán Morera, Pontón Laverde (2008). Administración hospitalaria. 3Era Edición. Bogotá: Editorial Medica Panamericana.
- Mintzberg, H. (1991) Mintzberg y la dirección. España: Edición Díaz de Santos.
- Paganini, J.M. (1992). La garantía de calidad: acreditación de hospitales para América Latina y el Caribe. Washington, D.C. : Organización Panamericana de la Salud
- Paganini, J.M. (1993). Calidad y eficiencia de la atención hospitalaria: la relación entre estructura, proceso y resultado. Washington, D.C. : Organización Panamericana de la Salud
- Paganini, J.M. (1994). El hospital público: tendencias y perspectivas. Washington, D.C. : Organización Panamericana de la Salud
- Pontificia Universidad Javeriana (2012). Calidad del Servicio de salud: una revisión a la literatura desde la perspectiva del marketing. Bogotá
- Stoner, Freeman y Gilbert Jr. (1996). Administración. 6ta Edición. México (trad.): Pearson Educación
- Uribe, Álvaro; Presidente de la República de Colombia (2006). Decreto 1011. Diario Oficial 46230. Bogotá: Abril, 2006.
- Varo, J. (1994). Gestión Estratégica de la calidad en los servicios Sanitarios: Un modelo de gestión hospitalaria. España: Díaz de Santos