



Universidad Argentina de la Empresa

TRABAJO DE INTEGRACIÓN FINAL EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

Noviembre 2013

El Modelo Prestacional UDB/UDP en el Hospital de Malvinas Argentinas

Autoras:

- Agostina Pazzi Pla
- Alazne Marticorena
- María Paula Ramírez

Tutora: Mónica Regina De Arteche

ÍNDICE

Resumen.....	4
Abstract.....	5
Agradecimientos.....	6
Justificación.....	7
Marco Teórico.....	8
Capítulo 1: Sistemas de Información en Salud.....	8
1.1 – ¿Qué es un Sistema de Información en Salud?.....	8
1.2 – Recolección de Datos.....	11
1.2.1 – Instrumentos de Recolección.....	12
1.2.2 – Elección d los Instrumentos de Recolección.....	14
1.2.3 – Calidad de los Datos Recolectados.....	15
1.3 – Comunicación en Salud.....	15
1.3.1 – Diversidad de la Comunicación Hospitalaria.....	17
1.3.2 – Sistemas de Comunicación.....	20
1.3.3 – Retroalimentación.....	21
Capítulo 2: Calidad en Salud.....	23
2.1 – Calidad Total.....	24
2.2 – Planificación de la Calidad.....	25
2.3 – Medición de la Calidad.....	27
2.4 – Auditoría en Calidad.....	31
2.4.1 – Formación del Auditor.....	32
2.5 – Calidad en la Organización.....	33
2.5.1 – Calidad y Tecnología.....	33
2.5.2 – Calidad y Recursos Humanos.....	34
2.5.3 – Calidad y Proceso de Atención.....	35
Capítulo 3: Estructura y Procesos Hospitalarios.....	37
3.1 – Estructura Hospitalaria.....	37
3.1.1 – Partes Fundamentales de la Organización.....	38
3.1.2 – Elementos descriptivos de una estructura Organizacional.....	40
3.2 – Coordinación.....	46

3.2.1 – Mecanismos de Coordinación.....	46
3.3 – Parámetros de Diseño.....	48
3.3.1 – Diseño de Puestos.....	49
3.3.2 – Los Sistemas de Planificación-Control.....	52
3.3.3 – Descentralización.....	53
3.4 – Las Configuraciones Estructurales.....	54
3.4.1 – La Forma Multidivisional.....	56
3.4.2 – La Estructura Funcional.....	57
3.4.3 – La Estructura Matricial.....	58
3.4.4 – La Burocracia Profesional.....	60
3.5 – Procesos Hospitalarios.....	61
 Metodología de Investigación.....	 63
 Trabajo de Campo.....	 66
1 – Estudio de Caso.....	67
1.1 – Antecedentes.....	67
1.2 – Modelo UDB/UDP.....	69
2 – Entrevistas.....	85
2.1 – Dr. Hugo Schwab.....	85
2.2 – Dr. Federico Pazzi Pla.....	92
2.3 – Dr. Gustavo Caprotta.....	93
2.4 – Dr. Alberto Kambourian.....	95
2.5 – Conclusiones de las entrevistas.....	95
3 – Encuestas.....	97
4 – Análisis de Documentos.....	102
 Conclusiones.....	 105
 Anexos.....	 108
Anexo I: Entrevista Dr. Hugo Schwab.....	108
Anexo II: Entrevista Dr. Federico A. Pazzi Pla.....	118
Anexo III: Entrevista Dr. Gustavo Caprotta.....	119
Anexo IV: Entrevista Dr. Alberto Kambourian.....	120
Anexo V: Planos de la Nuevo Edificio.....	122
 Bibliografía.....	 123

RESUMEN

En Argentina, las instituciones que conforman los sistemas de salud pública, en su mayoría, presentan un alto nivel de ineficiencias que se ve reflejado en la mala administración de recursos, tanto humanos como materiales, y en la insatisfacción generalizada de los pacientes que los frecuentan.

Al detectar esta problemática dentro de su organización, el Hospital de Malvinas Argentinas dedicó sus esfuerzos a la proyección de un modelo prestacional, mediante el cual se pueda asegurar un servicio de salud de alta calidad, dentro de sus limitaciones como entidad pública, y de este modo subsanar los errores vigentes hasta el momento y planificar mejoras a futuro.

En este trabajo de investigación, se buscará describir las principales características del Modelo Prestacional UDB/UDP y su impacto en sistema de salud antes mencionado. Además, se seleccionarán aquellas prácticas principales que pueden ser aplicadas por otras organizaciones similares para poder lograr mejores resultados en lo que hace a su servicio global hacia el paciente.

Para ello se realizará un estudio del caso, en el que se verá en detalle en qué consiste dicho modelo prestacional; entrevistas a profesionales con cargos diferentes dentro del proyecto, para poder tener diferentes miradas sobre el funcionamiento del mismo; encuestas propias a pacientes, con el objetivo de acercarnos a quienes reciben el servicio y conocer mejor sus experiencias particulares; y encuestas llevadas a cabo por la Secretaría de Salud, para poder comparar resultados y no sesgar la conclusiones.

Todo el análisis mencionado será llevado a cabo por el equipo con el objetivo de identificar los factores determinantes del éxito del Modelo en el Hospital, así como también poder delimitar las fallas del mismo y así proponer acciones correctivas para lograr mejores y mayores desempeños.

ABSTRACT

In Argentina, most of the institutions that form the public health system, in common cases, present a high level of inefficiency which is reflected directly in the mismanagement of resources, both human and material, and the general dissatisfaction of patients who frequent those organizations.

By detecting this problem within their organization, the Malvinas Argentinas Hospital dedicated its efforts to the development of a performance based model, in which high-quality health service could be ensured, thereby correcting previously made errors and planning for future improvements, always considering its limitations as a public entity.

In this research, we will seek to describe the main features of the 'Modelo Prestacional UDB / UDP' and its impact on the system mentioned above. In addition, we will select those core practices that may be applied by similar organizations in order to achieve better results in what regards to its overall health service.

In order to do this we must involve a series of instruments. Among them there is a case study, in which we will analyze in detail how this performance based model really works; interviews with professionals with different positions within the project, in order to have different operational views of the same processes; polls to patients made by ourselves, in order to get closer to those who receive the service and learn more about their particular experiences, and surveys conducted by the Ministry of Health, in order to compare results and avoid skewing the findings.

The mentioned analysis will be carried out by the team in order to identify the main success factors the model presents in its application at the Hospital, as well as to define its failures and propose corrective actions to achieve bigger and better performances.

AGRADECIMIENTOS

Consideramos que la realización de este trabajo de investigación hubiese sido imposible sin la colaboración y apoyo incondicional de ciertas personas e instituciones que facilitaron nuestro trabajo.

Es por ello que decidimos agradecerle al Dr. Federico A. Pazzi Pla, por habernos acercado a Malvinas Argentinas y habernos brindado información que resultó de vital importancia para este trabajo.

También, queríamos agradecerle al Dr. Hugo Schwab, Secretario de Salud de Malvinas Argentinas, por habernos abierto las puertas del Hospital y haber brindado su tiempo y su visión del proyecto en pos de contribuir al éxito de esta investigación.

Al Dr. Gustavo Caprotta y al Dr. Carlos A. Kambourian, por demostrar interés en nuestro trabajo y colaborar en el desarrollo del mismo; y a todo el personal del Hospital de Malvinas Argentinas que trabaja en el proyecto dado que, gracias a ellos, se pudo llevar a cabo este trabajo de investigación.

Por último, queríamos agradecer a nuestras familias y amigos por el apoyo incondicional que nos brindaron a lo largo de toda la carrera y, en particular, de este trabajo.

Vale destacar que no se considerarán en esta investigación aspectos políticos, legales ni historias de vida particulares, dado que priorizamos factores de gestión hospitalaria como procesos, recursos y calidad organizacional.

Modelo prestacional UDB –UDP como modelo prospectivo estratégico para optimizar la atención y el gasto en salud.

1. JUSTIFICACIÓN

El sistema de salud en Argentina, a grandes rasgos consta de tres subsistemas bien definidos: el público, el de Obras Sociales y el sector privado, que coexisten al unísono. El sistema público está conformado por los hospitales públicos y los centros de atención primaria de la salud, y funciona bajo la coordinación de Ministerios y Secretarías de la Salud ya sean nacionales, provinciales o municipales.

Los principales problemas y/o carencias que presenta el sector se relacionan a deficiencias en las políticas de gestión, escasa estructura gerencial, excesiva centralización, asignación ineficiente de recursos, lentitud en los procesos de atención, carencia de planificación y capacitación en recursos humanos, y falta de infraestructura hospitalaria y aparatología, entre otros.

Con el objetivo de solucionar algunas de estas carencias, en los últimos años, el Hospital de Malvinas Argentinas realizó un cambio estructural que no solo involucró reformas en la estructura misma sino también modificaciones en las políticas y procedimientos de trabajo. Este cambio se llevó a cabo bajo el nombre de UDP (Unidad de Diagnóstico Precoz).

¿En qué medida mejoró la interrelación de los procesos del Hospital de Malvinas Argentinas mediante la implementación del proyecto UDP (Unidad de Diagnóstico Precoz)?

El objetivo principal de este trabajo de investigación es el de explicar las características y el funcionamiento del proyecto UDP, analizar el impacto que el mismo tuvo en aumentar la eficacia de los procesos y disminuir los costos del Hospital Malvinas Argentinas e identificar aquellas prácticas que otros hospitales públicos similares podrían tomar para optimizar la atención al paciente.

MARCO TEÓRICO

Hemos decidido dividir nuestro Marco Teórico en tres capítulos principales: Sistemas de Información en Salud, Calidad en Salud y Estructura y Procesos Hospitalarios; dado que consideramos que son los aspectos principales a estudiar para poder responder adecuadamente a nuestra pregunta de investigación.

CAPITULO 1: Sistemas de Información de Salud

1.1 - ¿Qué es un Sistema de Información de Salud?

Soriano, Marconi y Juliá (2006) establecen que:

“Un sistema de información en salud es la infraestructura esencial. Son recursos humanos y materiales y su interrelación, para la integración de datos de salud, cuyo objetivo es proveer información relacionada con la salud de la población de forma oportuna y confiable, permitiendo a los diferentes actores del sistema de salud responder de forma apropiada.” (p 17)

Sostienen que el objeto principal del mismo debe ser el de reducir al punto mínimo la incertidumbre para la toma de decisiones y colaborar con los organismos relacionados con la salud para alcanzar sus metas.

Continúan explicando que un buen diseño del sistema de información en salud garantiza un adecuado planeamiento de la salud pública y la toma de decisiones a nivel local, regional y nacional de acuerdo con las necesidades, recursos, costos, usos y resultados del cuidado de la salud. Para ello se necesitan datos tanto cuantitativos como cualitativos de los siguientes escenarios:

- De los problemas de salud, factores condicionantes, recursos, organización y funcionamiento del sector y políticas de desarrollo;
- De las tendencias de crecimiento de la población, envejecimiento y urbanización;
- De la descentralización política y administrativa;
- Del crecimiento de los costos de atención de la salud y de los cambios de organización.

La función del Sistema de Información en Salud es “recolectar, resumir, integrar y difundir la información relacionada con la salud en forma periódica y disponible para la

toma de decisiones” (Soriano, Marconi y Juliá, 2006, p. 18). En ese sentido, y tal como se observa en la Figura 1, se pueden distinguir diferentes momentos o tareas que, ordenadas, conducen a la toma de decisiones:



Figura 1: Esquema básico de un sistema de información

Fuente: Soriano, Marconi y Juliá (2006), p. 18

El sistema de información de salud, como cualquier otro sistema presupone componentes, relaciones entre los mismos y objetivos o finalidades preestablecidas con anterioridad a la formulación del propio sistema. Tiene a su vez como requisitos la disponibilidad de recursos y tecnología.

El principal objetivo de este sistema es suministrar oportunamente la información adecuada para el proceso de gestión de los diferentes niveles de organización político-administrativa del sistema de salud. Asimismo podrá responder a otros requerimientos complementarios, tales como la investigación, la docencia y la actualización científica y tecnológica.

Para que un sistema de información pueda proporcionar la información adecuada en cuanto a tipo de datos, grado de desagregación, calidad y oportunidad, para cada una de las fases del proceso de gestión en salud, la relación entre los principales usuarios y los productores de datos debe ser estrecha.

“Un Sistema Estadístico de Salud (SES) tiene la función de suministrar información para la toma de decisiones relacionadas con el rol del sector salud” (Soriano, Marconi y Juliá, 2006, p. 25). Los contenidos temáticos que aborda se expresan en la producción de estadísticas de hechos vitales, condiciones de vida y problemas de salud de la población y sobre disponibilidad y utilización de los recursos.

Explican que los principales objetivos del sistema son:

- Producir, difundir y analizar estadísticas relacionadas con condiciones de vida y problemas de salud, esto es: datos sobre Hechos Vitales, Morbilidad, Rendimientos de Servicios de Salud y disponibilidad y utilización de los Recursos de Salud.
- Aplicar en todo el territorio nacional normas y procedimientos uniformes para la captación de la información, la elaboración y el procesamiento de datos.
- Difundir y publicar la información de uso habitual y especial del sector salud en todos los niveles nacionales e internacionales correspondientes.
- Llevar a cabo programas de capacitación permanente de recursos humanos en todos los niveles, tanto en la etapa de captación de la información como del procesamiento.

Estos sistemas cubren solo una parte de los datos de naturaleza cuantitativa; por lo general los referentes a los hechos vitales, a la producción de servicios y a la morbilidad atendida en los servicios de salud oficiales, y en los servicios de las obras sociales los datos sobre facturación de prestaciones.

Los sistemas estadísticos forman parte de los sistemas de información. Para construir sistemas de información es necesario actualizar los sistemas estadísticos, adecuando su contenido y cobertura temática, incorporando la tecnología adecuada y capacitando los recursos humanos.

La información necesaria para el proceso de gestión en salud, como se señaló, es de naturaleza cuantitativa (estadística y no estadística) y de naturaleza cualitativa. Toda ella integra lo que se denomina Sistema de Información de Salud. Sus ejes temáticos se describen a continuación en la Figura 2.

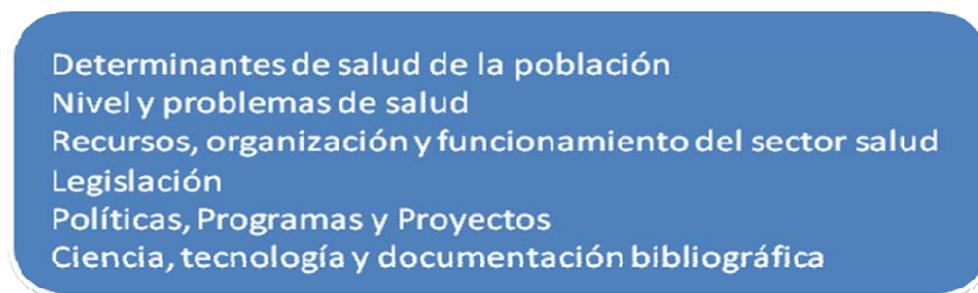


Figura 2: Sistemas de información de salud, Ejes Temáticos

Fuente: Soriano, Marconi y Juliá (2006), p. 20

La naturaleza de la información que se incluye en los mismos puede ser, tal como muestra la figura 3, estadística o no estadística.

Información	
Estadística	Demográfica Socio – Económica Nivel y Problemas de salud Disponibilidad y Utilización de los recursos
No Estadística	Legislación Políticas – Programas – Proyectos Organización y funcionamiento del sector Ciencia – tecnología – documentación bibliográfica

Figura 3: Naturaleza de la información

Fuente: Soriano, Marconi y Juliá (2006), p. 20

En la República Argentina, encontramos los componentes más importantes de un sistema de información en salud tanto en el Sistema Estadístico de Salud, el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica y en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica sobre el Sida. Estos dos últimos no surgieron como sistemas con un fin estadístico sino epidemiológico, pero, dado que no se dispone de otra fuente de datos de morbilidad a nivel de población, constituyen fuentes indispensables de información sobre morbilidad para un conjunto de patologías.

El Sistema Estadístico de Salud existente en el país conocido como Programa Nacional de Estadísticas de Salud, es de cobertura territorial nacional y está sustentado en instrumentos legales específicos. El sistema de información de salud, en cambio, hace referencia a distintos tipos de información disponible en el país (cuantitativa y cualitativa, sectorial y extrasectorial) sin que exista explícitamente, a través de un instrumento jurídico y administrativo, la interrelación normatizada de sus componentes.

1.2 – Recolección de Datos

Los servicios de salud requieren sistemas de recolección de datos en forma rutinaria y continua en el tiempo.

Soriano, Marconi & Juliá (2006) afirman que cuando se trabaja con datos con el fin de generar información, se debe discriminar que datos e información están disponibles y que otros se desea recolectar para generar más información.

Una posible clasificación de datos consiste en discriminarlos en:

- Datos centrados en el paciente (controles de salud, presencia de síntomas, enfermedades preexistentes, etc.), o
- Datos centrados en los profesionales (cantidad de consultas realizadas en un determinado período, cantidad de pacientes que regresan a una segunda consulta con el profesional, etc.)

O bien:

- Datos orientados a problemas para la salud / enfermedades (contaminación del agua, violencia intrafamiliar, desnutrición, infarto, Chagas, etc.), o
- Datos orientados por estructura organizativa de los centros asistenciales (consulta pediátrica, obstétrica o ginecológica, clínica de adultos, vacunatorios, etc.).

En función de los contenidos temáticos que se desee analizar, la recolección de datos puede organizarse utilizando la clasificación antes mencionada. Otras veces, la recolección de datos intenta reflejar la evolución en el tiempo de un atributo o conjunto de atributos, en ese caso, puede decirse que la recolección se organiza cronológicamente.

La recolección de datos se inicia una vez definidos los contenidos temáticos que se desea medir y constituye el momento inicial de la construcción de los sistemas de información.

Los datos a recoger deben ser descriptos estableciendo claramente que es lo que representan. Dado que las descripciones se utilizan en forma repetitiva en la recolección y el análisis de los datos, se sugiere utilizar un formato fácil para simplificar el registro y los detalles de consulta cuando se necesiten. De todos modos, existen normativas jurisdiccionales al respecto que deben ser contempladas.

La recolección de datos puede ser rutinaria o periódica (es decir, discontinuada en el tiempo).

1.2.1 – Instrumentos de Recolección de Datos

Las modalidades de recolección de datos en el campo de la salud son muy heterogéneas, incluyen desde mediciones objetivas de atributos humanos fijos (como el grupo sanguíneo) hasta medidas que dependen de la capacidad humana de recabar información, siendo esta modalidad la más frecuente.

Algunos de los instrumentos más utilizados son: entrevistas, observación, encuestas y formularios.

Las entrevistas personales cara a cara son uno de los instrumentos más utilizados para obtener información sobre personas o sobre el entorno, ya sea sobre el presente o pasado.

Con esta técnica se busca comprender el objeto de conocimiento a través de las categorías de pensamiento y percepción propias del entrevistado. También se busca profundizar en el conocimiento de un problema en particular, que puede ser indagado y analizado en el curso de la entrevista.

Cuando se utiliza la observación como instrumento, el investigador suele participar de las actividades de la vida cotidiana de las poblaciones a estudiar durante el período de observación. Las observaciones presenciales del investigador solamente pueden aplicarse a eventos presentes, que ocurren de manera repetida en la vida cotidiana.

Mediante esta técnica los hechos se estudian sin la intermediación del informante, que da su propia percepción y posición sobre la realidad, aunque ello no descarta la propia subjetividad del observador. Se trata de un instrumento de recolección de datos poco difundido debido al costo y el tiempo que insume.

La encuesta es un instrumento que requiere contacto con la población, en servicio o en hogares. Por lo tanto, la encuesta es un instrumento que permite establecer una comunicación con un conjunto de individuos, habitualmente se selecciona una muestra para obtener un perfil compuesto de la población. En otros casos, como en los censos, todos los hogares son consultados y no sólo una muestra.

Las encuestas proveen medios rápidos y económicos de determinar nuestra realidad en ámbitos tan diversos como la salud, el comportamiento, las creencias, las expectativas y los conocimientos de las personas.

Suelen tener la forma de un interrogatorio, en el cual las preguntas se plantean siempre en el mismo orden y se formulan en los mismos términos, sobre la base de un formulario previamente preparado y estrictamente normatizado.

Los formularios o fichas estandarizadas en salud que se completan según un formato previamente definido permiten generar registros de nacimientos, defunciones y

enfermedades y obtener sistemáticamente datos sobre patologías y sobre exposición a las mismas. El formulario puede ser completado por la persona que reporta la situación.

1.2.2 – Elección del/de los instrumentos de recolección de Datos

“La elección de una determinada técnica depende del tipo de datos que se busca recolectar y de las características del lugar donde deben recogerse” (Soriano, Marconi y Juliá, 2006, p. 48).

Por ello, en el momento de decidir que instrumento/s de recolección utilizar, se debe tener en cuenta, en relación con los datos:

El tipo de estudio: los estudios prospectivos o de los ensayos clínicos randomizados, generalmente requieren datos sobre el presente; los estudios retrospectivos de cohorte, generalmente dependen de registros preexistentes;

El tipo, cantidad y nivel de detalle del dato requerido por el estudio: si se precisa gran cantidad de datos y, en especial sobre el pasado, se debe recurrir a entrevistas personales (que pueden complementarse con datos de registros preexistentes, o medidas físicas y/o químicas); si se desea estudiar un número limitado de contenidos temáticos sobre una gran cantidad de individuos, los cuestionarios auto administrados son sumamente valiosos;

La frecuencia e impacto del contenido temático en estudio: los datos sobre eventos frecuentes de impacto moderado o alto se pueden obtener fácilmente a partir de cualquier método (cuestionarios, entrevistas, registros, observación, etc.); los datos sobre eventos de baja frecuencia y alto impacto (como por ejemplo: las cirugías), se obtienen generalmente a través de cuestionarios o entrevistas (también recientemente a partir de registros clínicos informáticos); los datos sobre eventos frecuentes de bajo impacto (ej.: datos nutricionales), se obtienen mejor a partir de diarios, observación o medidas físicas o químicas; finalmente, los datos sobre eventos infrecuentes de bajo impacto en la vida de las personas son muy difíciles de obtener, ya que los individuos no los recuerdan y habitualmente no existen registros.

Otros factores a tener en cuenta son:

- La accesibilidad/inaccesibilidad a los lugares o personas a las que se debe llegar para realizar la recolección,
- La disponibilidad de registros preexistentes,

- La disponibilidad de medidas,
- La sensibilidad y confidencialidad de los datos,
- Los costos.

1.2.3 – Calidad de los Datos recolectados

Existen dos grandes dimensiones a considerar cuando se analiza la calidad de los datos: la confiabilidad y la validez de los mismos.

“La confiabilidad de un dato se alcanza cuando el mismo es reproducible. Ello depende de la confiabilidad del instrumento que se utiliza para medirlo o recolectarlo” (Soriano, Marconi y Juliá, 2006, p. 49).

La confiabilidad de un instrumento (y por ende de los datos que produce) es su capacidad de producir los mismos o similares resultados al realizar la medición en diferentes ocasiones o por diferentes observadores. La confiabilidad implica consistencia de los datos.

“La validez de un dato se relaciona con su capacidad de proveer información exacta y relevante” (Soriano, Marconi y Juliá, 2006, p. 50).

1.3 – Comunicación en Salud

Bernhardt (2004) define la comunicación en salud como “el arte y la técnica de informar, influenciar y motivar al público individual, institucional y públicamente acerca de los problemas de salud importantes”.

La comunicación en la salud pública se basa en numerosas disciplinas, como la comunicación oral, educación para la salud, marketing, periodismo, relaciones públicas, psicología, informática, y la epidemiología. Aunque es de carácter transdisciplinario, 5 de los principios básicos de la comunicación en salud pública están firmemente anclados en los principios centrales de la salud pública.

Varo (1994) sostiene que la comunicación, en su sentido más amplio, recoge el conjunto de mensajes emitidos por el hospital a sus clientes durante todas las fases del servicio y con todos los soportes posibles. Incluye no solo la información administrativa y sanitaria suministrada durante la permanencia en el hospital, sino también la que se proporciona durante las fases anterior y posterior a la presentación. Estos modos diferentes de comunicar dan lugar a las diversas formas de comunicación hospitalaria.

Newman (1980), Benson (1987) en Varo (1994) indican que “la comunicación es el intercambio de información y transmisión de significados, es la verdadera esencia de un sistema social” (p. 471). Es el vehículo gracias al cual la organización se incorpora en su entorno y elemento esencial en el funcionamiento de la empresa.

Tal como se puede observar a continuación en la Figura 4, la comunicación es el proceso de desarrollar mensajes y enviarlos a un público concreto. Se logra cuando el mensaje que el emisor quiere transmitir llega al receptor deseado, se entiende y causa una acción. Es un proceso de intercambio de información con el fin de conseguir un objetivo. Información y comunicación son diferentes: la primera es unidireccional; la segunda supone la interacción entre el emisor y el receptor.

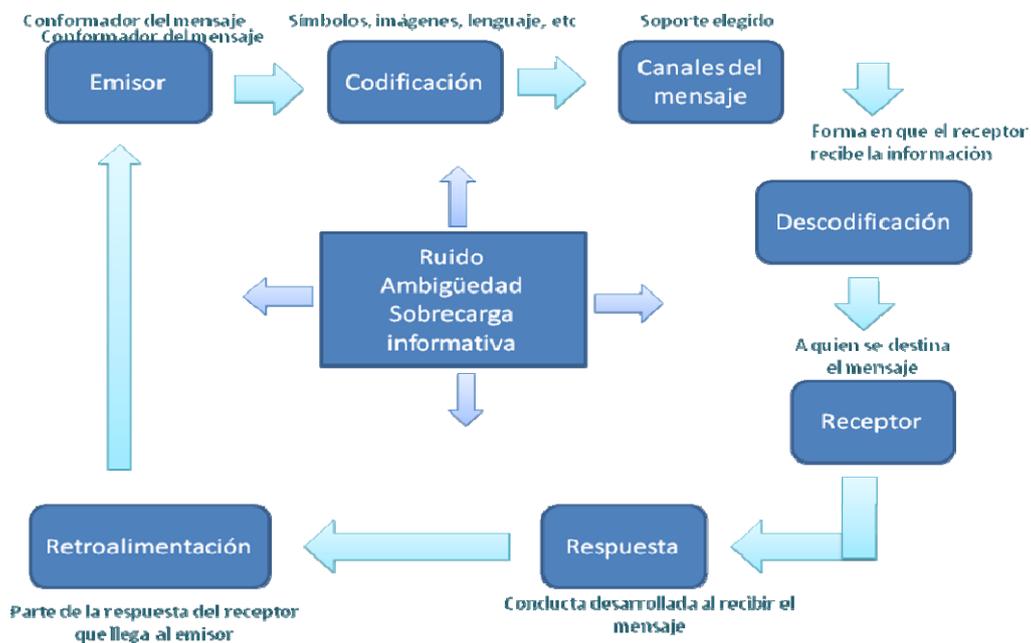


Figura 4: Proceso de la comunicación

Fuente: Varo (1994), p. 472

Según Lambin (1990) en Varo (1994), para que la comunicación sea eficaz debe tener un público objetivo y la respuesta deseada debe poder determinarse. El mensaje se debe codificar según la tendencia de decodificación del receptor. Debe haber una zona en común entre el código del receptor y del emisor. El emisor debe poder evaluar los efectos de la comunicación para conocer la reacción del público a sus mensajes.

Aranguren y Resónico (1998) mantienen la idea de que las comunicaciones representan un elemento de fundamental importancia en las organizaciones, toda vez que se

considera que el proceso de toma de decisiones por parte de los responsables de las mismas, es una consecuencia de la información de que se dispone.

Según su pensamiento, constituyen un aspecto esencial para una adecuada gestión de los sistemas de salud, desde el momento en que esta disciplina se ha ido desprendiendo del empirismo inicial para introducirse en un verdadero desarrollo científico.

Sostienen que éstas deben formar parte de todas las actividades regulares que encaren los administradores hospitalarios ya que la magnitud y complejidad actual de los procesos de programación, evaluación y control de servicios, requieren un amparo en los argumentos numéricos para el sustento de las ideas. Se necesita mucho material que sirva como base para inferir y predecir el comportamiento venidero de los temas en cuestión.

Considerando el hospital, o un servicio de atención médica, como un sistema abierto, interrelacionado con el medio que lo rodea, las comunicaciones son el instrumento idóneo que facilitan el conocimiento de los problemas a tratar, así como evaluar la eficiencia de su accionar.

En el proceso de la comunicación pueden reconocerse tres etapas: la iniciación de la misma, su transmisión hacia el nivel responsable de las decisiones y la transferencia de éstas hacia los lugares y personas que han de efectuarlas.

1.3.1 – Diversidad de la comunicación hospitalaria

Eiglier (1989) en Varo (1994) afirma que en “las empresas de servicio todo es comunicación” (p. 480). Incluso los tangibles (la localización de centro, su nombre, su rótulo, el grafismo utilizado, el estado físico, el estado de mantenimiento), el primer contacto de un cliente con el hospital, forman impresiones definidoras del nivel de la expectativa con relación a la prestación del servicio, y determinan, a priori, su nivel de satisfacción.

Al igual que otras empresas, el hospital dispone de dos canales de comunicación. Uno de ellos a través de medios (soporte físico y medios de comunicación tradicionales) y, el otro, interpersonal (personal de contacto, clientes y relaciones públicas). Al mismo tiempo, produce dos clases de comunicación: la comunicación interna, destinada a los usuarios actuales, y la comunicación externa, dirigida tanto a los clientes actuales como a los potenciales. La combinación de ambas dimensiones da lugar a cuatro sistemas de comunicación.

- **Comunicación Interna/Medios:** es la comunicación que utiliza medios materiales y va destinada a los clientes actuales inmersos en el proceso de producción del servicio. La forman, fundamentalmente, la publicidad en el punto de venta, la señalización y la guía de utilización.
- **Comunicación Interna/Interpersonal:** es la comunicación emitida por personas, destinada a los clientes durante la prestación del servicio. La realiza el personal y los propios clientes.

El personal de contacto es el medio de comunicación más potente de las empresas de servicio. Su propósito es ayudar al cliente, informarle y convencerle: vender el hospital. Esta función comunicativa no se limita al personal asistencial. La recepción y acogida del usuario son el primer trato que éste recibe, y su importancia en la percepción de la calidad el centro es muy grande. Antes de acceder al equipo sanitario, el cliente se relaciona con otros tipos de empleados y, del mismo modo, a lo largo de la permanencia en el hospital es atendido por muchas personas con función no asistencial. Cada uno de estos contactos constituye una experiencia que luego será evaluada.

La comunicación interpersonal forma parte de la comunicación global del hospital. Debe haber coherencia entre los diversos soportes. En función de los objetivos generales del hospital, la comunicación contenida en la relación empleado-cliente se inserta dentro del marco de la política global de comunicación del hospital.

Los clientes se comunican entre sí en el proceso de servucción, hecho que tiene un impacto sobre la calidad de los servicios ofrecidos. El hospital debe utilizar este medio o neutralizarlo cuando no es deseable.

- **Comunicación Externa/Medios:** es la comunicación que se dirige al conjunto de los clientes actuales y potenciales mediante mensajes difundidos al exterior del hospital a través de la enseña, los paneles de señalización, los folletos, la publicidad general y, dentro de esta, la publicidad gratuita.
- **Comunicación Externa/Interpersonal:** es la comunicación transmitida por personas que se hace al conjunto de los clientes. Incluye la fuerza de ventas (los que hacen que se vendan las cosas y tienen escasa relevancia en el proceso comunicativo de los hospitales); la promoción de ventas (al igual que la anterior no son frecuentes en los hospitales pero la Administración Sanitaria y las organizaciones privadas sin ánimo

de lucro las llevan a cabo con cierta frecuencia); y las relaciones públicas (que es un esfuerzo conjunto por generar una imagen positiva a favor del hospital entre la comunidad donde opera. La finalidad de esto es contribuir a formar la imagen del hospital).

Otra clasificación fue desarrollada por Aranguren y Resónico (1998), quienes argumentan que las comunicaciones pueden ser formales e informales. Las primeras, son aquellas que se planifican y siguen las vías naturales de la autoridad, hallándose indicadas en todos los manuales de administración.

Son medios de comunicación formal la transmisión verbal, las cartas, oficios, memorandos, circulares y formularios, los informes, los manuales de organización y procedimientos, los instructivos y los archivos.

Las comunicaciones informales están por fuera de los cauces formales mencionados, y tienen como base las relaciones sociales existentes entre los miembros de la organización. Poseen gran importancia, son inevitables, y deben mantenerse controladas en la medida de lo posible a fin de evitar que se conviertan en un elemento perturbador.

La facilidad y la eficiencia con la que las comunicaciones se efectúan dependen en gran parte de la estructura del sistema de comunicación.

Según Bernhardt (2004) la comprensión de que la ciencia y la comunicación son esenciales para la promoción y la protección de la salud de la población representó uno de los hitos más importantes en la disciplina emergente de la comunicación para la salud pública, lo que refuerza su papel vital como un nuevo componente de la base de la salud pública. La salud pública reconoce que la salud se ve profundamente afectada por los factores sociales, políticos, ambientales y de comportamiento con el que vive la gente. Con su carácter transdisciplinario, la perspectiva ecológica, la orientación al cambio, y su filosofía centrada en la audiencia, la comunicación en salud pública tiene el potencial de contribuir de manera significativa a la salud de la población.

Adicionalmente, Guo (2009) sostiene que “una comunicación efectiva se correlaciona con las funciones de un gerente para liderar, dirigir, planificar y organizar”. Un gerente experto debe centrarse en maneras de mejorar su comunicación para fomentar una mejor comprensión entre los empleados, minimizar los conflictos, e influir en las actitudes y comportamientos que mantienen positivas interacciones lugar de trabajo. El feedback, es decir, la información que las personas reciben de sus comunicaciones, puede ser

utilizado para promover una comunicación más efectiva. Los medios o canales de comunicación son los medios por los cuales se transmiten los mensajes.

En contraste, la comunicación ineficaz se produce cuando las barreras distorsionan el proceso de comunicación. Para mejorar las habilidades de comunicación de gestión, se alienta a los gerentes de salud deben de hacer un esfuerzo consciente para desarrollar y aplicar diversas técnicas y estrategias.

1.3.2 – Sistema de Comunicación

Ferrero (1973) en Aranguren y Resónico (1998) explicaron que “un sistema de comunicación es aquel que en cualquiera de los niveles que se considere (administración central, obra social, establecimiento asistencial) abarca el flujo de toda la información, responsabilizándose por su transmisión entre las diferentes estructuras o etapas del proceso” (p. 242).

Un sistema se trata de una unidad que comprende partes independientes en mutua interacción, las cuales operan con ciertas leyes, de tal manera que producen un efecto total o final que no es la simple suma de las partes que lo componen.

Indican, además, que un sistema tiene elementos, que hay relaciones entre esos elementos, y que las mismas son complejas (no pueden estudiarse simultáneamente).

La recolección y elaboración de datos constituyen lo que se conoce como producción de estadísticas. Los sistemas estadísticos son estructuras destinadas a la producción de informaciones en campos específicos, constituyendo una etapa importante que conduce finalmente a su conocimiento por los organismos y personas con competencia en la toma de decisiones.

Al hablar de producción de información, intencionadamente se está diferenciando este término del llamado dato. Este es solamente la expresión cuantitativa de un fenómeno o de un hecho en estado bruto y no interpretado.

Ese mismo valor, convenientemente analizado y comparado, se convierte en información, elemento dinámico capaz de generar decisiones.

La información es pues el punto de partida u origen del proceso. De la calidad de la misma va a depender el producto final del análisis estadístico. Así como no hay cadena más fuerte que el más débil de sus eslabones, no hay resultados de calidad informativa mejor que la de los datos en que se basan.

La necesidad de contar con información confiable que genere decisiones adecuadas, obliga a disponer un sistema altamente confiable, que comporta la ineludible incorporación de la computación electrónica.

La forma en que se lo diseñe y se lo ponga en operación exitosamente, dependerá de la existencia o inexistencia de métodos de valoración, que por lo menos deberán abarcar tres áreas necesarias de control; son ellas la evaluación de gestión, la eficiencia y la eficacia.

Los objetivos del sistema serían:

- Información para la toma de decisiones previas y durante la planificación.
- Información para la programación a largo, mediano y corto plazo.
- Información que permita hacer proyecciones futuras.

La atribución racional y sistemática de la computación a la información, esto es la informática, permite diseñar un Sistema de Información Hospitalaria (aplicable a cualquier otro nivel de atención de la salud) que con seguridad, legibilidad y en cantidad significativa aporte la información necesaria con exactitud, en el lugar debido y en el momento oportuno.

Es importante desarrollar, además, un sistema de retroalimentación.

1.3.3 – Retroalimentación

Guo (2009) sostiene que “la retroalimentación es esencial para la comunicación, ya que permite a los participantes del proceso de comunicación determinar si los mensajes se han intercambiado fueron entendido como estaba previsto”. La retroalimentación es la respuesta del receptor a un mensaje en el que el mismo receptor se convierte en emisor. Las personas que se comunican cara a cara tienen mayor oportunidad de retroalimentación, sobre todo si no hay barreras que afectan o limitan el proceso de comunicación. Cuando la retroalimentación no tiene lugar o uno no deja tiempo para que la retroalimentación se produzca, entonces se podría dar una retroalimentación negativa. Para ser un comunicador más eficaz, se deben establecer amplias oportunidades de retroalimentación para su eficaz desarrollo.

Hay varias fuentes de retroalimentación. Ésta se obtiene a partir de uno mismo, de los demás, y de tareas realizadas. La retroalimentación puede ser utilizada para mejorar las operaciones y llevarlas a cabo más eficazmente. La retroalimentación puede incluir

encuestas y cuestionarios (de satisfacción de empleados, de pacientes o audio o videos de actividades de grupos de enfoque). Para comunicarse con mayor eficacia, la retroalimentación se utiliza para ayudar a los individuos y grupos como estrategia para alcanzar las metas organizacionales. Para un administrador, la retroalimentación es muy importante para lograr la participación y el acuerdo de los empleados y proporcionar un control y medidas correctivas cuando sea necesario.

CAPÍTULO 2: Calidad en Salud

En el Sector Salud se utilizan habitualmente cuatro palabras con las que se pretende enmarcar el accionar sanitario. Estas son: Equidad, Efectividad, Eficacia y Eficiencia. Cuando la prestación de servicios se realizan con equidad, esto es dar más a quién más necesita garantizando la accesibilidad, con eficacia, esto es con metodologías y tecnologías adecuadas, con efectividad, esto es alcanzando cobertura e impacto adecuados, y con eficiencia, esto es con rendimiento y costos acordes, podemos decir sin duda que esto constituye Calidad de los Servicios de Salud.

Según Pazzi Pla (2004) en Pueblo Chico (2004), el concepto calidad no debe tomarse como sinónimo de lujo o de complejidad, no constituye un término absoluto, sino que es un proceso de mejora continua que puede objetivarse y medirse y que no depende de un grupo de personas sino que involucra a todo el personal.

Calidad es hacer las cosas bien la primera vez. La calidad no es obra de la casualidad sino el resultado de un esfuerzo inteligente. Calidad en Salud significa el mejor producto clínico/quirúrgico para los pacientes, la satisfacción para todos los usuarios del sistema, la retención del Staff talentoso y la utilización racional de los recursos asignados.

Un Programa de Garantía de Calidad es un método sistemático, planificado y continuo para monitorear, evaluar y mejorar la calidad de los servicios de salud con el fin de incrementar los beneficios para la población a partir de los recursos existentes.

La Garantía de Calidad promueve la confianza, mejora las comunicaciones y permite entender de una forma más clara las necesidades y expectativas del paciente. Su grupo familiar y los de la comunidad. Su énfasis radica en cómo se trabaja, en las actividades que se realiza y los procesos mediante los cuales se suministra la atención de salud.

La Calidad en Salud es importante porque si no se proveen los servicios que los pacientes desean y los estándares de calidad que se ofrecen son inferiores a los de otras instituciones, los usuarios preferirían ir a otras organizaciones y quizás utilizarán los servicios oficiales sólo en casos de emergencias.

Si se mejora la calidad de los servicios de salud en las instituciones, tanto los clientes como los trabajadores estarán más satisfechos. Más población deseará utilizar los servicios, se logrará mejorar la imagen de las instituciones en la prestación de servicios

de buena calidad, se recaudarán mayores ingresos para invertir en las instalaciones y mejorar mucho más la atención. La calidad beneficia a: la Comunidad, los pacientes, los trabajadores y las instituciones.

2.1 – Calidad Total

Varo (1994) sostiene que la adopción de la filosofía de la calidad total conlleva la puesta en práctica de un conjunto de actividades dirigidas a que toda la empresa, desde la Dirección hasta el trabajador menos cualificado, participe en el proceso de mejora continua de la calidad.

La calidad y la perfección no solo se buscan en el producto, sino también en el precio, la seguridad, la estrategia de planificación, la gestión, las relaciones humanas y en la totalidad del sistema de producción. Es la calidad total en toda la empresa.

“La calidad total es el conjunto de principios, de métodos organizados de estrategia global, dirigido a movilizar a toda la empresa a fin de obtener la mayor satisfacción del cliente al menor costo posible. Es un proceso de mejora continua gracias al mejor conocimiento y control de todo el sistema: diseño, procesos, ejecución, información, proveedores, de forma que el producto recibido por los consumidores esté en correctas condiciones de uso” (Alonso, 1990, en Varo, 1994, p. 554).

La calidad afecta a todas las partes de la empresa. La organización se considera como un sistema abierto que integra elementos externos tales como los clientes y los proveedores. Desde esta perspectiva, no puede hablarse de la calidad como un aspecto aislado de la gestión; su filosofía responde a un proyecto continuo con resultados a largo plazo aunque este debe estar predeterminado.

El concepto de calidad total se resume en los siguientes principios:

- La calidad es hacer bien el trabajo todas las veces desde el comienzo y, por lo tanto, sin defectos.
- La calidad es reducir los costos inútiles.
- La calidad es prevenir.
- La calidad es dirigir y gestionar óptimamente.
- La calidad es responder a las necesidades de los clientes externos e internos.

Los objetivos prioritarios de la calidad total se pueden observar con detalle a continuación en la Figura 5.



Figura 5: Principios del concepto de Calidad Total

Fuente: Varo (1994), Elaboración Propia

2.2 – Planificación de la Calidad

Alfonso (1991) en Varo (1994) define la Planificación de la Calidad como:

“El proceso de análisis y conocimiento de un sistema que formula las metas y objetivos y asigna los recursos, diseña las alternativas estratégicas con el propósito de alcanzar esas metas y objetivos, evalúa la eficacia de los planes y elige el mejor posible, inicia las acciones necesarias para su desarrollo y efectúa un seguimiento continuo del sistema con el fin de alcanzar una óptima relación entre éste y el plan” (p. 190).

La planificación estratégica es el proceso que dirige la atención de la organización hacia el futuro a fin de adaptarse con mayor prontitud al cambio y determinar en qué sentido debe desplazarse. Implica siempre un horizonte temporal. Es una forma de afrontar el cambio exterior: conlleva a adoptar unas decisiones con objeto de conciliar las capacidades externas y las aspiraciones y competencias de los directivos con las oportunidades y exigencias del entorno.

Adicionalmente, Shaw (1991) en Varo (1994) continua explicando que el objetivo fundamental de la planificación es “conocer y comprender el entorno donde se sitúa la organización, conocerse a sí misma y desarrollar aquello que se debe realizar y conocer lo que no debe efectuar”. Está relacionada con cuatro procesos: diagnosticar la situación

actual, establecer las metas futuras, definir los objetivos intermedios que permitirán alcanzar las metas y tomar las decisiones presentes que propician la consecución de los objetivos. Su fin es crear en el momento actual las condiciones para aprovechar las condiciones futuras y evitar los riesgos.

Pola Maseda (1988) en Varo (1994) establece que la planificación de la calidad implica formular las políticas de calidad, fijar los objetivos y establecer las estrategias para alcanzarlos. Juran (1989) y Pierce (1990) en Varo (1994) adicionan que la planificación es la actividad que intenta conocer quienes son los clientes y cuales son sus necesidades, desarrollar los productos y procesos requeridos para satisfacerlas y transferirlos a las unidades operativas. Definida así, la planificación de la calidad es necesaria en el diseño y desarrollo de los bienes y servicios destinados a los clientes y en el diseño y desarrollo de los productos y procesos internos, pues uno de los fines de la planificación de la calidad es suministrar a las fuerzas operativas los medios para fabricar productos que satisfagan las necesidades de los clientes, sean éstos externos o internos.

Agregan que el concepto de planificación de la calidad puede tener un significado más restringido, refiriéndonos entonces al proceso de preparación necesario para alcanzar los objetivos de la calidad. En este sentido, la planificación no es un ente abstracto, sino que se proyecta a fin de cumplir unas metas; una vez éstas se han definido de una forma clara y precisa, se puede comenzar a planificar. El resultado final será una lista de acciones con indicaciones de quienes tienen que realizarlas, fechas de ejecución, recursos humanos y materiales necesarios, así como otros elementos de la planificación.

La planificación de la calidad se incorpora en la planificación estratégica de la empresa; esta integración permite jerarquizar y optimizar las acciones a través del tiempo, aún cuando las necesidades a corto plazo causen temporalmente desviaciones. El resultado, el plan estratégico de calidad, facilita un marco de referencia de actuación para mejorar de una manera continua y adoptar decisiones.

Las actividades básicas en la planificación de la calidad se pueden ver en la Figura 6, donde se establece la secuencia para su correcto desarrollo.

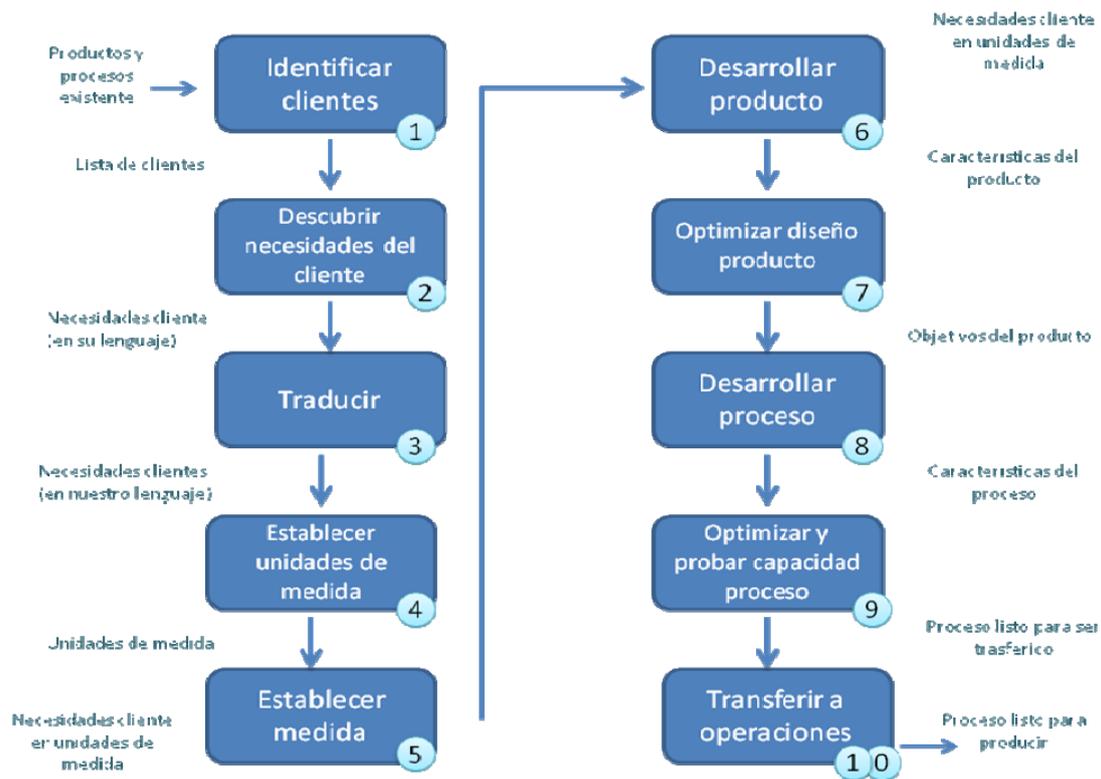


Figura 6: Secuencia de actividades en una Planificación de Calidad

Fuente: Juran (1990) en Varo (1994), p. 192

2.3 – Medición de la Calidad

Según Jiménez Paneque (2004), “la medición de la calidad y la eficiencia de un servicio de salud es una tarea compleja ya que, además de la complejidad intrínseca que conlleva la medición de conceptos abstractos, no pueden ignorarse la variedad de intereses que pueden influir en una evaluación de ese tipo”.

Sostiene que en los sistemas públicos y por ende gratuitos, es el estado quien financia los servicios de salud y por ello es el mayor interesado en que éstos sean brindados con calidad y eficiencia. “La falta de control y evaluación de estos dos atributos en los servicios de salud se reflejará a la larga en una disminución de las posibilidades reales para brindar todos los servicios sociales”.

Por otro lado, inevitablemente la medición de conceptos abstractos (como calidad y eficiencia de los servicios de salud) necesita de una investigación cuantitativa que permita realizar comparaciones en el tiempo y permita además determinar patrones que ayuden a la identificación de fallos o logros.

Como bien lo define un indicador es “una construcción teórica concebida para ser aplicada a un colectivo y producir un número por conducto del cual se procura cuantificar algún concepto o noción asociada a ese colectivo” (Paneque, 2004).

Adicionalmente, el Pazzi Pla (2004) en Rubinstein (2004) sostiene que un indicador es una variable que se puede medir. Es decir, es el aspecto del servicio seleccionado para la medición; se utiliza para medir variables complejas. Algunos ejemplos de variables complejas son: calidad del servicio, accesibilidad y nivel socioeconómico. Los indicadores pueden ser utilizados para describir una situación que existe y medir cambios o tendencias en un período de tiempo. Los indicadores de salud son cuantitativos en su naturaleza, como tiempos de espera, disponibilidad de medicamentos, limpieza del establecimiento, entre otros.

Un indicador es simplemente una indicación de una situación dada, o un reflejo de esa situación; con frecuencia se necesitan varios indicadores para describir una variable compleja. Un problema con los indicadores es que no todos tienen una definición generalmente aceptada, sino algunos tienen una definición variable según el autor y/o la escuela.

Los criterios que propone para seleccionar indicadores son los siguientes:

- Utilidad, para la gestión, toma de decisiones y monitoreo de los progresos realizados;
- Viabilidad, de manera que sea posible su recolección tomando en cuenta aspectos técnicos y financieros;
- Selectividad, es decir, que sean los más exactos y confiables posibles;
- Oportunidad, significa, que estén disponibles cuando se les necesite;
- Características de los buenos indicadores;
- Válidos, de manera que puedan medir realmente lo que se supone deben medir;
- Objetivos, confiable o consistente, que arrojen los mismos resultados cuando lo utilizan diferentes personas en distintos momentos en circunstancias análogas;
- Sensibles, es decir, tener la capacidad de captar los cambios ocurridos en la situación o fenómeno que se estudia;
- Específicos, que reflejen solo los cambios ocurridos en la situación que se trate.

Al integrar los componentes en un Programa de Garantía y Calidad se pretende identificar problemas en forma oportuna, analizarlos objetivamente, proponer soluciones viables y dar seguimiento a las acciones propuestas, y evaluar los resultados.

Aranguren y Resónico (1998) establecen que la Garantía de la Calidad es una disciplina que no constituye un fin en sí misma. No es un arte, no se trata de una ciencia. Podrían intentar ubicarla como una especialidad que por imperio de su creciente gravitación médico-institucional ha ido adquiriendo identidad, espacio propio y autonomía como materia de enseñanza y aprendizaje dentro del campo de la salud. A tal punto que no se concibe un ente institucional financiador de la salud, un establecimiento hospitalario, un servicio, sin su apoyo como un moderno y eficaz medio de contralor del proceso de la atención médica y sus costos, a través de la optimización del empleo de los recursos y la permanente actualización de los conocimientos como resultado de las investigaciones y experiencias cosechadas en las tareas profesionales dentro del campo de la salud.

Cualquiera sea el camino a seguir, “la meta de la Garantía de Calidad ha de ser medir la eficiencia en su componente fundamental: la calidad” (Aranguren y Resónico, 1998, p. 8). Es de su competencia contar con una organización que permita y facilite el estudio de los medios utilizados, partiendo de la estructura, avanzando en los mecanismos del proceso de la atención médica para finalizar con la medición de los resultados finales. No es algo que pueda ser creado de la nada. Tiene que orientarse hacia su objetivo, mediante una línea de acción, fiel a las propias motivaciones y políticas del ente médico-institucional. No como emergentes de condicionamientos externos contingentes.

De lo dicho se desprende que la Garantía de Calidad debe estar centralizada y coordinada, en forma coherente, de modo de crear un ámbito de comportamiento en cuyo seno germine la calidad, con tanta naturalidad y fuerza de convicción que, en caso de sesgos o errores, permita mediante ajustes o reajustes, retomar el buen camino.

Para Donabedian (1993) en Aranguren y Resónico (1998) “garantía de calidad implica todo tipo de acción para proteger y promover la calidad de la atención médica” (p. 9).

Garantía de Calidad hace el seguimiento de los comportamientos mediante el monitoreo.

Donabedian (1993) en Aranguren y Resónico (1998) continua explicando que el monitoreo implica observar, conocer, gerenciar, a lo que habría que agregar reajustar el proceso de atención médica, dado que según este autor existe una estrecha relación entre monitoreo y reajuste. Es necesario que ambos funcionen juntos y bien.

El monitoreo puede ser prospectivo, concurrente y retrospectivo:

- El monitoreo prospectivo (hacia adelante) es el que tiene que ver con las políticas, proyectos, programas y metas por alcanzar (Programas de acreditación y certificaciones, etc.)
- El monitoreo concurrente es “contemporáneo” del proceso de atención y tiene que ver con su seguimiento y control.
- El monitoreo retrospectivo es el equivalente de la auditoría tradicional; la evaluación de lo hecho respecto de lo que se debió hacer: revisión de prestaciones, revisión de casos, revisiones especiales y estadísticas.

“El conjunto de actividades científico-técnicas que caracterizan la atención médica se prestan individualmente o a través de servicios de salud y ofrecen: a) una estructura, b) un proceso, y c) resultados, aspectos íntimamente vinculados entre sí, eslabones de una misma cadena” (Donabedian, 1993, en Aranguren y Resónico, 1998, p. 9).

Adicionando al tema, Masnatta (1972) en Aranguren y Resónico (1998) describe estos puntos mencionados:

“a) Por estructura entenderemos el substracto técnico y administrativo de la atención médica, e incluye aspectos tales como adecuadas instalaciones (planta física), suficientes equipos (recursos materiales), cantidad, calidad y organización del recurso humano profesional, técnico, administrativo, etc. (planteles) y normas de funcionamiento que orientan y respaldan la provisión de la atención (procedimientos).

b) El proceso de la atención médica se refiere a la utilización apropiada de la estructura y se objetiva en la correcta aplicación de las medidas de prevención en salud; competencia técnica en el diagnóstico y tratamiento de las diferentes afecciones, coordinación y continuidad de la atención médica, etc.

c) Los resultados se expresan por indicadores finales de la atención médica, generalmente inconfundibles o fáciles de reconocer (curación o defunción, por ejemplo), pero otros no tan claramente definidos y que pueden ser difíciles de medir (rehabilitación sicofísica, grado de aceptación de la atención recibida, etc.)” (p. 10).

2.4 – Auditoría de la Calidad

Aranguren y Rezzónico (1998) sostienen que la actividad de auditoría de sistemas médicos se basa en la implementación de procesos de evaluación y monitoreo que permitan mantener en un alto grado la calidad de las prestaciones.

El aspecto base del problema, reside en la determinación del nivel, desde el cual se desarrollará para que adquiera una proyección global, en la institución.

El objetivo es la implementación de un sistema de auditoría que asegure su funcionamiento por sí mismo y que no radique esta tarea en un servicio operativo, en una función de apoyo para los responsables de cada área. Bajo este enfoque de auditoría funcional (no estructural) de responsabilidad compartida en la marcha del sistema, se trata de evitar la duplicación de esfuerzos para la evaluación conjunta de los resultados.

Para ser completa la auditoría, debe ser amplia y cubrir todos los aspectos del sistema pero en particular se deben caracterizar tres momentos claramente definidos:

- 1) El flujo de información, en cada uno de los pasos con responsabilidades (fuentes, usuarios, etc.).
- 2) Elaboración de información. Dónde y cómo.
- 3) El control, respecto a la real utilización de cada usuario para asegurar la eficiencia y necesidad de los procesos.

En particular la función de auditoría debe adecuarse al cambio de métodos y técnicas, para el cometido de su accionar en los sistemas de salud.

Nuevos desafíos se presentan para la labor de la auditoría en las organizaciones de salud:

- Los archivos de registraciones ya no son visibles en forma natural.
- Los ciclos de pistas y controles tradicionales son interferidos por equipos electrónicos (computadores).
- El auditor médico se debe enfrentar ante un medio tecnológico, para el cual no ha sido formado interactuar con nuevos perfiles laborales en el contexto de la salud, programadores, analistas, técnicos, etc.
- Nuevas áreas y funciones concentran la información mediante redes y bancos de datos.

- Su participación, es fundamental en los desarrollos nuevos con el fin de precisar criterios de confiabilidad y oportunidad de provisión de datos.
- La dificultad propia de la seguridad física de los archivos y del software (back-up).

Además, las técnicas de evaluación en que se apoyaba la auditoria tradicional han evolucionado a métodos modernos que paradójicamente requieren del computador como herramienta principal, como ser corridas de un conjunto de datos, prototipos, mini-sistema, simulación, modelización

El profesional de auditoria tiene dos formas de actuar: Auditoria sin empleo del computador o auditoria con empleo del computador. La segunda es más técnica, compleja y avanzada, basándose en la formación del personal para el manejo de un sistema de evaluación informático (programación paralela, procesos paralelos, simulaciones, etc.).

2.4.1 – Formación del auditor

El profesional o especialista de los servicios de salud, que debe asumir la responsabilidad de auditar por resultados (calidad) brindados por un computador requiere de los siguientes conocimientos:

- Realizar relevamientos y evaluaciones de sistemas,
- Determinar la naturaleza, extensión y oportunidad de los procesos de evaluación,
- Definir los elementos de prueba válidos y suficientes que sustenten el contenido de sus informes.
- Comprobar la seguridad y eficiencia (o la inexistencia) de los procesos y controles que contemplen la calidad de los servicios.
- Conocimiento de los sistemas existentes, salidas que producen, entradas que requieren, transacciones válidas, etc.

Todas estas consideraciones han hecho que la mistificación de las computadoras provoque un condicionamiento psicológico que afecta en general la performance de los recursos humanos.

El auditor de los servicios de salud, debe obtener elementos de prueba válidos y suficientes que sustenten el contenido de sus informes; no le ha sido fácil la obtención

de ellos ante técnicas convencionales en el pasado, por ello sus procedimientos se adaptaron para permitir probar no solo el control en sí.

La inserción de nuevas tecnologías de la información, como elementos de captura, almacenamiento, procesamiento, transmisión, consulta y emisión de datos ha generado nuevas responsabilidades para la auditoría, la complejidad y característica de cada institución indicará el sistema de auditoría más conveniente.

Los servicios de auditoría, deben actuar como la prolongación de capacidades de la dirección, armonizando sobre la base de un espíritu cooperativo, la explicitación de objetivos comunes en lo que hace a la calidad pretendida.

La dirección es la que valorará la implementación de estos sistemas y hará uso de los mismos en la medida que lo crea conveniente para la institución.

El logro de la excelencia, aumentará la imagen ante la comunidad usuaria, catalogándola como centro de conocimientos.

La inserción de nuevas metodologías opera sobre un plano normativo, en el cual se detectan las demandas de cada sector usuario. Se debe planificar la transferencia de dichos conocimientos para articularlos en un nuevo sistema de gestión.

La implementación de los cambios, no puede quedar restringida al aspecto operativo; debe incluir previo análisis del contexto a que estilo de producción responderá.

Para asegurar la eficacia de los procesos de innovación y transformación, deben adoptarse métodos que incorporen los nuevos contenidos de la calidad, como factor comunicacional de una cultura organizativa.

2.5 – Calidad y la Organización

2.5.1 – Calidad y Tecnología

Según Aranguren y Rezzónico (1998), la aparición y uso racional de novedosos y refinados recursos de diagnóstico en el campo de la medicina produjo durante los últimos años un gran mejoramiento de las técnicas y el confort de la atención. Nuevas prácticas ampliaron las fronteras del conocimiento médico, la seguridad en el diagnóstico, las posibilidades terapéuticas y las expectativas de vida de los enfermos. Así también paralelamente la tecnología generada por el avance de la investigación aplicada, determinó diferencias no deseables en los niveles de accesibilidad por razones

económicas, ya que adivino la inevitable sumatoria de los costos de desmedro de la deseable igualdad de posibilidades, dentro de una misma comunidad.

En términos generales, podemos decir que la tecnología “ya probada” va seguida del mejoramiento de la calidad, cuando es utilizada selectivamente como un medio de riesgo controlado, en los casos indicados y en escala apropiada, para el logro de los mejores resultados sin caer en la sobre-utilización o en el daño no deseado o evitable, por indicación errónea o gesto vano.

2.5.2 - Calidad y Recursos Humanos

Según Aranguren y Rezzónico (1998), respecto a la Calidad, el recurso humano, profesional, técnico y de enfermería tiene que ver primordialmente con los siguientes factores. Primeramente con la riqueza del conocimiento y la idoneidad o la capacidad para el hacer, adquiridos sucesivamente y a través del tiempo, mediante la jerarquización de su formación universitaria, la residencia hospitalaria, el perfeccionamiento de posgrado, la educación continuada en servicio y la recertificación profesional otorgada por sociedades científicas reconocidas o entes debidamente acreditados y autorizados, todos como puntos evaluativos de obligada referencia curricular.

En segundo lugar, los factores recién expuestos, no se pueden dejar de ponderar en la evaluación o acreditación de los recursos humanos los problemas técnicos y de organización por área o sector y los “ingredientes culturales” que afectan no solo el arte de la atención, sino también el rendimiento y los resultados, con su inevitable impacto en el contexto social del que forma parte el establecimiento de salud.

Otro aspecto a considerar es el funcionamiento en equipo y la relación interdisciplinaria a nivel horizontal. La experiencia señala esta modalidad de trabajo como la más productiva respecto de la calidad y la menos propensa al error.

En cuarto lugar, la adecuación, en cantidad y calidad de los respectivos planteles a la demanda, sus mecanismos de selección, la elaboración y observación de un cuerpo de normas de procedimientos.

Por último, dentro del arte de la atención pueden considerarse como indicadores de la calidad del recurso humano los siguientes:

- Conocimiento por parte del enfermo de los profesionales directamente responsables de la atención.
- El suministro de una prudente información (por su médico) dentro de las posibilidades que ofrece la personalidad del paciente, acerca de las características del mal que padece (demostrado que esto es positivo para su colaboración durante el estudio y tratamiento).
- Todo lo que favorezca la consideración y el respeto que merece el paciente en su condición de ser humano enfermo, con independencia de su nivel social, económico, etnia o credo.
- El logro, durante la atención de los pacientes, de la comunicación, intimidad y confort apropiados.
- La creencia por parte del enfermo, que el sistema, institución o su médico hacen de él una importante preocupación o un compromiso indelegable.
- Todo lo que tiene que ver con el arte de la atención y es factible de ser valorado objetiva o subjetivamente por el paciente.

2.5.3 – Calidad y proceso de atención

Aranguren y Rezzónico (1998) explican que el **proceso**:

“Abarca la evaluación de los signos y síntomas, las prácticas diagnósticas y terapéuticas realizadas al paciente, con sus respectivas indicaciones y metodologías (modo, tiempo y lugar); el pormenorizado registro diario de las secuencias evolutivas, la ordenada disposición de toda otra documentación testimonial agregada (interconsultas, protocolos, informes especiales, etc.) correspondientes a las prestaciones brindadas al enfermo” (p. 634).

Esta sucesión de acciones médicas tienen que ver, como es obvio, con la naturaleza y la evolución de la enfermedad, con sus particularidades y características, obedeciendo a ciertos criterios y formulaciones cuya finalidad es de la controlar y neutralizar el mal, con la mayor efectividad en el menor tiempo posible.

El proceso de la atención profesional es susceptible de ser controlado a través de la aplicación de los mecanismos primarios, las vías de abordaje, los instrumentos de la evaluación técnico-administrativa y, muy especialmente, el apoyo de la auditoría profesional mediante el procedimiento de la confrontación de los registros de la historia

clínica con las normas aceptadas por consenso correspondiente a la patología, para así evaluar todo el proceso de la asistencia médica recibida por el enfermo y efectuar, en función de los resultados hallados, las recomendaciones y/o correcciones necesarias según sean las circunstancias.

Las normas de atención tienen importancia para el profesional como un marco indicativo de un nivel consensuado de calidad. Pero ello no significa, llegado al caso, que el médico no pueda usar su propio criterio, ya que cada paciente le da a su enfermedad características propias, a punto de partida de su estructura biológica.

Desde la perspectiva y encuadre de la garantía de calidad, el nivel de la atención está dado por la capacitación en servicio del cuerpo de profesionales, quienes a través de la experiencia recogida en sus propios pacientes logran un aprendizaje continuado que los preserva, en alto grado, de la mala práctica.

La calidad no solo tiene que ver con la vigencia y aplicación del cuerpo normativo por especialidad y patología, sino también con la búsqueda de la eficiencia técnica y sus resultados durante el proceso, sino también con la disminución de los costos o eficiencia económica a través de la racionalidad en la utilización de las prácticas de alta complejidad de diagnóstico y tratamiento.

CAPÍTULO 3: Estructura y Procesos Hospitalarios

“A fin de funcionar y alcanzar sus objetivos, las organizaciones deben dotarse de una estructura que combine las relaciones formales preestablecidas y aquellas otras que son el resultado de las actividades e interacciones de sus miembros, así como también las distintas tareas funciones que se desarrollan en su seno” (Varo, 1994, p. 113).

Aunque suele decirse que los hospitales, y en general las organizaciones sanitarias, son diferentes, la teoría de la organización constituye un cuerpo único de aplicación universal que permite explicar la estructura y funcionamiento del hospital como organización de personas.

3.1 – Estructura Hospitalaria

De acuerdo a lo expuesto por Aranguren y Rezzónico (1998) cualquier enfoque inteligente de una organización institucional tiene que comenzar por considerar su estructura. Esta sugiere un conjunto de recursos y actividades, ordenadas y coordinadas hacia el logro de cierta clase de objetivos. La mecánica de su funcionamiento está en el actuar conforme con lo reglamentario en detrimento de la innovación, la presteza y simplificación del trámite.

A medida que una estructura crece, aumenta la complejidad de su coordinación, su papeleo administrativo y por progresión geométrica de su interacción interna, se genera un mayor lapso para la toma de decisiones, asimismo se multiplica el “pase a sus efectos” y se diluye la responsabilidad personal en tal grado que a veces resulta difícil llegar a saber quién es responsable de qué.

En los últimos tiempos ya no se discute la necesidad de un cambio de enfoque al respecto, teniendo en cuenta los avances tecnológicos de toda índole y la concientización de las ventajas de una rápida toma de decisiones. El traslado y aplicación de esta idea o necesidad de cambio, a una estructura organizativa, dio lugar a la utilización de un término tan expresivo como el de “desestratificación”.

“La desestratificación consiste en la reducción de los estratos jerárquicos de una unidad orgánica mediante la supresión de ciertos niveles intermedios de gestión” (Aranguren y Resónico, 1998, p. 34). Cuando estos niveles intermedios se amplían con exceso la organización se burocratiza o fosiliza. “La excesiva amplitud del estrato medio de gestión pone trabas a la flexibilidad y a la capacidad de respuesta” (Aranguren y

Rezzónico, 1998, p. 35). La finalidad esencial es la de alcanzar estructuras funcionales con el suficiente grado de fluidez organizativa como para adecuarlas a las exigencias de un más eficiente cumplimiento de las funciones que le son propias a pesar de las dificultades que suelen plantearlos a veces enmarañados engranajes administrativos, con sus letargos e inercias.

Según T.J. Peter y R.H. Waterman en Aranguren y Rezzónico (1998), una estructura de nuestro tiempo debiera responder a estas tres premisas que se explican por sí mismas:

- a) “Necesidad de eficiencia en torno de lo básico –valores subyacentes predominantes-
- b) Necesidad de innovación periódica –poder de iniciativa y cambios-
- c) Necesidad de evitar la calcificación: poder de reorganización funcional temporal –rompe hábitos- .

De acuerdo a lo expuesto por Varo (1994), la estructura organizativa comprende los recursos humanos y materiales y el modo de ordenarlos para producir los bienes o servicios que la empresa entregaba a la sociedad.

“Es el conjunto de todas las formas en que se divide el trabajo en tareas distintas y su posterior coordinación” (Mintzberg, 1988; en Varo, 1994, p. 113).

Adicionalmente, Strategor (1991) y Zerilli (1989) en Varo (1994), definen a la misma como “la totalidad de funciones, relaciones, comunicaciones, procesos de decisión y procedimientos que determinan formalmente los fines que cada unidad de la organización debe cumplir y los modo de colaboración entre estas unidades” (p. 113).

En resumen, la estructura de la organización es un sistema formal, garante de cierto orden, en una situación donde coexisten intereses potencialmente contrapuestos.

3.1.1 – Partes fundamentales de la organización: El Modelo de Mintzberg

En el hospital se identifican cinco partes fundamentales de la organización señaladas por Mintzberg (1991) en Varo (1994):

Vértice estratégico o Alta Dirección: “Conformada por todas las personas con una responsabilidad global de la organización, incluidas quienes les asisten directamente” (p. 114). Se ocupa de que la organización cumpla efectivamente con misión y de que satisfaga los intereses de las personas que controlan o tienen algún poder sobre la

misma: políticos, accionistas, sindicatos, clientes y otros. La constituyen el gerente y los diversos directores, así como los subdirectores médicos y algunos los subdirectores médicos y adjuntos de enfermería.

Núcleo de operaciones o núcleo técnico: Se sitúa en el otro extremo de la organización, abarcando a “aquellos miembros que realizan el trabajo básico directamente relacionado con la generación de productos y servicios” (p. 114). Forman parte del mismo el personal de los servicios médicos y de las unidades asistenciales: médicos y enfermeras (los operarios profesionales) y auxiliares de clínica.

Línea media o mandos intermedios: Ambos extremos de la organización se unen mediante la “cadena de directivos de la línea media provistos de autoridad formal” (p. 114). Los mandos intermedios hospitalarios son los jefes de servicio y de sección y los supervisores de enfermería.

Staff de apoyo: “Son unidades especializadas cuya función consiste en proporcionar un apoyo a la organización fuera del flujo de trabajo de operaciones” (p. 114). No forman parte de la línea jerárquica, aunque pueden estar organizadas en departamentos. La Dirección de Gestión, en sus líneas de mantenimiento, obras, limpieza, hostelería, seguridad, suministros, asesoría jurídica y relaciones laborales, constituye el staff de apoyo hospitalario.

Tecnoestructura: “Son los analistas de control que afianzan la normalización en la empresa” (p. 114). Su misión es planificar, diseñar y cambiar los procesos de trabajo e, incluso, la preparación de las personas; pero no participan en el flujo de las tareas. Hay tres clases de analistas: de estudios, de planificación y control y de personal. Esta parte de la estructura está poco desarrollada en los hospitales: muchas de sus funciones son asumidas por la Dirección, los mandos intermedios y la sede central. En el contexto hospitalario se pueden considerar como órganos de la tecnoestructura la Comisión Central de Garantía de Calidad, las Comisiones Clínicas y la Junta Técnico-Asistencial.

Tanto las unidades de apoyo como la tecnoestructura son órganos staff o funcionales, centros de asesoramiento, servicio y asistencia, que realizan una función especializada. En el Capítulo 8 se expone una amplia descripción de esta clase de unidades, así como de sus funciones, autoridad y relaciones que mantienen con la línea jerárquica.

Cultura: Posteriormente, este mismo autor ha incorporado como parte básica de la estructura organizativa la ideología o conjunto de tradiciones, creencias y valores de una organización que la distinguen de otras.

3.1.2 – Elementos descriptivos de la estructura organizativa

Las funciones, los órganos, las relaciones, el ámbito de supervisión y los organigramas son los instrumentos que describen una organización e informan acerca de su estructura y funcionamiento. Las normas y los procedimientos son el resultado de las burocracias que racionalizan los comportamientos en las organizaciones; responden a la necesidad de aquellas de dejar escritas sus acciones y decisiones.

Las funciones

“Una función es una actividad, o conjunto de actividades con características similares y relacionadas, que se debe realizar para que la organización alcance sus objetivos” (Varo, 1994, p. 115). Son las operaciones, las fases esenciales del proceso productivo, que se desarrollan en el interior de la empresa. La función es independiente de los órganos, puede subsistir aun en el caso de que no exista ninguno de éstos para desarrollarla.

Se clasifican, según Zerilli (1989) en Varo (1994), en varias categorías: explícitas e implícitas, principales y complementarias, directivas y ejecutivas y generales.

Una función es explícita cuando hay uno o varios órganos o personas para llevarla a cabo. Por el contrario, es implícita cuando no está situada en ningún punto concreto de la estructura.

Las actividades encaminadas a la consecución de los objetivos primordiales de la empresa son funciones principales. Son funciones complementarias las orientadas al logro de los objetivos secundarios de la empresa y las que participan indirectamente en la consecución de los objetivos principales. Sin embargo, una función secundaria de la empresa puede ser la principal de una unidad concreta.

Todas las grandes funciones tienen dos aspectos: el directivo y el ejecutivo. Los aspectos directivos de una función son los referidos a la formulación de objetivos, la programación de resultados que se quieren alcanzar, el control del trabajo, la coordinación de recursos y actividades y la asignación de tareas. Por el contrario, los aspectos ejecutivos de una función son aquellos referidos al desarrollo de las actividades

necesarias para obtener resultados del empleo de materiales, equipos, personas e información.

Una función es general cuando interesa a toda la empresa. Tienen tal carácter la función personal, la función calidad, las funciones de dirección, administración y organización del trabajo, ya que son actividades que se realizan en todos los puntos de la empresa.

Los órganos

“Son las unidades compuestas por miembros que actúan como elemento de decisión o ejecución. Pueden ser personales o pluripersonales” (Varo, 1994, p. 115). Son, por tanto, unidades administrativas que reúnen en conjunto de atribuciones y medios materiales ejercitados o utilizados por una o varias personas adscritas a ellas. Cabe distinguir entre puesto y unidad organizativa.

Puesto de trabajo: La descripción del puesto de trabajo indica el conjunto de tareas que debe llevar a efecto una persona; persigue, pues, tipificar y objetivar los aspectos más importantes del mismo.

La descripción del puesto de trabajo contiene:

1. Identificación del puesto.
2. Misión.
3. Funciones y actividades que desarrolla.
4. Finalidades o resultados que deben alcanzarse: objetivos perseguidos.
5. Grado de autoridad y autonomía.
6. Directrices que recibe y ante quién es responsable.
7. Recursos con que cuenta el puesto: instrumentos, equipos y máquinas.
8. Entorno y relaciones, incluyendo las jerárquicas y las funcionales.
9. Medios de control y evaluación de la actividad.

Unidad organizativa: Una unidad organizativa es la “agrupación de varios puestos, que desarrollan una actividad homogénea, subordinados a un directivo ante el cual responden y al que informan directamente” (P. 116). Es uno de los elementos básicos del proceso de organizar. Su necesidad se deriva de la división del trabajo, que da lugar a la diferenciación o especialización horizontal.

En toda unidad organizativa hay al menos dos niveles jerárquicos, que en grandes empresas como el sistema hospitalario llegan a ser tres o más. Los niveles jerárquicos determinan el ámbito de supervisión o de control o ángulo de autoridad: el número de colaboradores dependientes de un solo directivo. Por otra parte, los niveles jerárquicos condicionan la diferenciación vertical o grado de responsabilidad y control de los puestos directivos.

Los criterios utilizados por Zerilli (1989) en Varo (1994) para clasificar las unidades son múltiples:

Unidades principales y subalternas: Las unidades se clasifican según su posición en la estructura. Son principales cuando se sitúan en el vértice de cada línea o pirámide y, subalternas, todas las subordinadas a las anteriores. Las unidades subalternas se denominan secundarias si tienen otras unidades debajo de ellas y simples o elementales, si no las tienen. Las unidades secundarias, a su vez, se clasifican en derivadas directas, derivadas indirectas y no derivadas según el grado de similitud de sus objetivos con los de la unidad principal de la que dependen.

Unidades operativas y funcionales: Las unidades operativas o productivas directas son aquellas que asumen las funciones principales de la empresa. Por el contrario, son funcionales o productivas indirectas las que desarrollan las funciones secundarias de la empresa.

Unidades auxiliares: También llamadas de servicio, son aquellas que ejecutan actividades que interesan o son comunes a otras unidades.

Ámbito de supervisión, de control o ángulo de autoridad

Se entiende por ámbito de supervisión el “número de colaboradores que están ligados directamente a un mando” (Varo, 1994, p. 117).

Fayol (1961) en Varo (1994) estableció los principios de la unidad de mando y de jerarquía. Diseñó la cadena jerárquica y señaló la limitación del ángulo de autoridad; éste, según la misión que realizara un superior, sólo podía abarcar un número de subordinados estimado entre cuatro y treinta. Unwick (1967) en Varo (1994) opina que el ámbito máximo de supervisión está cinco y diez personas. Son muchos otros los que han intentado determinar el número ideal de subordinados, pero la cifra exacta es difícil de establecer. No obstante, está reconocido tanto por Porch (1989) como por Tena

(1989) en Varo (1994) que el ámbito de control tiene una limitación numérica tributaria de varios factores:

- La actividad, la preparación, la estructura de la organización.
- El estilo de dirección, las decisiones, centralizadas o descentralizadas.
- Las innovaciones tecnológicas, que aumentan las posibilidades de la supervisión.
- Los órganos staff, que descargan a los jefes de las tareas de control.
- El grado de dispersión física de las personas.
- La similitud o diferencia de las actividades supervisadas.

Adicionalmente, Mintzberg (1991) en Varo (1994) explica que en el caso del directivo, por ser su trabajo de tipo orgánico y poco normalizado, el ámbito de control se limita necesariamente a sus colaboradores inmediatos, en los que debe delegar funciones. De esta forma el trabajo del directivo podrá ser el que tiene que ser: planificar, organizar y controlar.

Las relaciones

Son las “conexiones que unen los diferentes elementos de la organización” (Varo, 1994, p. 117). Según Zerilli (1989) en Varo (1994), las relaciones dentro de una organización son muy variadas:

- Relaciones jerárquicas: Están caracterizadas por la autoridad que el jefe ejerce sobre sus subordinados.
- Relaciones consultivas: Se instauran entre personas, unidades o entidades que no tienen vinculaciones jerárquicas ni de decisión.
- Relaciones funcionales: Se dan entre un puesto y otro sobre el que no tiene autoridad jerárquica, pero sí poder de decisión limitado al ámbito de su función.
- Relaciones auxiliares: Se establecen entre una persona o unidad que desempeña trabajos rutinarios especializados y la persona o unidad que utiliza dichos trabajos.
- Relaciones de conexión y colaboración: Son de tipo informal. Surgen cuando dos o más unidades o personas se ponen de acuerdo para estudiar y resolver problemas de interés común.

- Relaciones laterales: Son contactos necesarios entre personas o unidades en la ejecución del trabajo y fuera de las relaciones jerárquicas, consultivas, funciones y auxiliares.

Los organigramas

“El organigrama es la descripción estructural de la organización de la empresa, la representación gráfica y esquematizada de los distintos niveles de la organización formal. Muestra las relaciones y funciones de los miembros de la empresa, desde la Dirección hasta los puestos inferiores, recorriendo la escala jerárquica. Ofrece una visión inmediata y resumida de una organización. Presenta los órganos y las relaciones formales, explica como se agrupan las unidades organizativas y fluye entre ellas la autoridad formal y permite identificar la diferenciación vertical y la horizontal” (Varo, 1994, p. 118).

El organigrama es el principal instrumento de representación estática de la estructura organizativa. No recoge las tareas de cada puesto de trabajo, ni el comportamiento de los miembros de la empresa, ni las relaciones informales, ni los procesos de toma de decisiones.

Los objetivos del organigrama son evidenciar la articulación de las distintas funciones dentro del hospital, los puestos de trabajo y las unidades y su posición en la estructura, las relaciones formales jerárquicas, las líneas formales de comunicación y las conexiones entre los distintos puestos y unidades.

Normas y procedimientos

Las normas y los procedimientos recogen las respuestas adoptadas por la organización en el pasado ante problemas que en su tiempo fueron nuevos.

Las normas: Tienen que ver directamente con los comportamientos o reacciones individuales ante situaciones concretas. “Son características estructurales de la organización que resumen y simplifican los procesos de influencia” (Varo, 1994, p. 118). Las normas pueden tener carácter formal o informal. Las primeras son guías o reglas de conducta expresamente articuladas en códigos legales; las segundas son formas de comportamiento asumidas por consenso.

Los procedimientos: “Son un conjunto de operaciones que involucran generalmente a diversos empleados que trabajan en distintos sectores, es decir, afectan a más de un

puesto y a varias unidades organizativas” (Varo, 1994, p. 118). Constituidos por las reglas que deben seguirse en todos los casos previsibles, se establecen con objeto de asegurar el tratamiento uniforme de todas las actividades. Describen respuestas orientadas a un proceso más que a una acción individual específica.

Los procedimientos permiten reducir los retrasos y pérdidas de tiempo, dar uniformidad a la acción, aumentar la eficacia del personal al reducirse trabajos inútiles, atribuir responsabilidades bien definidas en relación con cada trabajo, facilitar la formación del personal y disminuir los errores.

El manual de la organización

El manual de la organización plasma la realidad empresarial. En él se recoge la totalidad de los documentos que describen de manera formal y explícita todos los instrumentos de organización de la empresa. Sus objetivos son reunir en un único documento los organigramas; describir las tareas, funciones y procedimientos; ilustrar los principales problemas organizativos; enumerar los objetivos generales, los principios que deben regir las acciones de todos los componentes; y definir la política de la empresa hacia el cliente, la sociedad y el personal.

En su elaboración se deben observar las reglas de claridad y sencillez. Incorpora únicamente los elementos estrictamente necesarios para el logro de los objetivos y el mantenimiento de los controles indispensables. Las normas de actuación se reflejan de forma concisa y sistemáticamente ordenadas a fin de facilitar el proceso de revisión y actualización.

El manual de organización contiene:

1. Organigramas.
2. Descripción de las tareas y funciones.
3. Normas.
4. Procedimientos. Un procedimiento afecta a un proceso que puede involucrar a varios puestos o a varias unidades. Por esta razón se diferencian procedimientos por áreas funcionales (asistencial, hostelería, seguridad, mantenimiento, compras y suministros, personal, administrativa) y procedimientos de cada área que hacen referencia a las autorizaciones y competencias, al proceso administrativo, su circuito, su contabilidad y registro.

5. Políticas de la empresa.

3.2 - Coordinación

Zerilli (1989) en Varo (1994) define la coordinación como “la acción dirigida a sincronizar y armonizar constantemente entre sí, y en función de los programas establecidos, las actividades, los medios y los hombres empleados en la consecución de los objetivos” (p. 119). Es un proceso continuo que afecta a todos los procesos de la organización. No se trata de una actividad independiente y esporádica, sino de una acción consustancial a la propia organización que se extiende a todos los niveles y actuaciones.

La necesidad de coordinar surge de la división del trabajo y del propio funcionamiento de la empresa. La división del trabajo, necesaria para aumentar la eficacia de la organización, conduce a una especialización horizontal (el ordenamiento del trabajo según la función desarrollada dentro de cada nivel jerárquico) y a una especialización vertical (la subdivisión de las tareas atendiendo a su importancia y al grado de autoridad atribuido). La división del trabajo y su coordinación posterior dan lugar a diferentes procesos y procedimientos de relación, información y control, destinados a garantizar la eficacia buscada, que precisan ser coordinados.

Por otra parte, en la empresa se produce una actividad, se establecen unas pautas estables de comportamiento que hacen necesaria la selección y formación del personal, y se necesita un sistema de recompensas y motivaciones para que los individuos hagan lo que tienen que hacer. La complejidad de la realidad empresarial hace de la coordinación un elemento fundamental de la organización.

3.2.1 – Los mecanismos de coordinación

Mintzberg (1991) en Varo (1994), mediante cinco mecanismos de control, explica como las organizaciones coordinan su trabajo. Según este autor, estos sistemas se deben considerar elementos esenciales de la estructura, como el aglutinante que mantiene unida la organización.

Adaptación mutua: La coordinación se consigue a través de la comunicación informal, y el control del trabajo corre a cargo de los que lo realizan. Es propia de organizaciones sencillas; pero también se recurre a ella cuando las tareas son muy complicadas.

Supervisión directa: La coordinación se obtiene al responsabilizarse una persona del trabajo de los demás, dándoles instrucciones y controlando sus acciones.

Normalización de los procesos de trabajo: Es la definición y estandarización de los procesos de trabajo, de modo que cada individuo sepa lo que tiene que hacer en cada momento con el menor grado de incertidumbre posible. Los procesos quedan normalizados cuando el contenido del mismo es objeto de especificación, cuando está programado. Los procesos de trabajo que deben normalizarse incluyen los de ámbito operativo (médico-asistenciales y médico-administrativos), los del staff de apoyo y el control interno económico-financiero.

Normalización de las capacidades y conocimientos: Consiste en que el diseño de un puesto de trabajo contenga todas aquellas especificaciones propias del puesto y la preparación requerida para su desempeño. Este sistema de control, en el ámbito sanitario, está compartido entre una organización externa –la Universidad- y la propia organización sanitaria con su sistema de formación de médicos internos y residentes. Dada la diversa procedencia de los profesionales, la preparación debe ir acompañada de la socialización: el profesional contratado debe conocer los procedimientos, técnicos o no, utilizados en ese centro específico y aceptar la escala de valores, normas y pautas de comportamiento del hospital.

Normalización de los resultados: Estriba en el establecimiento de objetivos, actuando el control de rendimientos como mecanismo de control. Los resultados se normalizan al especificarse, al igual que sucede con las características del producto o del rendimiento. Ambos tipos de normalización de resultados se emplean en los hospitales.

Normalización de las reglas: Es un mecanismo de coordinación propio de las organizaciones misionarias o misioneras, según el cual se controlan las instrucciones que afectan al trabajo, de forma que toda la organización funcione de acuerdo con la misma doctrina.

Los mecanismos de coordinación, según la complejidad de la empresa y tal como se muestra en la Figura 7, van desde la adaptación mutua hasta la normalización total, pero ante situaciones imprevistas pueden volver al punto de partida. Se establece así un “continuo de complejidad” representado por el gráfico de Mintzberg (1991) en Varo (1994).



Figura 7: Continuo de los Mecanismos de Coordinación

Fuente: Mintzberg (1988) en Varo (1994), p. 121

3.3 – Parámetros de diseño

El diseño supone la capacidad de alterar un sistema. En el caso del diseño organizativo comporta utilizar los factores que influyen en la división de trabajo y en los mecanismos de coordinación; afecta, por lo tanto, a la forma en que funciona la organización.

Según Mintzberg (1991) en Varo (1994), “los parámetros de diseño, o componentes básicos de la estructura organizativa, utilizados comúnmente por las organizaciones son nueve, cinco de los cuales son: la especialización, la formalización, la preparación y socialización, los sistemas de planificación-control y la descentralización” (p. 121). Los cuatro primeros tienen una mayor influencia sobre el rendimiento y la calidad de los productos; el quinto, la descentralización, hace referencia a cómo la organización distribuye estructuralmente el poder.

Tres de ellos (la especialización, la formalización y preparación y la socialización) están relacionados con el diseño de los puestos, y los sistemas de planificación control, con el diseño de los enlaces laterales. Al mismo tiempo, la especialización tiene que ver con la división fundamental del trabajo. Todos los parámetros, excepto la descentralización, son mecanismos de normalización.

3.3.1 – El diseño de puestos

Los parámetros utilizados en el diseño de los puestos de trabajo son la especialización del trabajo, la formalización del comportamiento en la ejecución de las tareas y la preparación y socialización requeridas.

La especialización

El puesto de trabajo se especializa en dos dimensiones: la dimensión horizontal, referida a la extensión o ámbito del puesto o a cuántas tareas incluye y la amplitud que tienen, y la dimensión vertical, referida a la profundidad del puesto, al control ejercido sobre el trabajo.

Especialización horizontal del puesto: Es la forma predominante de la división del trabajo. Es un aspecto intrínseco de la empresa, basado en la repetición del trabajo, que contribuye a aumentar la productividad, facilitar la normalización y producir los resultados con más eficiencia y uniformidad.

Un trabajo está especializado horizontalmente cuando abarca pocas tareas bien definidas. La especialización horizontal puede ser tanto de un trabajo complejo –el realizado por los profesionales- como de un trabajo que exija pocas habilidades –como el llevado a cabo por los operarios-. La repetición de las tareas aumenta la destreza del individuo y redundante en una mejora de la calidad del trabajo. Esta afirmación es válida tanto para el trabajo profesional como para trabajos menos cualificados. No obstante, si estos últimos comportan tareas muy rutinarias, se necesita un cierto grado de rotación del personal a fin de evitar el aburrimiento y desinterés y, consecuentemente, un menor rendimiento y peor calidad.

Especialización vertical del puesto: Separa la ejecución del trabajo y la administración del mismo. El trabajo está especializado verticalmente cuando el trabajador carece de control sobre las tareas que ejecuta. En general, los trabajos que exigen pocas habilidades están muy especializados verticalmente y, por el contrario, los trabajos que precisan habilidades y conocimientos no se pueden especializar en esta dimensión.

La ampliación del puesto según Mintzberg (1991), job enlargement según Anastasiel (1964), job enrichment según Herzberg (1968) o el enriquecimiento del trabajo según Genescá (1977), en Varo (1994), intentan atenuar los problemas originados tanto por la especialización vertical como por la horizontal, particularmente en lo referido a la comunicación y la coordinación. La ampliación horizontal del puesto aumenta el

número de tareas y enriquece el puesto de trabajo, que pasa a ser menos rutinario y aburrido. Por otro lado, con la ampliación vertical el trabajador puede controlar más su trabajo y éste resulta más satisfactorio al aumentar la responsabilidad.

En el campo médico, la excesiva especialización horizontal ha dado lugar a los grandes avances, tanto en el trabajo clínico como en la investigación. Al mismo tiempo, ha ocasionado una visión de la medicina que suele impedir la consideración del cuerpo humano como un sistema integrado y que, a pesar del aforismo, existan enfermedades y no enfermos.

Estas circunstancias obligan a que deba encontrarse el punto en el cual la especialización y la ampliación combinadas motiven más al trabajador y conduzcan, por los lazos existentes entre la calidad de vida en el trabajo y la calidad del trabajo realizado, a una mejora de los servicios hospitalarios.

La formalización del comportamiento

“Es el parámetro de diseño mediante el cual se normalizan los procesos de trabajo de la organización” (Mintzberg, 1988; en Varo, 1994, p. 122).

Representa la forma en que la organización limita la libertad de acción. Se puede llevar a efecto de tres modos distintos:

- **Formalización según el puesto:** Se atribuye al puesto un conjunto de características de comportamiento documentado, de forma general, en la descripción formal de dicho puesto.
- **Formalización según el flujo de trabajo:** Las características no se vinculan al puesto, sino que se introduce en el mismo trabajo.
- **Formalización según las reglas:** Se instauran normas para todo tipo de situaciones (de puestos, de flujos de trabajo y de trabajadores) que especifican quién puede y no puede hacer una determinada cosa, cuando, donde, a quien y con permiso de quien.

Las estructuras que utilizan cualquier forma de normalización se denominan estructuras burocráticas; mientras que las organizaciones que no la emplean para conseguir la coordinación se llaman estructuras orgánicas.

La preparación y la socialización

“La preparación es el parámetro de diseño que normaliza los conocimientos y habilidades de los trabajadores, los cuales, con la socialización, adquieren las normas de la organización” (Mintzberg, 1988; en Varo, 1994, p. 123).

El fin de ambos procedimientos es el mismo: asegurar que el trabajador posea los conocimientos necesarios antes de comenzar a trabajar.

Preparación o formación: Es un proceso fundamental en toda clase de trabajo considerado profesional. Mediante la preparación se enseñan las habilidades y conocimientos precisos y normalizados para desempeñar un puesto de trabajo. Consiste en determinar los requisitos necesarios para ejercerlo. Esta definición de requerimientos se consigue con dos mecanismos: la especificación de las capacidades y conocimientos y la determinación de un procedimiento de selección de personal. Como alternativa para el personal ya contratado, se establecen programas de formación.

En casi todas las organizaciones, y las sanitarias no son una excepción, hay dos tipos de puestos fundamentalmente distintos. El primero de ellos, el no cualificado, tiene una gran especialización vertical y horizontal; es un tipo de trabajo con pocas tareas sencillas y bien definidas controlable mediante la formalización directa del comportamiento. El segundo, clasificado como profesional, corresponde a un trabajo complejo que no puede ser formalizado por la tecnoestructura en su dimensión horizontal, ya que los profesionales son expertos en determinados campos. La coordinación se consigue con la normalización de los conocimientos y la preparación, puesto que tampoco puede ser especializado verticalmente porque la propia complejidad del trabajo obliga a que los profesionales tengan el control.

Socialización: Es el parámetro de diseño empleado para transferir formalmente la cultura organizativa a los miembros de una organización. Es el proceso de aprendizaje de los valores, normas y pautas de comportamiento de una organización. La socialización puede ser informal, producto de la identificación de las personas con los grupos a que pertenecen, o formal, producto de un proceso doctrinal.

La preparación frente a la formalización

La formalización del comportamiento y la preparación son mecanismos de control sustitutivos, pero pueden ser complementarios. De hecho, un hospital recurre a la

preparación profesional en la mayor parte de sus operaciones técnicas; pero también utiliza una serie de las reglas para el mejor funcionamiento de la organización.

Según explica Hall (1983) en Varo (1994), la formalización y la preparación persiguen un mismo objetivo: garantizar que se haga bien el trabajo, pero sus bases de partida son diferentes. La formalización lo hace a través de un proceso mediante el cual la organización fija reglas y procedimientos, así como los medios para garantizar su cumplimiento. La preparación tiene un medio no organizativo para hacer exactamente lo mismo.

Como los profesionales se suelen identificar más con su disciplina que con la empresa, ésta puede establecer sistemas de control, basados en los principios de calidad total, sobre el trabajo de aquellos. La tecnoestructura no formaliza y controla el trabajo de los profesionales; son ellos mismos, a través del autocontrol y otros sistemas (la autoevaluación), quienes lo hacen. Este método de control está culturalmente mejor aceptado.

3.3.2 – Los sistemas de planificación-control

“Los sistemas de planificación y control son parámetros que normalizan los resultados” (Mintzberg, 1988; en Varo, 1994, p. 124).

El objeto de un plan es especificar un resultado deseado, un nivel de exigencia, y el fin del control consiste en comprobar si se ha cumplido aquel. Así pues, la planificación y el control están estrechamente unidos, juntos verifican los resultados e, indirectamente, los comportamientos.

Los planes normalizan la cantidad, la calidad, el coste y el calendario de los resultados. Los presupuestos especifican los costes de los resultados. Los objetivos detallan la cantidad en plazos determinados de tiempo fijados por los planes temporales. Por último, los planes de operaciones establecen las exigencias correspondientes a la cantidad y coste de los resultados.

Se distinguen dos clases de sistemas de planificación y control. Uno se ocupa de la regulación del rendimiento general; el otro intenta regular acciones determinadas. El primero es el control de rendimientos, que efectúa un control a posteriori, mientras que la planificación de acciones se asemeja al parámetro de diseño de formalización del comportamiento.

3.3.3 – La descentralización

“Es el parámetro de diseño mediante el cual la organización distribuye de manera formal la difusión del poder de tomar decisiones” (Mintzberg, 1988/1991; en Varo, 1994, p. 125).

Continúa diciendo que la descentralización puede ser de varias clases. Cuando el poder está concentrado en un solo punto (el vértice estratégico) la organización está centralizada. Por el contrario, si la capacidad de decisión de halla distribuída, se dice que la estructura está relativamente descentralizada.

Una segunda diferencia es la que se establece entre la descentralización vertical y la horizontal. En la primera, el poder formal se delega en sentido descendente a lo largo de la jerarquía; en la segunda, el poder se extiende fuera de la línea jerárquica, alcanzando a los analistas de la tecnoestructura, el staff de apoyo e, incluso, a los operarios. Por último, puede distinguirse la descentralización selectiva, en la que el poder de decisión sobre diferentes cuestiones está disperso en distintos lugares de la organización, y la descentralización paralela, con ese mismo poder de decisión centrado en un solo punto.

La centralización puede considerarse como el sistema más cerrado de coordinar y concertar la toma de decisiones de la organización; éstas son las dos grandes razones para configurar una estructura centralizada. Paralelamente, existen también dos grandes motivos para construir una estructura descentralizada. En primer lugar, porque mejora la posibilidad de transportar y entender la información y adaptar las decisiones al contenido de la misma y, en segundo lugar, porque es un estímulo motivador.

Mintzberg (1991) en Varo (1994) propone seis categorías diferentes de descentralización que pueden considerarse partes de un continuo de centralización/descentralización, de un continuo de control sobre el proceso de decisión:

1. En la centralización horizontal y vertical todo el poder reside en el vértice estratégico.
2. En la descentralización horizontal limitada y selectiva el poder se comparte con la tecnoestructura que normaliza el trabajo de los demás.
3. En la descentralización vertical limitada y paralela la Dirección comparte el poder con los mandos intermedios para controlar la mayoría de las decisiones relativas a las unidades.

4. En la descentralización vertical y horizontal la mayor parte de la capacidad de decidir radica en el núcleo técnico.
5. En la descentralización vertical y horizontal selectiva el poder de decisión está disperso en distintos estratos de la organización: directivos, expertos y operativos.
6. En la descentralización pura la capacidad de decisión se distribuye más o menos equitativamente entre todos los miembros de la organización.

3.4 – Las configuraciones estructurales

En cada configuración estructural predomina uno de los cinco mecanismos de coordinación, desempeña un papel de máxima importancia una de las cinco partes de la organización, se utilizan unos determinados parámetros de diseño y prevalece un tipo de descentralización. Las distintas combinaciones de estos elementos dan lugar a cinco configuraciones estructurales. Mintzberg (1988) en Varo (1994), las ha denominado: la estructura simple u organización empresarial, la burocracia maquinal, la forma multidivisional o diversificada, la burocracia profesional y la adhocracia u organización innovadora.

Posteriormente, Mintzberg (1991) en Varo (1994), ha descrito dos nuevas configuraciones: la organización misionera o misionaria y la organización o actividad política.

Organización Misionera o Misionaria: el mecanismo principal de coordinación es la ideología o la cultura (conjunto de reglas y creencias con un sentido de misión).

Organización o Actividad Política: está relacionada con el poder y no con la estructura, puede actuar en detrimento de la coordinación.

Las configuraciones estructurales de Mintzberg (1991) en Varo (1994) se describe a continuación en la Figura 8:

CONFIGURACIÓN ESTRUCTURAL	MECANISMO DE COORDINACIÓN	PARTE FUNDAMENTAL DE LA ORGANIZACIÓN	TIPO DE DESCENTRALIZACIÓN
<i>Estructura Simple</i>	Supervisión directa	Vértice estratégico	Centralización vertical y horizontal
<i>Burocracia Maquinal</i>	Normalización de procesos	Tecnoestructura	Descentralización horizontal limitada
<i>Burocracia Profesional</i>	Normalización de conocimientos	Núcleo operativo	Descentralización vertical y horizontal
<i>Forma Divisional</i>	Normalización de resultados	Línea media	Descentralización vertical limitada
<i>Adhocracia</i>	Adaptación mutua	Staff de apoyo	Descentralización selectiva
<i>Organización Misionera</i>	Normalización de reglas	Ideología	Descentralización
<i>Organización Política</i>	Ninguno	Ninguna	Varios

Figura 8: Las configuraciones estructurales. Adaptada de Mintzberg H.

Fuente: Mintzberg (1991) en Varo (1994), p. 128

Otros autores como ser Koontz (1985) y Menguzzato (1991) en Varo (1994), proponen una tipología sintética de las organizaciones que intenta recoger, utilizando los mismos elementos que Mintzberg, aquellas configuraciones con mayor presencia en las empresas. En esta clasificación se contemplan estructuras que pueden incluirse en el modelo mecánico o burocrático (la estructura funcional), caracterizado por la autoridad centralizada, normas de funcionamiento estrictas y flujo de información vertical; en el orgánico (la estructura matricial y adhocracia), más idóneo para actuar en entornos cambiantes por su formalización más reducida, autoridad descentralizada y flujo de información lateral y vertical; o bien presentar una configuración híbrida (la estructura divisional, con aspectos de la burocracia profesional y del modelo orgánico; y la estructura simple, con rasgos del modelo orgánico, pero con una fuerte centralización de la autoridad). Esta clasificación paralela puede verse con detalle en la Figura 9 que aparece a continuación.

CONFIGURACIÓN ESTRUCTURAL	MECANISMO DE COORDINACIÓN	PARTE FUNDAMENTAL DE LA ORGANIZACIÓN	TIPO DE DESCENTRALIZACIÓN
<i>Estructura Simple</i>	Adaptación mutua	Vértice estratégico	Centralización vertical y horizontal
<i>Estructura Funcional</i>	Normalización	Vértice estratégico	Centralización
<i>Estructura Multidivisional</i>	Normalización de resultados	Línea media	Descentralización vertical limitada
<i>Estructura Matricial</i>	Normalización de resultados	Línea media	Descentralización vertical y horizontal
<i>Adhocracia</i>	Adaptación mutua	Staff de apoyo	Descentralización selectiva

Figura 9: Tipología sintética de las organizaciones

Fuente: Koontz (1985) y Menguzzato (1991) en Varo (1994), p. 129

Al analizar el hospital como una organización integrada en una de orden superior, el sistema sanitario público, o como una organización autónoma, se pueden reconocer cuatro configuraciones estructurales. Desde la perspectiva de la hipótesis de la congruencia de Mintzberg, el hospital puede verse como una estructura divisional y como una burocracia profesional; mientras que desde la tipología de síntesis reúne las características de la estructura funcional y de la matricial.

3.4.1 – La Forma Multidivisional

“Esta configuración estructural consiste en unas entidades semiautónomas, los hospitales y otros centros sanitarios, acopladas mediante una estructura administrativa central” (Mintzberg, 1988, en Varo, 1994, p. 129). Los principales parámetros de diseño son la agrupación según el mercado geográfico y los sistemas de control de rendimientos.

La forma multidivisional con diferenciación geográfica es la configuración adoptada legalmente por la organización sanitaria de ámbito comunitario para estructurarse. En ella la estructura administrativa central asume no sólo la Alta Dirección, sino también la mayor parte de las funciones de la tecnoestructura, circunstancia condicionante del escaso desarrollo de esta parte de la organización en el ámbito hospitalario. Los diferentes centros sanitarios, hospitales en nuestro caso, están sometidos a un sistema de

planificación-control que intenta coordinarlos con la normalización de los resultados. La parte fundamental de la forma divisional son los directores de división, los directores de hospital, aunque no tienen excesiva autonomía por ser la descentralización vertical limitada y paralela.

El problema de este tipo de organizaciones es que tienen que compatibilizar el control de rendimientos con la autonomía de las divisiones. Esta contradicción induce a Mintzberg a considerar las formas multidivisionales como sistemas cerrados, donde las divisiones (los hospitales) pueden convertirse en organizaciones instrumentales de la sede central, situación que se analiza más adelante al exponer las configuraciones del poder.

3.4.2 – La Estructura Funcional

La forma divisional no es una estructura completa, sino una estructura superpuesta en otras: cada división tiene su propia estructura. La estructura hospitalaria dentro del contexto legal del sistema sanitario público e integrado en una forma divisional es la estructura funcional.

La necesaria especialización de las funciones del hospital obliga a diferenciar las actividades y da lugar a una división funcional, que comporta descomponer el flujo de actividades. La división funcional se establece al estructurarse el hospital según una función asistencial y una función auxiliar. La función asistencial, en el sistema sanitario público, la desarrollan el Departamento Médico y el Departamento de Enfermería. El primero se organiza por producto y cliente; el segundo se ordena por tiempo (turnos de trabajo) y por funciones (laboratorios, quirófanos, esterilización, unidades de hospitalización). La función auxiliar la lleva a cabo la Dirección de Gestión (o las Direcciones de Gestión y de Servicios Generales) con tareas auxiliares administrativas y de servicio.

En los hospitales públicos la función asistencial la desempeñan dos clases de unidades dependientes de dos líneas jerárquicas situadas en paralelo: la Dirección Médica y la de Enfermería. La división del desempeño de la función asistencial crea problemas funcionales tanto en el núcleo técnico como en la línea media y precisa mayor coordinación entre los directivos hospitalarios. Desde una perspectiva organizativa es difícil comprender la utilidad de esta decisión, que parece obedecer más a argumentos políticos de un momento concreto que a criterios de organización.

Del análisis de la teoría de la organización puede concluirse que el mecanismo de coordinación más apropiado para alcanzar un mayor grado de eficacia hospitalaria es la supervisión funcional directa de los médicos sobre la mayor parte de las tareas realizadas por enfermería. Así parecen indicarlo las tres hipótesis de Mintzberg (de la congruencia, de la configuración y de la configuración extendida), la naturaleza del trabajo de los médicos y del personal de enfermería y las relaciones entre los procesos de trabajo de unos y otros.

Esta conclusión se puede apoyar en el análisis de las configuraciones del poder –o influencia-. Considerado como una organización profesional, la configuración del poder en un hospital es la meritocracia, en la que la distribución de la influencia –o poder- se basa en un sistema de conocimientos y capacidades, donde no se acepta la distribución equitativa del poder que conlleva la división de la función asistencial. El desempeño de una única función asistencial por dos departamentos paralelos ha supuesto introducir, de forma brusca, un elemento extraño en la cultura organizativa, que inevitablemente da lugar a dis-funciones. Además, se ha iniciado de forma artificial la transición profesional hacia una organización política, en estos momentos en situación temporal de confrontación, pero que puede llegar a ser una organización politizada.

3.4.3 – La Estructura Matricial

La división de la función asistencial entre dos departamentos crea una serie de conflictos en el núcleo técnico y entre los mandos intermedios. En contraposición, la naturaleza del trabajo de los médicos y de los profesionales de enfermería les obliga a trabajar juntos y coordinados.

Sin modificar la situación actual –que no se juzga por tratarse de un asunto político y escaparse del objeto de este capítulo-, entendemos que la única solución técnica organizativa es utilizar la estructura matricial como dispositivo de enlace entre el personal dependiente de dos líneas jerárquicas distintas. El concepto y aplicación práctica de la estructura matricial no han sido suficientemente explicados y comprendidos, razón por la cual este dispositivo suele aplicarse solo a los aspectos técnicos del trabajo y no a los organizativos. De hecho, ambas divisiones funcionan con frecuencia como dos departamentos paralelos con las consiguientes disfunciones.

Las características más importantes de la estructura matricial son la existencia de un doble flujo de autoridad y su carácter temporal. La estructura matricial sacrifica el

principio de la unidad de mando y lo sustituye por el principio de la doble autoridad, hace que un trabajador dependa de dos jefes al mismo tiempo, de uno orgánicamente y de otro funcionalmente. En los hospitales la estructura matricial no tiene carácter temporal, es una solución organizativa a un problema derivado de la distribución del poder, razón por la que adopta una estructura matricial permanente. Tal carácter temporal solo se manifiesta en el desarrollo de proyectos o programas, por ejemplo los trasplantes de órganos.

En el diseño de la estructura matricial, tal como se ve en la Figura 10, hay que definir la forma de autoridad, los mecanismos de integración, el sistema de información, etc., poniendo el énfasis en la importancia relativa de la autoridad horizontal o de la vertical. En la estructura matricial hospitalaria, el Jefe de Servicio es el jefe de producto; asume la autoridad horizontal sobre todo aquello que atañe a la línea de dicho producto. O lo que es lo mismo, el Jefe de Servicio tiene autoridad sobre todas las personas que trabajan en su unidad, independientemente de la función o la línea jerárquica a que pertenezcan.

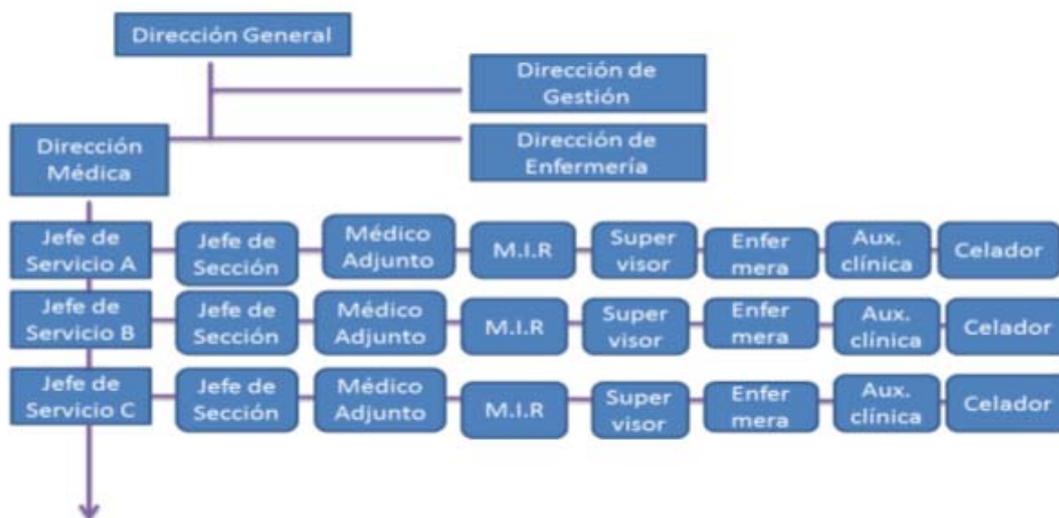


Imagen 10: La estructura matricial hospitalaria

Fuente: Koontz (1985) y Menguzzato (1991) en Varo (1994), p. 131

Ventajas de la Estructura Matricial

Las ventajas de la estructura matricial según Menguzzato (1991) en Varo (1994) son:

- Mayor flexibilidad de la organización.

- Frecuente contacto entre los miembros de diferentes funciones.
- Flujo de información más rápido.
- Reducción de los conflictos entre diferentes funciones y, en especial, del conflicto de objetivos.
- Aumento de la motivación de los que trabajan en un proyecto común o en la misma línea de producto.

Desventajas de la Estructura Matricial

Las desventajas de la estructura matricial son las derivadas del doble flujo de autoridad, tal como lo explica Knight (1986) en Varo (1994); y el cambio en la cultura de la empresa que supone implantarla, como adiciona Mintzberg (1991) en Varo (1994). Estos inconvenientes están agravados en los hospitales porque no se ha determinado, de forma explícita, que la estructura matricial es el dispositivo de enlace entre dos departamentos paralelos que cumplen la misma función.

3.4.4 – Burocracia Profesional

Mintzberg (1991) en Varo (1994) explica que cuando son considerados como empresas, los hospitales tienen sus propias peculiaridades, y quizás la más relevante es la alta cualificación profesional de gran parte de los trabajadores. Este alto número de profesionales determina la configuración de una estructura denominada burocracia u organización profesional, cuyos principales parámetros de diseño son la preparación y la especialización horizontal de puesto.

La organización, en su funcionamiento, está sujeto a la normalización de los conocimientos y aptitudes, dependencia que condiciona tanto la parte fundamental de la organización hospitalaria (los profesionales sanitarios y muy especialmente los médicos) como el parámetro de diseño: la preparación.

Los profesionales ejercen un considerable control sobre su propio trabajo y pretenden tener una relativa independencia de sus colegas, pero trabajan en estrecho contacto con su clientela. Tienden a una gran descentralización horizontal y una descentralización vertical; desean un puesto de trabajo lo más amplio posible y controlar colectivamente el núcleo técnico. También quieren el control administrativo de aquellas cuestiones que les afectan, tal como explica Mintzberg (1988) en Varo (1994).

En este tipo de estructura, la formulación de la estrategia constituye un proceso ascendente: está controlada en primer lugar por las asociaciones científicas, después por el núcleo técnico y, en última instancia, por el aparato administrativo. Sin embargo, esta secuencia de decisiones contradice el proceso de formulación de estrategias de la forma multidivisional, que está dirigido desde el vértice estratégico de cada división, hecho que no ocurre en el contexto sanitario donde, dada la escasa autonomía de los hospitales, las estrategias se desarrollan en la sede central.

3.5 – Procesos Hospitalarios

Según la Dra. Fernandez Crúa (2007), en los hospitales modernos existen tres dimensiones de la calidad. La primera es la Dimensión Científica Técnica la cual tiene como objetivo garantizar servicios seguros dentro de la balanza riesgo beneficio, incluyendo la tecnología. La Dimensión Administrativa, referida a la relación prestador-consumidora que se desarrollan con los procesos de atención de que dispone la organización. Por último se encuentra la Dimensión Humana, que estaría conformada por la razón del ser del servicio de salud.

En un hospital moderno se trabaja por alcanzar la excelencia de la institución como un todo y de cada uno de los procesos que en ella se desarrollan, es por ello que todos los elementos que intervienen en los procesos de la institución deben ser también excelentes. Esto último es fundamental para dar satisfacción a los pacientes, sus familiares y el personal del hospital y la sociedad en su conjunto, se ahorran recursos y se eleva el prestigio del Sistema Nacional de Salud del país.

En todos los procesos de un hospital intervienen recursos humanos (profesionales y directivos), financieros (señalados en los presupuestos y controlados a través de la contabilidad y los costos), materiales (equipamientos, sangre, gases medicinales, material gastable, instrumental quirúrgico), soporte físico y equipos (instalaciones, equipos médicos, equipos convencionales, mobiliario clínico y convencional, instrumentos de medición en equipos, edificios), información (datos e información derivada del análisis de los mismos con sus características de calidad determinadas) y energía (identificadas las fuentes, con portadores energéticos apropiados, consumo minimizado y características de calidad establecidas).

Alcanzar la excelencia es un trabajo que involucra a todos los individuos que trabajen en un hospital, desde enfermeras hasta personal de sistemas, pero quienes son los

responsables de llevar a cabo el cambio son los directivos de la institución. Esto último se debe a que es un proceso que se debe dar desde arriba hacia abajo, es un cambio de tipo estratégico.

Ante nuevos retos y nuevos escenarios se deben romper los esquemas tradicionales de atención y buscar nuevas soluciones. El primer paso es realizar una organización por procesos para poder trabajar de forma eficaz, enlazando en sistema a todo el Hospital. Primeramente, se identifican los procesos necesarios para el sistema de de calidad y su aplicación a través de la organización. Estos procesos se pueden clasificar como se indica a continuación:

- Procesos de la alta dirección (responsabilidad de la dirección).
- Procesos de gestión de recursos.
- Procesos de realización del producto.
- Procesos de análisis, medición y mejora.

Gracias a esto se los puede denominar como: Procesos de Diseño, Planificación y Mejora de Calidad, Procesos de Servucción (servicios médicos asistenciales) y Procesos de Monitoreo. En segundo lugar, se determina la secuencia e interacción de estos procesos.

Utilizar la tecnología es de gran importancia ya que puede ser utilizado como una ventaja competitiva y una base para la fuente de amenazas para el futuro.

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Un paradigma es “una matriz disciplinaria que abarca generalizaciones, supuestos, valores y creencias y ejemplos compartidos de lo que constituye el interés de la disciplina” Khun (1970).

Este trabajo de investigación se llevó a cabo desarrollando un paradigma mixto que ya que tomamos instrumentos de investigación tanto cuantitativos como cualitativos.

“La síntesis de ambos enfoques (...) podría resumirse en la preocupación por la explicación comprensiva y por la comprensión explicativa de los fenómenos”

El tipo de investigación utilizada fue del tipo explicativa. En “los estudios explicativos (...) el interés se centra en explicar por qué ocurre un fenómeno y en qué condiciones se da éste, por qué dos o más variables están correlacionadas” Sampieri (2000)

Consideramos que es así dado que tomamos un caso puntual: el Hospital de Malvinas Argentinas y la implementación del modelo UDB/UDP; a partir de éste explicamos las causas del mismo y los efectos que tuvo en la interrelación de los procesos, la calidad del servicio y en el hospital en general.

“El estudio de casos es un diseño de investigación apropiado para estudiar un caso o situación con una cierta intensidad en un período de tiempo corto, u único sujeto, un evento particular, etc. La fortaleza de este método radica en que posibilita la concentración en un caso específico y permite identificar los distintos procesos interactivos que lo conforma.” (Merina, 1988)

Se buscó comprender y describir las mejores prácticas llevadas a cabo dentro de dicha institución, explicar que consecuencias se produjeron a partir de ellas y de esta manera poder identificar y establecer mejoras que otras instituciones similares podrían aplicar para desarrollar más eficientemente todos los aspectos relacionados al servicio y a su gestión.

Se analizó puntualmente el proyecto de aplicación del modelo UDB/UDP, un modelo de colaboración con un enfoque multidisciplinario, que permite ofrecer una respuesta integrada y coordinada a las necesidades sanitarias y de bienestar de los pacientes, optimizando el uso integral de los recursos.

Según Granes y otros (1956) Denzin (1970), la Triangulación es un método de recogida de datos así como también de crítica epistemológica que permite contrastar datos e informaciones. Explican que “cuando se enfrentan opiniones y se comparan datos surgen nuevas informaciones que podrían haber estado ocultas” y por lo tanto se “posibilita el debate y la reflexión colectiva y autorreflexión que implica a los participantes en los procesos de análisis y crítica de la praxis, facilitando y comprometiéndoles en el cambio y la mejora”.

Para lograr esto, no solamente analizamos el caso en particular, sino que también utilizamos una serie de técnicas de investigación, que en su conjunto nos permitieron lograr la triangulación de la información, reduciendo considerablemente el sesgo lógico de toda investigación.

Una de las técnicas de investigación que se utilizó fue la de análisis de documentos. En la misma, tomamos información confidencial que el Hospital nos proporcionó para analizarla en detalle.

“Analizar los documentos de una organización permite descubrir qué tipo de valores intenta la organización comunicar a sus miembros, favorece conocer lo que dice la organización sobre sí misma, analizar la evolución de normativas, reglamentos, estatutos, etc.” (Sampieri, 2000).

Esta información se compuso de una serie de encuestas realizadas en diferentes ocasiones por el hospital, con estadísticas ya realizadas y utilizadas por personal involucrado en el área de Estadísticas y Facturación. Además, contamos con estados contables de varios ejercicios para analizar la evolución de los costos y del impacto económico que tuvo la implementación del proyecto. Asimismo, contamos con toda la información que concierne a la gestión de la organización, como ser organigramas, diagramas de flujo, tablas salariales, cantidad y características del personal, datos acerca del funcionamiento del hospital (cantidad de pacientes atendidos, rapidez de atención, promedio de horas de espera, promedio de camas, entre otros).

Otra técnica de investigación utilizada fue la realización de encuestas propias. “La encuesta ha sido el método de investigación más común y más ampliamente utilizado en el campo educacional. Se la utiliza cuando se desea conocer la opinión de alguien acerca de un problema, se presentan algunas preguntas por escrito para que conteste. La utilidad de la encuesta reside en la obtención de datos descriptivos que la gente puede

proporcionar a partir de su propia experiencia. Permite conocer opiniones, actitudes, recibir sugerencias.” (Sampieri, 2000).

Las encuestas se realizaron a una muestra de 50 pacientes que egresaban el hospital luego de ser atendidos, para indagar sobre el servicio recibido, la atención por parte del personal, tanto administrativo como médico, el tiempo de espera y para tomar sugerencias de mejoras que consideraría apropiadas para la institución.

Esta herramienta fue de mucha utilidad, dado que nos permitió, no solo saber el posicionamiento del hospital en relación con otros según los pacientes mismos, sino que gracias a las mismas pudimos corroborar los resultados obtenidos previamente por personal interno y ver la evolución del mismo.

Por último, se realizaron cuatro entrevistas. En una entrevista “la información se obtiene directamente del interlocutor en situación cara a cara. La ventaja de este instrumento es la flexibilidad en la obtención de la información al permitir adaptar a la medida de cada sujeto el contacto personal” (Sampieri, 2000).

Dividimos las mismas en dos grandes grupos. Por un lado realizamos entrevistas a dos médicos y a al coordinador del modelo en la institución, los cuales tienen un contacto constante con tanto pacientes como con la rutina diaria del hospital. A ellos, se les indagó sobre cómo veían a la institución a partir de la implementación del modelo (en cuanto a calidad y a cómo ven los procesos), y cómo se sentían ellos trabajando bajo el mismo.

Luego, realizamos entrevistas a Secretario de Salud de Malvinas Argentinas, Hugo Schwab, el cual cumple un rol más relacionado con el liderazgo y las decisiones estratégicas que con la cotidianeidad del hospital. Al ser el creador del proyecto, se le consultó sobre que lo impulsó a generar las reformas, cómo logró implementar el proyecto, cuales fueron las dificultades que debió afrontar y que otros proyectos tiene pensados cumplir a largo plazo.

TRABAJO DE CAMPO

Para desarrollar el trabajo de campo y determinar las variables a estudiar se tuvieron en cuenta ciertos factores que se especifican en la siguiente figura:

Variables	Dimensiones	Indicadores	Instrumentos	
Calidad	Mejoras en Calidad	Aplicación de medidas que mejoren el servicio	Análisis de Documentos / Entrevista Secretario de Salud	
	Salud del Paciente	% de disminución de la mortalidad	Análisis de Documentos	
	Auditoría de la Calidad	% de cumplimiento con los estándares establecidos	Análisis de Documentos / Entrevista Médico	
	Satisfacción del Paciente	% de pacientes satisfechos con la atención global	Encuestas propias Pregunta 1), 2) y 3) - Entrevista Secretario de Salud	
	Comunicación	Estrategias de Comunicación Interna	Disminución de conflictos	Entrevista Secretario de Salud
		Estrategias de Comunicación Externa	Alcance de la comunicación	Entrevista Secretario de Salud
Estructura	Innovación	Implementación de nuevas tecnologías en salud	Análisis de Documentos / Entrevista Médico	
	Flujo del Paciente	Velocidad en la atención del paciente	Estudio del Caso / Entrevista Secretario de Salud	
	Falencias	Problemática en la estructura actual	Entrevista Secretario de Salud / Entrevista Coordinador / Encuestas propias pregunta 6)	
	Compromiso de mejoras	Planificación de nuevos proyectos	Entrevista Secretario de Salud	

Figura 11: Cuadro de Variables de Investigación

Fuente: Elaboración propia

De este modo, supimos que elemento analizar de cada instrumento utilizado y así observar los resultados en relación a los indicadores planteados.

3.1 - ESTUDIO DEL CASO: El Hospital de Malvinas Argentinas

ANTECEDENTES

El problema de la saturación en el sistema de salud pública es una constante. Este problema es determinante del contexto en el cual surge el modelo prestacional UDB-UDP. El municipio se encuentra en el noroeste de la región metropolitana de Buenos Aires (RMBA), su superficie es de 63,09 km², el 0,02 s/ sup. Provincia de Buenos Aires y los Municipios Limítrofes que son la zona de influencia son: Escobar, Pilar, Tigre, José C. Paz y San Miguel. A su vez el municipio se divide en las siguientes localidades: Área de Promoción Industrial(El triángulo), Grand Bourg, Los Polvorines, P. Nogues, A. Sourdeaux, Tierras altas, Villa de Mayo, Tortuguitas, Malvinas Argentinas.

Uno de los grandes inconvenientes de la región esta en la conformación de su capital social, esta es la problemática de mayor relevancia, ya que los ciudadanos no alcanzan la capacitación y formación requerida para ocupar los puestos de trabajo formales, por lo cual requieren de los servicios de la salud pública saturando el sistema.

Las alteraciones y rupturas que vienen ocurriendo en la sociedad contemporánea en relación al derecho a la salud de calidad, como valor universal, constituyeron el eje central al plantear la conceptualización, el diseño y la implementación del Modelo Prestacional UDB – UDP como política pública del sistema de salud de Malvinas Argentinas.

Este modelo responde a una política pública que busca subsanar la falta de calidad del modelo prestacional tradicional y la deficiente utilización de los recursos, optimizando la atención sanitaria tanto en calidad de atención como en lo que respecta al uso eficaz de los recursos.

El diagnóstico surge luego de varias etapas preliminares que llevaron a la ejecución de acciones previas, que se comportaron como un disparador de esta política pública, cuyo eje y fundamento es la experiencia. Para lograr el objetivo “mejorar la calidad de la atención sanitaria” se parte del análisis particular del cotidiano del hospital hasta llegar a la hipótesis: “la calidad en la atención sanitaria solo se obtendrá cambiando el modelo prestacional”. En una segunda instancia se busca consolidar el modelo prestacional y comienza una investigación con una metodología hipotético-deductiva; como método de

procedimiento se desarrolla una investigación descriptiva con observaciones directas y participantes.

El diagnóstico está a cargo del equipo multidisciplinario de la Secretaria de Salud, el cual realizó un análisis retrospectivo del sistema de salud implementado desde los últimos 14 años. Los instrumentos que se utilizaron fueron: la construcción de la matriz de marco lógico, una auditoria de la innovación y un análisis estructural (en curso).

A través de estas herramientas se definió una percepción multidimensional, que permitió describir el sistema con sus defectos y potencialidades. La recolección de datos se realizó por medio de encuestas y observación participante; la información analizada esta compuesta por: Documentación oficial, Documentación extra oficial, Fuentes estadísticas, Fuentes históricas, Informes y estudios previos, Menorías anuales, Diarios, revistas especializadas, Documentación grafica, Entrevistas, Notas de campo, Grabaciones y Mapas demográficos.

La principal fuente de información fue la Secretaria de Salud de la Municipalidad de Malvinas Argentinas.

Se debe aclarar que el desarrollo de esta política es una continua búsqueda de la mejora de la calidad del servicio y de formas innovadoras de gestión, esto suena discursivo pero es la única forma de poder explicar, que esta política nace de la acción cotidiana de la Secretaria de Salud en general. Se pueden definir los siguientes pasos:

1. Investigación preliminar –identificar los problemas obvios y la problemática vivida por la comunidad;
2. Diagnóstico preliminar – conocimiento de los problemas más evidentes que permiten acción inmediata;
3. Planificación de las acciones preliminares;
4. Ejecución de la planificación preliminar - para abordar los problemas obvios de la comunidad;
5. Evaluación preliminar (de carácter continuo)

MODELO UDB-UDP

1 – Introducción al Modelo UDB-UDP

El Hospital de Malvinas Argentinas tiene como objetivo principal el de brindar la máxima calidad de atención con el fin de satisfacer a la población, cuidando la salud y previniendo eventos que afecten directa o indirectamente a los pacientes, incorporando a la familia como eje fundamental. Ante las dificultades provenientes del sistema tradicional, en el cual el criterio de ingreso privilegiaba el orden de horario de registro administrativo de los pacientes y la llegada de la urgencia se instalaba en forma azarosa para su atención, consideraron necesario realizar un replanteo drástico en el criterio de ordenamiento de la atención. Es por ello que en el Hospital se desarrolló y aplicó el Modelo Prestacional UDB-UDP para lograr este objetivo.

El modelo prestacional UDB – UDP es un modelo de colaboración con un enfoque multidisciplinario, que permite ofrecer una respuesta integrada y coordinada a las necesidades sanitarias y de bienestar de los pacientes, optimizando el uso integral de los recursos. El diseño de atención provee instrumentos destinados a orientar la toma de decisiones y distribución de recursos del modelo prestacional; y herramientas para la gestión de costos en instituciones públicas de salud.

Se debe aclarar que el desarrollo de esta política es una continua búsqueda de la mejora de la calidad del servicio y de formas innovadoras de gestión. El sistema prestacional UDB-UDP debe definirse como un nuevo paradigma, una nueva forma de concebir la atención y la prestación de servicios de salud, cuyo eje está puesto en el diagnóstico precoz y la celeridad en atención.

Se pueden demostrar como logros de la aplicación del proyecto:

- Mejora en la accesibilidad a la atención.
- Mejora en el tiempo de espera.
- Mejora en el diagnóstico precoz y oportuno.
- Mejora en la efectividad en el tratamiento.
- Índice de reinternación 0 (cero).

Porque se llega a situaciones donde se da una mayor disponibilidad en recurso humano y tecnología origina la posibilidad de tener mayor diversidad de diagnósticos, mejor

disponibilidad de técnicas diagnósticas de última generación, mayor tiempo del profesional para poder resolver la problemática del paciente, adaptabilidad del nuevo modelo desde el punto de vista profesional y del usuario, mayor tiempo para desarrollar actividades de promoción de la salud extramuro. Además, la infraestructura propuesta reemplaza las paredes tradicionales por paredes transparentes permiten la visualización bidireccional desmitificando los preconceptos.

Esta nueva modalidad prestacional centra su acción en la estrecha relación entre la comunidad y la institución. La efectividad en su funcionamiento está demostrada a través de las mediciones que realiza el sector a cargo, habiendo disminuido el nivel de queja del usuario a valores mínimos (actualmente se realizan entre 40 y 50 consultas telefónicas de seguimiento por día es decir 6000 consultas total, recibiendo 19 quejas o sea el 0,31%).

Por otro lado, se da la generación de 400 puestos de trabajo con formación continua, primer puesto de trabajo en jóvenes de 18 a 25 años. Además, jóvenes con instrucción primaria completa ingresan a trabajos de maestría y se los incentiva a seguir estudiando.

2 – Características principales del Modelo

El modelo prestacional consta de tres etapas: el triage, la UDB (Unidad de Diagnóstico Básico) y la UDP (Unidad de Diagnóstico Precoz). Es innovador en su forma como en su contenido. Este modelo tiene como eje central al paciente y su familia, cuenta con protocolos de atención que son a su vez instrumentos de retroalimentación en la búsqueda de la mejora continua.

El modelo prestacional UDB-UDP se podría resumir sin mayores detalles de la siguiente forma: El hospital cuenta con un espacio donde se realiza una clasificación protocolizada a cargo de personal capacitado y entrenado para tal fin, que distribuye los pacientes de acuerdo al motivo de consulta y a la urgencia planteada. La urgencia y la emergencia son objetivadas por el personal entrenado y presentado al shock room donde es recibido por el personal a cargo del sector. Si el paciente requiriera de atención de mayor complejidad, será acompañado a la Unidad de Cuidados Críticos, para allí superar la etapa de emergencia aguda. Aquellos que no requieran de tal complejidad, superaran la etapa aguda no emergente en el sector y serán orientados luego a la UDP

(Unidad de Diagnóstico Precoz). Los pacientes que no sean categorizados como urgentes o son orientados y direccionados a realizar el ingreso al sistema de admisión.

Una vez admitido el enfermo será acompañado por una azafata quien lo trasladara hacia la sala de espera de la UDB (Unidad de Diagnóstico Básico). Asimismo informara al paciente sobre la modalidad de atención para lograr una correcta educación de la población y contener situaciones que puedan ser desconocidas para el mismo. La UDB o Unidad de Diagnóstico Básico reemplaza a lo que tradicionalmente se denomina guardia o demanda espontánea. El reaseguro dentro de este sistema es que ante la mínima duda con respecto a la diagnosis o necesidad de realizar estudios complementarios para lograr un correcto diagnóstico y tratamiento, el paciente pasa a la UDP o Unidad de Diagnóstico Precoz. La importancia de esta unidad radica en lograr un diagnóstico muy precoz y un tratamiento efectivo en el menor tiempo posible. Todo el proceso se debe desarrollar en menos de 4 hs. Ante agravamiento del cuadro de enfermedad que pudiera requerir mayor complejidad, el paciente será presentado y acompañado por el personal encargado del sector UDP, a la Unidad de Cuidados Críticos.

De superar el tiempo estipulado en UDP o no lograr allí el objetivo planteado, el enfermo será nuevamente acompañado hacia el siguiente estadio: Internación. Allí permanecerá el tiempo necesario para completar el tratamiento planteado hasta el egreso Hospitalario. Se realiza el siguiente punto de acción del sistema, denominado Hospital de Salida, que efectúa una llamada telefónica de seguimiento al paciente a las 24 hs de la consulta, para obtener información acerca de estado actual del paciente, evolución, efectividad del tratamiento y calidad de atención brindada.

El paciente que ingresa óbito o que fallece en cualquiera de los estadios presentados, será trasladado a la morgue hasta completar el trámite administrativo necesario.

Cada paso presentado en este programa se encuentra protocolizado mediante estrictas normativas.

Este proceso puede ser visualizado con claridad en la Figura 11.

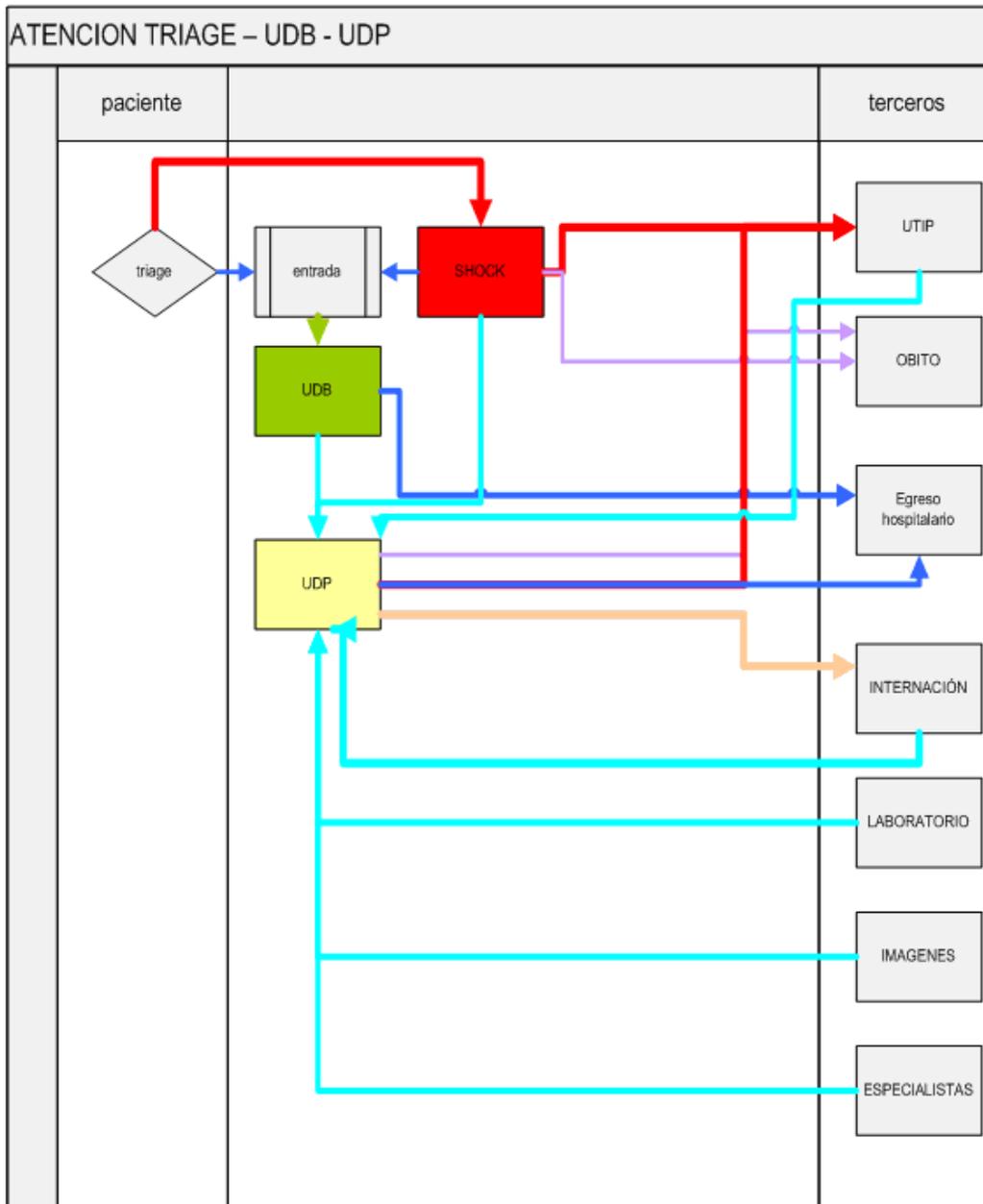


Figura 12: Flujo del paciente a partir del Modelo Prestacional

3 – Estrategias de Comunicación del Modelo

El sistema prestacional UDB-UDP opera necesariamente sobre un cambio de mentalidad, tanto de todo el personal que trabaja en el hospital, como de los beneficiarios o pacientes. Para ello, resulta indispensable contar con canales de comunicación institucional orientados a sostener e incrementar en el tiempo estos cambios.

El desarrollo de este sistema de salud se sostiene mediante dos estrategias de comunicación bien definidas.

Estrategia de comunicación interna:

Todas las áreas de trabajo están conformadas por equipos. Esta modalidad exige ante todo coordinación, y esto se logra con una comunicación fluida entre sus miembros. La comunicación se desarrolla en todas las direcciones, de arriba hacia abajo, de abajo hacia arriba, y horizontalmente. Para fortalecer los equipos se realizan reuniones periódicas, para asimilar nuevas normativas, y para limar asperezas que surgen por el desempeño de las tareas habituales. A su vez, los equipos están dirigidos por coordinadores, o referentes de área, que son los encargados de bajar las directivas surgidas desde las Direcciones y mantener un buen ambiente laboral.

El hospital cuenta con protocolos de atención en todas sus áreas, todos los procedimientos están normatizados, lo cual disminuye considerablemente los procedimientos inadecuados.

Estrategia de comunicación externa:

Está orientada a construir circuitos informativos dirigidos a nuestra población receptora; constituye un espacio para el acuerdo en donde se produce y circulan decisiones políticas que apuntan a mejorar el funcionamiento integral del sistema.

La Dirección del Hospital adopta la modalidad de “Dirección Abierta” con el propósito de responder a cada consulta, queja o inconveniente que surgiese, tanto interna como externa. De esta manera se cumple un rol significativo haciendo de puente entre las demandas que surgen desde la comunidad.

El sistema UDB- UDP cuenta con el Hospital de Salida que se encarga de consultar vía telefónica 24 hs después de la atención, a cada paciente sobre la evolución del cuadro médico de consulta del paciente. Al realizar una breve encuesta, el Hospital de Salida puede incluso, determinar la reevaluación del paciente.

Asimismo, a través de circuitos administrativos internos se realizan censos periódicos donde entre otras cosas se constata si el paciente recibió la atención y si existe demora en la misma. De esta manera, contamos con información diaria actualizada sobre el servicio de atención que se brinda en cada área.

Las pautas de alarma son un documento de información específico para los pacientes, relacionadas con algunos síntomas o enfermedades más comunes. Es el médico actuante,

quien las explica y se entrega una copia sellada a los mismos, esta información esta orientada a transmitir conocimientos básicos, con fin de mejorar la atención de salud.

El sistema cuenta con azafatas administrativas que acompañan al paciente desde la recepción a la sala de espera en UDB. A su vez, la azafata informa a los pacientes sobre el funcionamiento del sistema UDB UDP.

El sistema posee mecanismos de promoción extramuro, mediante charlas, información en página web y visitas guiadas para que la población asimile el nuevo sistema prestacional.

Finalmente existe un libro de sugerencias y reclamos. Los reclamos son atendidos en forma personal, telefónica, o en las direcciones correspondientes.

Como puede apreciarse, existe una dinámica de retroalimentación entre ambas estrategias comunicacionales. Favoreciendo, la redefinición y ampliación de la política publica. Estas estrategias comunicacionales cumplen el rol específico de materializar la acción política de concretarla mediante la mejora sostenible del sistema de salud en cuestión.

4 – Comparación con el Sistema Tradicional

La medicina tradicional concebida históricamente como pacientes que hacen honor a su definición, y permanecen con paciencia a la espera de una atención básica, para luego intentar resolver su situación de enfermedad tomando turnos y siendo pacientes todavía para aguardar una nueva consulta, hace inimaginable lograr una atención de calidad. Esta política decadente es evidentemente perjudicial para los enfermos que buscan salud. Continúa siendo en la mayoría de los centros asistenciales la única política sanitaria para atender enfermos.

Se trata de una decisión política. Resolver la enfermedad de manera efectiva y eficiente. Efectiva dado que se resuelve la patología por la que consulta el enfermo en un plazo no mayor de 4 hs. Y si requiriera consultas posteriores, se realizan dentro de las siguientes 24 hs. La no dilación en tiempo para concluir con un diagnóstico y tratamiento. Eficiencia considerando la mayor y la mejor calidad de atención, con profesionales entrenados en resolver de manera rápida y con diagnósticos certeros, para de esa manera comenzar el tratamiento indicado.

Este tipo de políticas implican necesariamente una inversión alta y altos costos para su implementación. La tecnología aplicada a este tipo de políticas sanitarias es de muy alta complejidad, para que con rapidez se pueda acceder a este tipo de estudios complementarios y arribar a diagnósticos certeros.

A pesar de esto, los altos costos se ven absolutamente justificados en beneficiar al paciente y en reducir los gastos innecesarios que provocan en la población las políticas sanitarias tradicionales (traslados, días no laborables para tomar turnos y para ser atendidos semanas o a veces meses después, etc). Este tipo de decisiones que probablemente requieran de mayor inversión, pero redundan en beneficios para el enfermo, eje fundamental de nuestra política sanitaria.

Estructura Hospitalaria

El hecho de contar con una estructura organizacional firme, con funciones, responsabilidades y líneas de autoridad bien definidas, fue uno de los aspectos que permitió una exitosa implantación del modelo prestacional. La estructura específica del hospital de Malvinas Argentinas se conforma de la siguiente manera, según lo muestra a continuación la Figura 12:

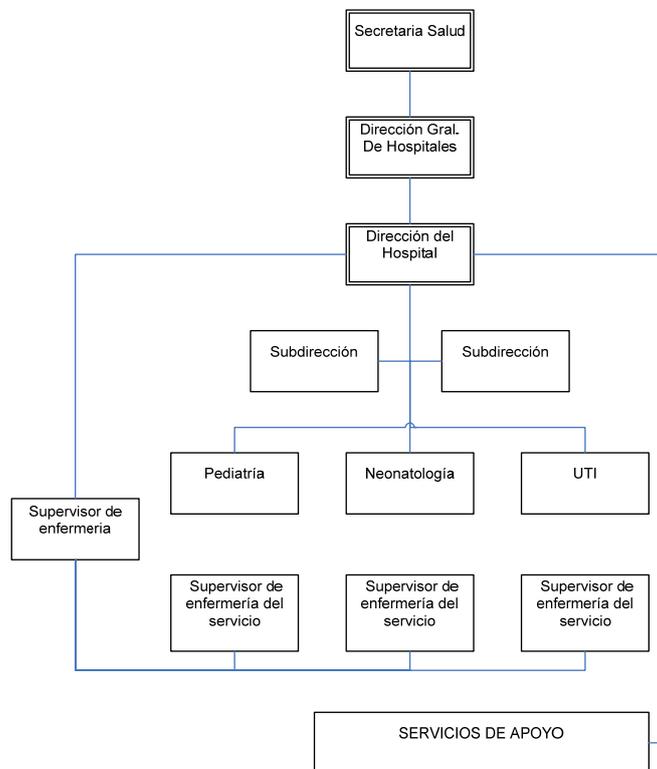


Figura 13: Organigrama del Hospital

Fuente: Hospital de Malvinas Argentinas

La correcta comunicación a cada una de las partes de su función en el proyecto, su área de acción y su autoridad en el mismo, permitió poder desarrollar una estrategia de implementación efectiva. Las partes más importantes que jugaron roles fundamentales fueron:

Director del Hospital: Debe planificar, organizar, coordinar, dirigir, supervisar y evaluar todas las actividades asistenciales y administrativas, que se desarrollan.

Funciones Específicas:

- Establecer la visión, misión y objetivos estratégicos institucionales en concordancia con los sectoriales y lograr el compromiso del personal para alcanzarlos.
- Evaluar el logro de objetivos, metas y estrategias de corto plazo a fin de lograr los objetivos de mediano y largo plazo.
- Expedir Resoluciones Directorales en los asuntos de su competencia.
- Aprobar el Plan Estratégico, Plan Operativo y Documentos de Gestión Institucional que correspondan, según las normas vigentes.
- Lograr la mejora continua de los procesos organizacionales enfocados en los objetivos de los usuarios y conducir las actividades de implementación y/o mejoramiento continuo.
- Promover el desarrollo y consolidación de la cultura organizacional del Hospital.
- Gestionar los recursos humanos, materiales y tecnológicos para el logro de los objetivos institucionales y el funcionamiento del Hospital.
- Establecer comunicación y coordinación con las entidades públicas y privadas para el logro de las actividades programadas.
- Establecer control interno previo, simultáneo y posterior en el Hospital y aplicar las medidas correctivas necesarias.
- Las demás funciones que le asigne el Secretario de Salud.

Sub Director del Hospital: Debe apoyar al Director del Hospital en la planificación, organización, coordinación, dirección, supervisión y evaluación de todas las actividades asistenciales y administrativas, así como reemplazar al Director en caso

de impedimento o ausencia de éste, con las mismas atribuciones y responsabilidades.

Funciones Específicas:

- Apoyar en la organización y el funcionamiento del Hospital para el logro de sus objetivos.
- Proponer la mejora continua de los procesos organizacionales enfocados en los objetivos de los usuarios y conducir las actividades de implementación y/o mejoramiento continuo.
- Promover el desarrollo y consolidación de la cultura organizacional del Hospital.
- Apoyar en la Gestión de los recursos humanos, materiales y tecnológicos para el logro de los objetivos institucionales y el funcionamiento del Hospital.
- Proponer las políticas, normas y proyectos de investigación, apoyo a la docencia y atención especializada.
- Garantizar la oportunidad y seguridad en el flujo y registro de la documentación oficial y dar cumplimiento a las normas pertinentes.
- Establecer el control interno previo, simultáneo y posterior en el Hospital y aplicar las medidas correctivas necesarias.
- Las demás funciones que le asigne el Director del Hospital.

Jefe de Servicio: Debe planificar, organizar, coordinar, dirigir, supervisar y evaluar todas las actividades administrativas, asistenciales, docentes y de investigación en su labor médica- administrativa del área, en concordancia con el manual de Organización y Funciones del Hospital.

Funciones Específicas:

- Planear, organizar, conducir, coordinar y controlar los procesos de los servicios de de Pediatría de acuerdo a las normas y dispositivos legales vigentes.
- Aprobar y consolidar el Plan Anual de Actividades del Servicio a su cargo.
- Monitorear el avance y cumplimiento de los planes de actividades del servicio.
- Autorizar, monitorear y supervisar las campañas, programas y estrategias sanitarias asignados al servicio.

- Elaborar normas y directivas para la ejecución de programas, proyectos de investigación y docencia.
- Elaborar informes técnicos relacionados con las funciones del servicio.
- Informar a la Dirección las ocurrencias más importantes, así como de todas las actividades relevantes o las que solicite.
- Conducir y monitorear la elaboración de los documentos técnicos normativos e instrumentos de gestión de los diferentes servicios y lo correspondiente a la jefatura del servicio.
- Hacer cumplir la elaboración, actualización de los documentos técnicos normativos e instrumentos de gestión al personal del servicio.
- Solicitar y aprobar la programación de actividades del servicio.
- Elaborar y remitir al equipo directivo la programación de atención en consultorio.
- Elaborar y remitir al Departamento de Emergencia el rol de guardias hospitalarias, retenes y otros.
- Promover actividades de prevención, protección, recuperación y rehabilitación de la salud dentro de las actividades del servicio.
- Autorizar, supervisar y controlar a través de los responsables del servicio el cumplimiento de guías y procedimientos de atención.
- Supervisar el cumplimiento de las interconsultas médicas de acuerdo a los requerimientos de las especialidades.
- Hacer que los servicios apliquen las normas y medidas de bioseguridad en las áreas correspondientes para evitar infecciones intra hospitalarias, en beneficio del usuario como del personal del área.
- Analizar la información estadística correspondiente al servicio así como difundirla al personal a su cargo.
- Hacer cumplir la programación del rol de trabajo, vacaciones, cambios de turnos y otros de los servicios a su cargo.
- Elaborar, proponer y difundir normas, directivas relacionadas con las funciones de los servicios.

- Hacer cumplir las directivas, normas y guías de atención de los servicios.
- Visar informes médicos u otros que resulten de la atención a los usuarios cuando sea el caso.
- Solicitar a los servicios el requerimiento de mantenimiento preventivo y correctivo de los equipos a su cargo, así como consolidar y remitir al área responsable.
- Supervisar el cumplimiento del Plan de Mantenimiento del área responsable a través de los responsables de los servicios.
- Promover y conducir a través de los servicios, las actividades de docencia e investigación así como participar en las actividades de educación médica continua.
- Verificar a través de los responsables de los servicios que la atención y diagnóstico se desarrollen de acuerdo a lo establecido en guías y procedimientos médicos así como de la nomenclatura y código según la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionadas con la Salud.
- Aplicar mecanismos de seguridad interna en salvaguarda de los documentos, equipos y/o recursos asignados al área.
- Proponer y evaluar al responsable de las estrategias sanitarias asignados al área.
- Delegar funciones de jefatura a quien corresponda por ausencia.
- Las demás funciones que le asigne el Director y Subdirector.

Jefe de Guardia: Es designado por la Dirección del Hospital y la Jefatura del Servicio

Responsabilidades y Autoridad:

- Ejerce autoridad sobre el equipo de profesionales médicos que trabajan para la guardia
- Planifica, organiza, dirige y controla las actividades de carácter médico y técnico que se desarrollan en la guardia.
- Propone y elabora planes de trabajo y cumplimiento de objetivos.
- Coordina las actividades de la guardia con los jefes de servicio para la toma de decisiones,
- Controla la ejecución de los planes y proyectos previstos.

- Analiza con los jefes de la guardia datos relacionados a la prestación de servicios.
- Aplica sanciones al personal médico en casos de incumplimientos.
- Fomenta la actividad científica en el personal que conforma la guardia
- Autoriza cambios relacionados a la actividad médica de la guardia.
- Atiende quejas y problemas de pacientes.
- Informa a la jefatura sobre cualquier desvío en las actividades.
- Conciliar ante situaciones conflictivas de cualquier índole, buscando la solución adecuada
- Tomara decisiones medicas ante situaciones de urgencia
- Fuera del horario de la Planta Medica, los fines de semana y feriados realizara recorridas por las salas y será el referente ante la Jefatura de Servicio
- Supervisara que en el Área de Observación se cumplan la acciones correspondientes en cuanto a las Historias Clínicas y estadía de los pacientes (respetar horario establecido)
- Será receptor de derivaciones de otros nosocomios.
- Informara sobre situaciones especiales a la Jefatura de Servicio (accidentes vía pública con pacientes graves, óbitos, abusos sexuales, etc.)
- Deberá conocer la disponibilidad o no de camas en todas las Salas de Internación
- Deberá conocer los pacientes internados que se encuentren “de control”.

No descuidara a pesar de sus obligaciones como Jefe de Guardia de su actividad como Médico de Guardia

Médico Interno:

Responsabilidades y Autoridad:

- Ejerce autoridad sobre el equipo de profesionales médicos que trabajan para la especialidad
- Máximo representante de la especialidad.
- Planifica, organiza, dirige y controla las actividades de carácter médico y técnico que se desarrollan en su especialidad.

- Propone y elabora planes de trabajo y cumplimiento de objetivos.
- Coordina las actividades de su especialidad con los directivos para la toma de decisiones,
- Controla la ejecución de los planes y proyectos previstos.
- Analiza con los médicos de su área datos relacionados a la prestación de servicios.
- Aplica sanciones al personal médico en casos de incumplimientos.
- Fomenta la actividad científica en el personal que conforma la especialidad.
- Autoriza cambios relacionados a la actividad médica.
- Atiende quejas y problemas de pacientes.
- Informa a la Dirección sobre cualquier desvío en las actividades.

Médico:

Responsabilidades y Autoridad:

- Atención del paciente
- Llenado de datos en historia clínica (Software electrónico)
- Revisión física
- Interpretación de resultados
- Redacción informe final
- Redacción de sugerencias y recomendaciones

Supervisor de Enfermería y Supervisor del Servicio:

Responsabilidades y Autoridad:

- Evalúa a través de la entrevista diaria en los cambios de turno con las supervisoras en enfermería de turno el desarrollo de las actividades de enfermería, y establecer las estrategias necesarias para mejorar el desempeño del personal.
- Revisa diariamente el informe de 24 horas del estado de salud de los pacientes delicados y graves, elaborados por las supervisoras de enfermería.

- Identifica y soluciona las necesidades y problemas del personal de enfermería que le competen.
- Revisa que los programas de vacaciones se hayan realizado conforme a las normas establecidas.
- Evalúa junto con las autoridades de la institución, las funciones y actividades de enfermería cuando sea preciso.
- Mantiene en forma periódica relaciones humanas cálidas con los pacientes y familiares para obtener una fuente de información directa, cuyos datos le permitan evaluar la calidad de atención de enfermería.
- Revisa los documentados y solicitudes.
- Verifica y evalúa que la atención de enfermería sea de alta calidad, humana, segura y bien planeada.
- Lleva relaciones cordiales con los familiares de los pacientes.
- Planifica, organiza, dirige y controla las actividades de carácter médico y técnico que se desarrollan en su especialidad.
- Propone y elabora planes de trabajo y cumplimiento de objetivos.
- Coordina las actividades de su especialidad con los directivos para la toma de decisiones,
- Controla la ejecución de los planes y proyectos previstos.
- Analiza con los médicos de su área datos relacionados a la prestación de servicios.
- Aplica sanciones al personal de enfermería en casos de incumplimientos.
- Autoriza cambios relacionados a la actividad médica.
- Atiende quejas y problemas de pacientes.
- Informa a la Dirección sobre cualquier desvío en las actividades.
- Diseña e implementa proyectos para mejorar su especialidad así como la integración de todo el recurso humano a su cargo.

Jefe de Laboratorio / Responsable de Estudios Complementarios:

Responsabilidades y Autoridad:

- Ejerce autoridad sobre el equipo de profesionales que trabajan para la especialidad
- Planifica, organiza, dirige y controla las actividades del área.
- Propone y elabora planes de trabajo y cumplimiento de objetivos.
- Coordina las actividades de su área con los directivos para la toma de decisiones,
- Controla la ejecución de los planes y proyectos previstos.
- Analiza con los médicos datos relacionados a la prestación de servicios.
- Aplica sanciones al personal en casos de incumplimientos.
- Autoriza cambios relacionados a la actividad del área.
- Atiende quejas y problemas de pacientes.
- Informa a la Dirección sobre cualquier desvío en las actividades.
- Diseña e implementa proyectos para mejorar su área así como la integración de todo el recurso humano a su cargo.

Enfermero/a:

Responsabilidades y Autoridad:

- Atención a los pacientes
- Revisión física.
- Elabora diariamente el informe de 24 horas del estado de salud de los pacientes delicados y graves.
- Lleva relaciones cordiales con los familiares de los pacientes.

Técnico de Estudios Complementarios:

Responsabilidades y Autoridad:

- Atención del paciente
- Llenado de datos en historia clínica (Software electrónico)
- Revisión física
- Interpretación de resultados
- Redacción informe final
- Redacción de sugerencias y recomendaciones

Administrativo:

Responsabilidades y Autoridad:

- Completa planillas, bases de datos, y formularios
- Prepara historias clínicas para la atención en consultorios externos
- Realiza tareas administrativas generales.
- Confecciona notas y comunicaciones

Atención al Público:

Responsabilidades y Autoridad:

- Asesora al público
- Ejecuta las acciones operativas.
- Ejecuta los cronogramas establecidos.
- Revisa la programación de pacientes (horarios).
- Coordina citas médicas con los especialistas.
- Canaliza las quejas, reclamos y solicitudes de los pacientes que asisten al hospital.
- Dirige a los pacientes en la programación de exámenes médicos.
- Recibe la documentación requerida y efectúa el control de la misma.
- Ingresa los datos del paciente
- Agenda el día del turno o diligencia la consulta de inmediato dependiendo del tipo de atención requerida.

Maestranza:

Responsabilidades y Autoridad:

- Efectúa la limpieza de las áreas designadas
- Efectúa los arreglos necesario para el correcto desarrollo de las actividades
- Informa los desperfectos de las instalaciones e infraestructura
- Controla el funcionamiento adecuado de los artefactos de la institución
- Solicita los materiales necesarios para el desarrollo de su actividad.

3.2 - ENTREVISTAS



Figura 14: De izquierda a derechase encuentra el Dr. Federico Pazzi Pla, Asesor de la Secretaría de Salud; Directora de Residencias No Médicas; Dr. Hugo Schwab, Secretario de Salud; Agostina Pazzi Pla y Paula Ramírez, autoras del presente Trabajo de Investigación.

ENTREVISTA AL DR. HUGO SCHWAB

El día 25 de Septiembre de 2013 se realizó una entrevista con el Secretario de Salud de Malvinas Argentinas en las instalaciones del Hospital de Trauma con el objetivo de adquirir conocimientos en lo que respecta a la planeación y puesta en marcha del modelo prestacional UDP/UDB.

Las conclusiones que pudimos obtener se detallan a continuación:

Causas:

Los problemas que se encontraban presentes y que motivaron a la creación del nuevo modelo prestacional se relacionaban con un diagnóstico no acertado, el cual provocaba muchas muertes por causas fácilmente tratables. El tiempo de espera era excesivamente largo, con un promedio de 18 horas, que provocaba un malestar mayor en los pacientes. Por último se detectó una falta de motivación por parte de los médicos dado el mal clima organizacional que los otros factores generaban.

Esto se relaciona con el concepto de calidad explicado por Pazzi Pla (2006) en Rubinstein (2004) (Capítulo 2) en el que establece que Calidad en Salud significa, entre otras cosas, la satisfacción para todos los usuarios del sistema, la retención del Staff talentoso. A partir de esto, inferimos que en un principio y antes de la implementación del Modelo Prestacional, las falencias en cuanto al establecimiento y delineamiento de los procesos para una adecuada atención al paciente se vieron reflejadas directamente en forma de inconvenientes en lo que respecta a la calidad del servicio y eso provocó que se desarrolle una cultura desfavorable dentro de la organización, donde los médicos y los pacientes se interrelacionaban en un clima muy tenso y con mucha demotivación.

Comunicación:

El Secretario de Salud opina que, para iniciar la puesta en marcha de un proyecto, es necesaria la coparticipación de las partes involucradas. Gracias a esto último, se crea un espacio donde fluyen las ideas y se elaboran las bases donde apoyaría el modelo. Los profesionales involucrados se sienten parte de la toma de decisiones y esto los motiva a trabajar en pos del éxito del modelo que integran. A su vez Hugo Schwab comenta que existen determinados individuos que al no tener ellos el problema no se les ocurre una idea propia innovadora y es por esto que rechazan cualquier posibilidad de cambio. Las grandes estructuras conllevan problemas de comunicación propios de su tamaño, en este caso en particular, con una estructura 3400 personas, se generan problemas del tipo “teléfono descompuesto”, donde las instrucciones no llegan como deberían a los niveles más bajos, muchos individuos escuchan sin interpretar. Se debe repetir el mensaje las veces que sean necesarias para que al menos el 70% del personal entienda qué es lo correcto y se calcula que lleva de 6 meses a un año para que el total de una organización esté al tanto de los cambios realizados. En este proceso ese 70% juega el papel de auditor de campo, corrigiendo las conductas de sus compañeros y asesorándolos en el día a día.

Este concepto desarrollado por el Secretario se relaciona directamente con dos conceptos muy importantes desarrollados en el Marco Teórico, en el tercer capítulo dedicado a la Estructura Hospitalaria y en el primer capítulo dedicado a Sistemas de Información en Salud: la cultura y la comunicación, respectivamente.

En un primer momento, se hace referencia a la cultura, que tal como describe Mintzberg (1991) en Varo (1994) (Capítulo 3.1.1), es uno de los ejes fundamentales para el buen funcionamiento de una organización. Al hacer a los empleados partícipes de flujo de

ideas que llevará a la toma de decisiones éstos se sienten altamente motivados para trabajar en pos de esas metas que, muchas veces, ellos mismo ayudaron a proponer. A pesar de que muchas veces se dan situaciones en las que por falta de iniciativas propias, el empleado se opone rotundamente al cambio, en la mayoría de los casos el participar al empleado tiene muy buenos resultados en mejorar el clima organizacional y lograr que todos los empleados estén alineados con la cultura y las metas de la organización.

Por otro lado, se menciona el tema de la Comunicación. Según Guo (2009) (Capítulo 1.3.1), una comunicación eficaz se da cuando se toman medidas para fomentar una mejor comprensión entre los empleados, entre otros factores críticos. En el caso de Hospital, tal como describe el Secretario de Salud, comunicar a la totalidad de la estructura la implementación del proyecto fue un proceso bastante largo y difícil, típico de toda estructura grande. Es muy importante para el éxito de todo proyecto que, aunque tome su tiempo, la totalidad de la organización llegue a estar informada sobre los cambios a ser implementados y sobre sus nuevas funciones dentro de la empresa. Es por ello que se debe planificar y se deben seleccionar cuidadosamente aquellas personas que serán las encargadas de ‘hacer pasar la voz’.

Falencias del modelo actual y del sistema de salud Argentino:

El modelo prestacional actualmente tiene serios problemas de arquitectura y flujo de los pacientes, que no es unidireccional como debería serlo. Una mejora en arquitectura se resume en una mejora en los flujos. A su vez, lo que falta es aplicar de manera más sistemática los procesos para que sea una línea continua y se establezcan algoritmos por patología.

En cuanto a las falencias del Sistema de Salud Argentino, el Dr. Hugo Schwab indica que el problema se basa en la segmentación del gasto de personal acorde al paciente, y que para esto último implementaron cambios en el hospital, reubicaron al personal altamente calificado en las UDP/UDB, los menos calificados en el segundo nivel, pacientes ya en tratamiento, y por último a enfermería en los paliativos.

Otro aspecto a destacar es la estrategia que utilizan basada fundamentalmente en la prevención del paciente, en tratar de establecer mediante un único síntoma muchas alternativas de enfermedades con sus respectivos estudios para poder determinar con certeza que es lo que le sucede, el Secretario de Salud indica “al final de la película, tomamos los cánceres, las cardiopatías, las diabetes, todas las patologías en vez de

tomarlas en la complicación, las tomamos antes. Si nosotros las tomamos antes, hay menos secuelas, y si hay menos secuelas hay mayor productividad laboral... Eso que hace, bueno que en definitiva la UDP sea eso, tratar de prevenir y de que estos pacientes que están dando vueltas por setenta y siete hospitales, tengan catorce, quince o veinte, y se les resuelva el cien por cien en uno”.

Lo que el Secretario de Salud del Municipio de Malvinas Argentinas destaca como la principal falencia del Modelo Prestacional es su infraestructura, falla que se ve reflejada en la falta del un flujo unidireccional de los pacientes a lo largo del Hospital para una correcta atención y diagnóstico preventivo. Esto se relaciona directamente con el concepto de Estructura que desarrollan Strategor (1991) y Zerilli (1989) en Varo (1994) (Capítulo 3.1) en el que se establece la necesidad de tener una estructura firmemente delimitada como garante de cierto orden para la organización y los flujos que se dan dentro de la misma.

Por parte de los procesos, según sostienen Fernandez Crúa (2007) (Capítulo 3.5) para que se de la excelencia de la institución como un todo, se debe dar la excelencia de todos sus procesos de manera individual, por lo que lograr llegar a un diagnóstico preventivo implica interrelación y coordinación entre los diferentes procesos de la organización y su buena ejecución por parte del personal. La aplicación del Modelo Prestacional claramente contribuyó en la mejora de la organización como un todo, aunque tenga ciertos aspectos a mejorar.

Procesos y Estructura:

Los hospitales actuales pierden horas médicas ya que los profesionales deben recorrer muchos metros y caminar a lo largo de la estructura para llegar al paciente. Con el nuevo modelo prestacional lo que se intenta evitar son esas horas perdidas y el hacinamiento en las salas de espera, haciendo que los pacientes mismos sean quienes deban dirigirse a los médicos y no al contrario. En el siguiente plano se muestra cómo será la nueva infraestructura la cual se adecuará mejor a las necesidades relacionadas con la estructura edilicia que tiene el proyecto.



Figura 15: Nuevo Edificio

Para solucionar los problemas de infraestructura con los que se cuentan se desarrolló y se está construyendo un edificio que estará destinado a la aplicación del Modelo Prestacional, en el cual se le va a poder dar mayor efectividad a los procesos desarrollados por los empleados al poder contar con las instalaciones indicadas y con los flujos estructurales bien definidos desde un primer momento. Según Aranguren y Resónico (1998) (Capítulo 3.1) una estructura sugiere un conjunto de recursos y actividades, ordenadas y coordinadas hacia el logro de un objetivo en común. Este factor era lo que estaba faltando para que el Modelo Prestacional sea definitivamente efectivo. De este modo, al desarrollar esta estructura nueva se está logrando cumplir con los requerimientos para poder llevar al mismo a su mayor potencial y lograr, tal como se mencionó con anterioridad, un diagnóstico preventivo y no uno efectivo.

Ventajas del nuevo modelo prestacional:

Aunque el modelo prestacional actual se encuentra alejado de lo que quiere lograr el Dr. Schwab, explica que ha mejorado sustancialmente el sistema hospitalario. Entre las ventajas que enuncia se encuentran: la caída de la mortalidad, aumento de la velocidad de atención, aumento en la calidad prestacional, posibilidad de llamar al paciente luego que se ha retirado con el alta médica, cirugías más rápidas, disminución de la cantidad de juicios, baja de conflictos con el personal.

Un proyecto siempre tiene posibilidades de mejora. A pesar de haber cambiado radicalmente al Hospital, el Modelo Prestacional está lejos de ser lo que se planificó y tiene mucho por delante en lo que hace a desarrollo de procesos, inversión y

concientización, tanto de los pacientes y sus familiares como de los médicos, enfermeras y personal administrativo que trabaja en el Hospital.

A pesar de que se puede lograr aún más, mediante la recolección de datos, que según Soriano, Marconi & Juliá (2006) (Capítulo 1.2), se inicia una vez que se definieron los parámetros que se desea estudiar, se pueden obtener indicadores internos que determinan la evolución que se produjo gracias al nuevo proyecto. Es importante contar con dichos indicadores para ver como de desenvuelve la organización y en qué aspectos falta mejorar y poder tomar aquellas acciones necesaria para poder hacerlo.

Mejoras:

En cuanto a nuevos planteos el grupo directivo se han pensado en mejoras que se relacionen con la rapidez de atención de los pacientes según algún elemento de un color significativo que se le coloque al paciente, ya sea una bata, un gorro, etc. De esta forma se permitirá detectar rápidamente la urgencia dentro de la UDP. Otro planteo importante es la individualización y la nominación del paciente y del médico ya que son fundamentales para mejorar la calidad, que quedaría por desarrollar.

Las mejoras propuestas a futuro tendrán un impacto significativo en lo que hace a la efectividad del desarrollo de los procesos lo cual se verá reflejado en un incremento visible en la calidad total del Hospital.

Según Fernández Crúa (2007) (Capítulo 3.5), uno de los elementos esenciales de un proceso son los materiales con los que se cuenta para su desarrollo. Un enriquecimiento en materiales logrará un avance en el proceso en su globalidad. Es este caso, se está dando esta mejora mencionada, al incorporar elementos como batas, gorros o artículos diferenciadores de los pacientes.

Tal como establecen Aranguren y Rezzónico (1998) (Capítulo 2.4), un sistema de auditoría se basa en la implementación de procesos de evaluación y monitoreo para mantener un alto grado de calidad en las operaciones. El hecho de que el Hospital de Malvinas Argentinas pueda tener un control directo sobre la atención que se brinda a los pacientes es un punto fundamental para asegurar la calidad que buscan brindar.

Personal de administración:

El Dr. Hugo Schwab indicó que el personal de recepción y atención al público debería ser rotado semanalmente debido a las tareas rutinarias y la monotonía propia del puesto. A su vez explica que el nivel cultural de los individuos es bajo como también lo es su

nivel socioeconómico. Lo que quiere buscar la Secretaría de Salud es incorporar al personal no médico en la organización para instruirlos y no solo enfocarse en los profesionales sino en la población en general. Esto último trajo ventajas con respecto a la imagen, ya que los individuos de Malvinas Argentinas que trabajan para el sistema, conocen las ventajas del mismo, su funcionamiento y su buena experiencia a la hora de trabajar. Esto último es trasladado a sus más allegados aumentando sustancialmente el posicionamiento de la población acerca del sistema de salud.

En este punto se analizan dos factores fundamentales: por un lado se ve el tema de la estructura y cómo ésta debería rotar, y por otro, el tema de comunicación hacia el exterior de la organización y su importancia para la concientización de la sociedad.

Por el lado de la estructura, este aspecto se relaciona con el diseño de los puestos ocupados por este tipo de personal. Según Mintzberg (1991) en Varo (1994) (Capítulo 3.1.1), uno de los aspectos del diseño es la preparación y socialización del empleado. Consideramos que este aspecto es el que está fallando en el caso del Hospital de Malvinas Argentinas, dado que el personal administrativo muchas veces no tiene la capacitación requerida como para ocupar el puesto y por ello lo desarrolla de una manera ineficaz. Es por ello que la importancia de la preparación del personal es muy grande.

Sin embargo, el Secretario de Salud justifica esta falta de preparación con el hecho de que estas personas poco capacitadas, y en su mayoría de baja clase social, sirven como fuente primaria de comunicación externa para la organización. Esto se relaciona fuertemente con el concepto de comunicación informal que desarrollan Aranguren y Rezzónico (1998) (Capítulo 1.3.1), en el cual se establece que la misma está por fuera de los canales convencionales y tienen como base las relaciones sociales externas entre los miembros que interactúan en la organización. Tienen mucha importancia porque cuenta el boca a boca y las experiencias de la gente dentro de la misma.

Es por lo antes mencionado que la falta de preparación del personal administrativo está totalmente justificada dado que implica una importante fuente de comunicación externa que contribuye al éxito de la organización y para que la sociedad conozca los beneficios que el nuevo modelo ofrece.

ENTREVISTA AL DR. FEDERICO A. PAZZI PLA

El día 17 de Octubre de 2013 se realizó una entrevista con el Asesor de la Secretaría de Salud de Malvinas Argentinas y coordinador del Hospital de Salida, con el objetivo de adquirir conocimientos en lo que respecta a su participación en la implementación del modelo prestacional UDP/UDB y su visión del hospital en la actualidad.

Las conclusiones que pudimos obtener fueron las siguientes:

Retroalimentación:

En el Hospital de Salida, que es el último eslabón en la cadena de atención, se lleva a cabo la retroalimentación desde el paciente al resto de la organización (se elaboran las guías de atención, las encuestas personales y telefónicas, la historia clínica informatizada, entre otras herramientas de recolección de datos).

El Doctor Pazzi Pla, Director del Hospital, destacó como uno de los factores más importantes para el éxito de este proyecto, así como de cualquier otro proyecto, la retroalimentación. La misma, según Guo (2009) es esencial para la comunicación porque permite saber si lo que se quiso transmitir llegó al receptor como estaba planeado.

El Hospital, como medida de retroalimentación tiene al Hospital de Salida, lugar físico en donde se consulta a los pacientes sobre el servicio con el que contaron, las indicaciones que recibieron (para comprobar que las hayan entendido) y se los contacta 24 horas más tarde para ver su evolución. Consideramos que este es uno de las claves para el éxito, dado que le da al Hospital la seguridad de que el paciente tuvo un servicio satisfactorio, y de no serlo se plantean acciones correctivas, y se está tranquilo de su bienestar, lo cual contribuye a la eficacia general de la organización como un todo.

Implementación:

Las mayores dificultades se dieron de dos formas. Por un lado, dada la resistencia en algunos niveles organizacionales, sobre todo de la parte médica, pero que fue subsanada al conocerse las ventajas del modelo. Por otro lado, por parte de todos los procesos administrativos que el personal debió comenzar a cumplimentar y la comunicación correcta a los familiares de los pacientes dentro de cada UDB/UDP.

Se considera que uno de los principales problemas de aplicación de todo proyecto reside en la resistencia al cambio en la estructura que tienen ciertas partes de la organización,

pero que se subsanaría con una buena comunicación que explique todos los beneficios potenciales y la mejora en los procesos que se daría a partir de la aplicación del Modelo. Además, se debe considerar como fundamental, a parte de la comunicación interna al personal del Hospital, la comunicación externa al paciente y su familia, para darles la tranquilidad y seguridad de que el servicio será de mayor calidad con el nuevo método de atención.

Mejoras:

Cuando se inaugure el edificio dedicado específicamente para el modelo, se mejorará la atención al paciente, sin embargo se va a necesitar un esfuerzo mayor y un incremento del recurso humano.

Según Varo (1994) (Capítulo 3), para que una organización pueda funcionar y alcanzar sus objetivos debe contar con una estructura bien establecida. Siguiendo con este concepto, una estructura dedicada específicamente para el modelo es lo que le está faltando al Hospital, por lo que la construcción de la misma llevará al modelo al éxito asegurado.

ENTREVISTA AL DR. GUSTAVO CAPROTTA

El día 4 de Noviembre, se realizó una entrevista al Dr. Gustavo Caprotta (Subdirector del Hospital Pediátrico, Áreas Críticas), donde se le preguntó acerca de como se había sentido con todo el proceso transformacional, separando el antes, durante y después.

Antes de implementar el proyecto, el Dr. Caprotta expresa que los pacientes curaban sus patologías agudas en la guardia pero que volvían reiteradas veces con otros síntomas. Lo que permitió el nuevo modelo, según sus palabras, fue que los pacientes que llegaban con un síntoma se fueron con un diagnóstico acertado y realizar todos los estudios necesarios cuando el paciente realiza la consulta.

Durante la implementación, destacó la dificultad del proyecto en cuanto a cambiar la forma de pensar de los individuos que trabajan dentro de una organización tan compleja como lo son los hospitales públicos y además el poner énfasis en el diagnóstico precoz. El subdirector comentó que fue necesario instalar un sistema de monitoreo continuo con subdirectores nocturnos, además se incorporó el llamado Hospital de Salida, el cual le proporciona un seguimiento post internación.

El proyecto de implementación se renueva cada día por lo que no se puede decir que esté completo en su totalidad.

Con respecto a las falencias que posee el sistema aplicado, el Subdirector indica que aunque el recurso humano de la organización fue capacitado tienden a incumplir procesos lo cual altera el perfecto funcionamiento del proyecto. También menciona que se deben mejorar los sistemas de información y los tiempos de atención. Esto último se encuentra presente en las encuestas realizadas a los pacientes, los cuales indicaron un alto grado de insatisfacción en cuanto a ese aspecto. Lo importante del sistema, menciona Caprotta es la articulación de las partes, que no mande una persona y los demás obedezcan sino que formen un equipo. Esto último se relaciona con lo dicho por Varo (1994) (Capítulo 2.1), sobre el concepto de calidad total, donde sostiene que la adopción de esta filosofía conlleva la puesta en práctica de un conjunto de actividades dirigidas a que toda la empresa, desde la Dirección hasta el trabajador menos cualificado, participe en el proceso de mejora continua de la calidad.

Las sugerencias que propuso el entrevistado tienen que ver con la alta rotación de personal, sobretodo el que forma parte de administración. Esto ha sido mencionado en las encuestas y puede ser una de las principales falencias que se aprecian en el proyecto. También remarcó que se deben informatizar todas las historias clínicas en su conjunto y no solo una parte de ellas.

La entrevista termino con un comentario del Dr. el cual indicó que siento gran orgullo de ser parte del equipo y expresó que el caso de Malvinas Argentinas es una honrosa excepción, que sigue invirtiendo e innovando en la salud de la población día a día.

Actualmente el Subdirector se encuentra realizando viajes a distintos países con el objetivo de comparar y evaluar diferentes modelos prestacionales. Esto último puede relacionarse con el concepto de sociabilización, explicado por Varo (1994) (Capítulo 3.1.1). A pesar de no ser este mismo proceso para la formalización del individuo sobre valores y normas para trabajar dentro de esa institución, la sociabilización en otros países puede lograr que se adquieran esas formas de hacer las cosas para tomarlos como ejemplo y aplicar lo que crea correspondiente en su lugar de trabajo.

ENTREVISTA AL DR. ALBERTO KAMBOURIAN

En la entrevista realizada el 2 de Noviembre el Dr. Kambourian (Subdirector del Hospital Pediátrico, áreas no críticas) expresó que el modelo anterior presentaba enormes falencias donde los recursos humanos eran fundamentales. Se contaba con un importante deterioro edilicio y métodos de diagnóstico antiguos. "poner algo de estructura"

En la actualidad comenta, al igual que el Dr. Caprotta, que se encuentran en un proceso de cambio continuo, pero que están posicionados de otra forma frente a la población y hacia las autoridades. Reconoce problemas de comunicación interna tanto entre médicos como en personal administrativo de recepción. Esto último es importante, como lo explica Eigler (1989), en Varo (1994) (Capítulo , ya que la recepción y acogida del usuario son el primer trato que éste recibe, y su importancia en la percepción de la calidad el centro es muy grande. Antes de acceder al equipo sanitario, el cliente se relaciona con otros tipos de empleados y, del mismo modo, a lo largo de la permanencia en el hospital es atendido por muchas personas con función no asistencial. Cada uno de estos contactos constituye una experiencia que luego será evaluada.

Por último expresa a diferencia del entrevistado anterior, una mejora en cuanto a lo tecnología en materia de historias clínicas.

El subdirector concluyo la entrevista expresando el gran orgullo que siente haber sido parte de todo el proceso de cambio desde un principio.

CONCLUSIONES DE LAS ENTREVISTAS

Tomando en cuenta los puntos de vista de cuatro personas que ocupan diferentes puestos y tienen diferentes tareas pero que todas participan en cierta medida del modelo prestacional UDB/UDP del Hospital de Malvinas Argentinas, pudimos obtener ciertas conclusiones.

En lo que hace a los antecedentes del método, es decir, las causas que originaron la idea de su creación y aplicación, los entrevistados concuerdan que las falencias del modelo tradicional del Hospital eran varias y muy importantes. Sin embargo, sostuvieron que la principal era la existencia de métodos de diagnóstico antiguos e ineficaces que no detectaban las patologías correctamente y por ello el paciente reincidía en el Hospital con enfermedades o síntomas similares. A esto se le sumaba un serio deterioro edilicio y recursos humanos poco capacitados.

La implementación del Modelo Prestacional no fue nada fácil, según concuerdan los entrevistados. La principal dificultad se dio en lo que refiere a concientización de los recursos humanos, factor clave para el éxito de cualquier nuevo proyecto. Muchos miembros del personal se resistían al cambio y había además problemas en la comunicación del mismo. Es por ello que debieron aplicarse mecanismos de seguimiento y capacitar a los miembros mostrándoles los beneficios que el modelo traía aparejados.

En lo que respecta al modelo propiamente dicho, los entrevistados coinciden en que uno de los aspectos principales que mejoró fue el diagnóstico. No solo se generó un diagnóstico acertado en la mayoría de los casos, sino que se pudo lograr un diagnóstico preventivo mediante la delimitación de un flujo del paciente. Además, se desarrollaron e implementaron nuevas tecnologías que contribuyeron con este factor y mejoraron la calidad de salud del paciente. Por otro lado, el personal se encuentra más motivado y con orgullo de ser parte del cambio, lo cual implica mejor atención de su parte y buen clima organizacional.

Sin embargo, todos coinciden que a pesar de haber mejorado radicalmente al Hospital, el Modelo Prestacional posee ciertas falencias que deberían intentar modificarse para poder llegar al nivel planificado. La más importante a destacar es la falla en el flujo del paciente dada la falta de una estructura apropiada como para llevarlo a cabo el proyecto de manera adecuada. Además, está muchas veces el problema de mala comunicación lo cual lleva a que, en muchos casos, este flujo sea erróneo por incumplimiento de procesos por mal entendimiento por parte de los recursos humano.

Sin embargo, conviene que muchos de estos problemas se verán solucionados con la inauguración del edificio que el Hospital está construyendo cuyas instalaciones estarán dedicadas en su mayoría a la aplicación del Modelo Prestacional UDB/UDP. De este modo, éste se desarrollará en un lugar diseñado específicamente para su eficacia, lo cual reduciría tiempos de atención, optimizaría el flujo de los pacientes y se mejoraría el servicio general de Malvinas Argentinas hacia sus pacientes.

3.3 - ENCUESTAS

El día 25 de Septiembre del 2013 se llevaron a cabo 50 encuestas a pacientes que egresaban de los diferentes sectores del Hospital de Malvinas Argentinas, ya sea del Hospital Materno, el Hospital de Pediatría del Doctor Claudio Zin, EL Hospital de Trauma Federico Abete, el Hospital de Robótica y el Hospital de Obesidad de Cormillot. La siguiente imagen fue tomada ese mismo día en el exterior del Hospital Pediátrico al finalizar el día de visita a las instalaciones del Hospital.



Figura 16: Entrada del Hospital Pediátrico Dr. Claudio Zin. De izquierda a derecha: Agostina Pazzi Pla y Paula Ramírez.

De los resultados obtenidos se pudieron obtener las siguientes conclusiones:

La primera pregunta realizada tuvo que ver con la satisfacción que los pacientes percibían del servicio de salud de Malvinas Argentinas. Observamos un 88% de satisfacción, y solo un 2% de pacientes insatisfechos, siendo este número un indicador de la excelente calidad de servicio que se brinda en el Hospital.

Satisfacción con el servicio de salud de Malvinas Argentinas

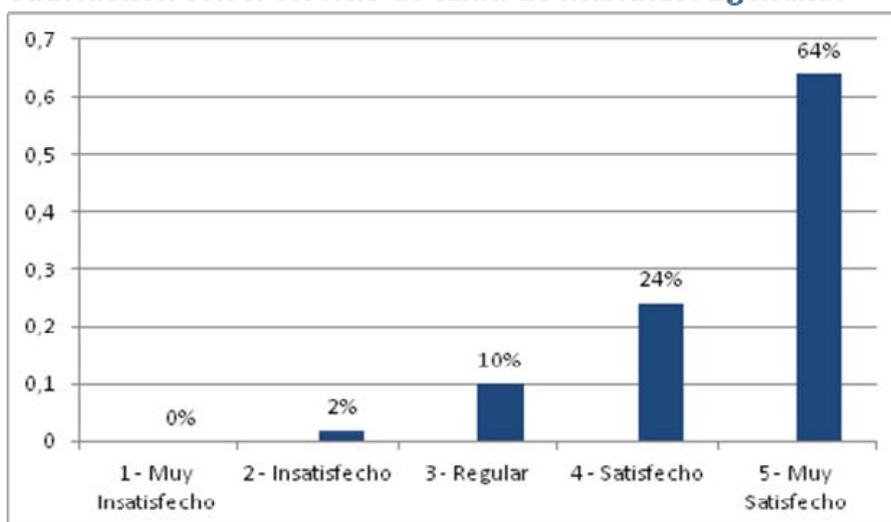


FIGURA 17

Fuente: Elaboración propia

Esto tiene que ver con aspectos relacionados con la calidad del servicio, tratados en el Marco Teórico como Calidad Total. En el mismo, Varo (1994) (Capítulo 2.1) explica que Calidad Total se refiere a todos aquellos aspectos como principios, métodos y recursos diseccionados a lograr la mayor satisfacción del cliente. En este caso podemos demostrar que el Hospital, gracias a la aplicación del modelo, esta avanzando hacia esta Calidad Total y lucha por poder brindar el mejor servicio que le sea posible.

La segunda pregunta se relacionó con el personal administrativo del Hospital. Se consultó con los pacientes sobre cómo había sido su experiencia en lo que respecta al trato recibido por parte de los individuos en la administración, cuya labor es la de recepción y orientación. Los resultados obtenidos fueron favorables, pero a decir verdad, no reflejaron la percepción real de los pacientes con respecto a los mismos, quienes en la parte de sugerencias/recomendaciones contradijeron su puntuación. Esto se verá con mayor profundidad luego.

En lo que respecta a esta pregunta específicamente, un 80% admitió estar satisfecho con la atención recibida, mientras que solo un 6% se mostró disconforme.

Trato por parte del personal de administración

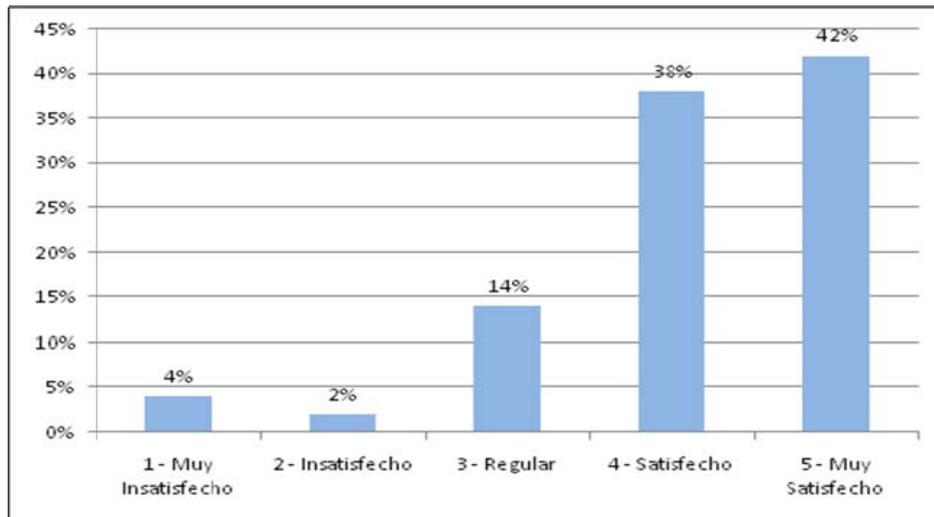


FIGURA 18

Fuente: Elaboración propia

A continuación se les indagó sobre la atención brindada por parte de los profesionales en salud. Al igual que en la pregunta realizada acerca del servicio de salud, un 88% de los encuestados admitió estar satisfecho con la calidad de los médicos con los que se atendieron, mientras que solamente un 2% se mostró disconforme. Estos últimos confesaron que su insatisfacción se debía a situaciones particulares, propias del funcionamiento público de salud.

Trato por el personal médico

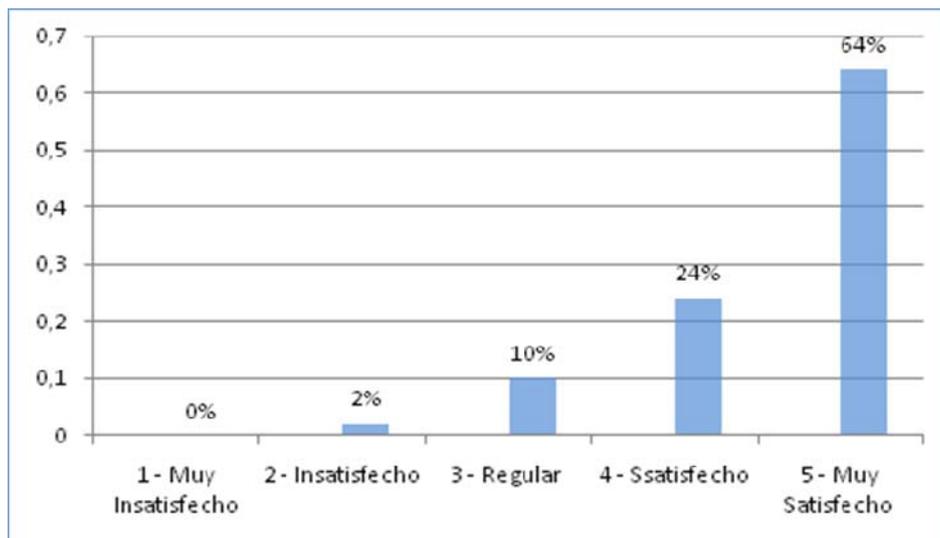


FIGURA 19

Fuente: Elaboración propia

Ambas preguntas realizadas se llevaron a cabo con el objetivo de testear la relación entre la calidad del Hospital y sus recursos humanos que, tal como especifican Aranguren y Rezzónico (1998) (Capítulo 2.5.2), son factores fundamentales para su buen desarrollo. Esto aplica tanto al personal médico como al administrativo. Podemos observar como la atención del personal afecta de modo directo con la satisfacción del paciente por lo que consideramos que Malvinas Argentinas cuenta con excelente personal médico, pero que posee algunas fallas en lo que hace a personal administrativo, a pesar de los buenos resultados de la encuestas y por motivos a desarrollar en breve.

Otro aspecto que consideramos clave analizar fue el del tiempo que los pacientes debían esperar para poder ser atendidos, dado que es uno de los factores más influyentes en clima que se vive dentro de la organización y posteriormente con los médicos. Además, contribuye a la satisfacción o no del paciente con la totalidad del servicio prestado.

A pesar de que un 46% de los encuestados afirmó que el tiempo de espera era elevado, los mismos sienten que es un factor propio del sistema de salud público y no ven posibilidades de cambio. Por otro lado, otro 46% admite que en su caso el tiempo de espera fue moderado y solamente un 8% que fue atendido rápidamente.

Tiempo de espera

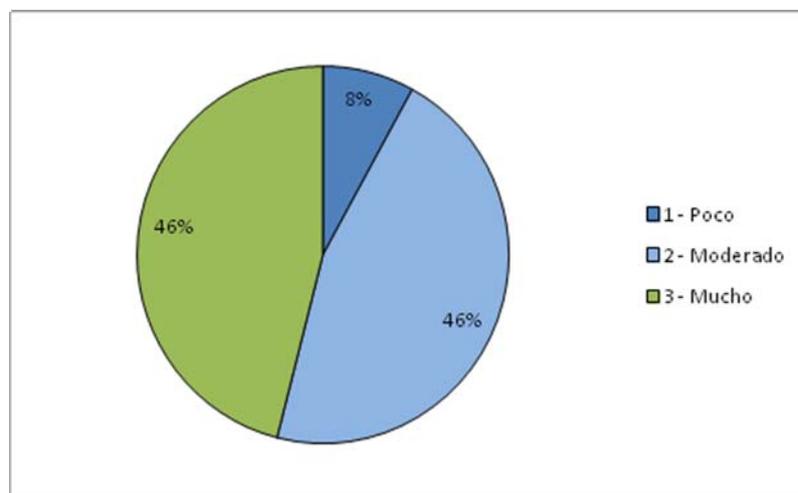


FIGURA 20

Fuente: Elaboración propia

Este punto tiene mucho que ver con lo analizado de procesos hospitalarios por Fernandez Crúa (2007) (Capítulo 3.5). Estos comprenden los recursos humanos, financieros, materiales, equipos y energía de la organización. Cuando hay un exceso de

demanda por la excelente atención que se brinda, muchas veces estos factores se encuentran saturados y se producen cuellos de botella. Hay que considerar siempre que el Hospital es público y dado sus recursos limitados hace lo imposible por brindar el mejor servicio a todos sus clientes.

Consideramos positivo el darle una oportunidad a los pacientes de expresar sus incomodidades a través de sugerencias o recomendaciones de mejora. Un 54% no propuso ninguna medida para la mejora.

Sugerencias/Recomendaciones de pacientes

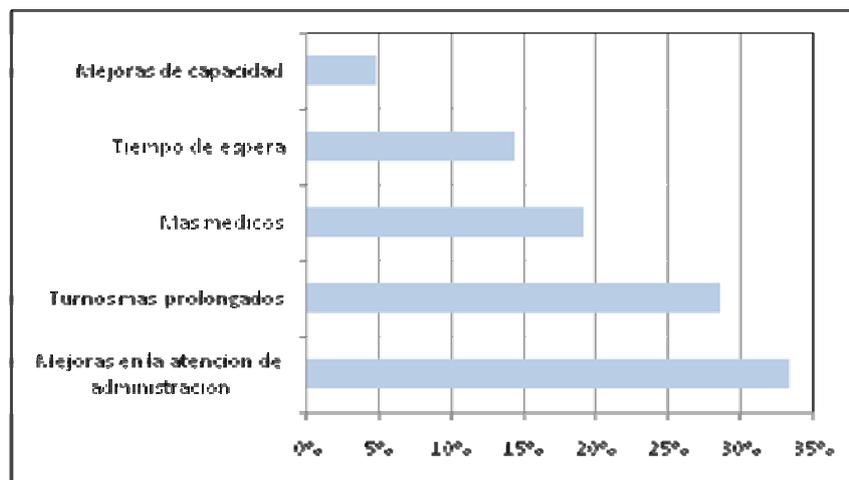


FIGURA 21

Fuente: Elaboración propia

Nos sorprendimos al darnos cuenta que la respuesta a la segunda pregunta sobre la atención del personal administrativo no reflejaba lo que los pacientes realmente pensaban sobre los mismos, dado que del 46% restante, el 30% expresó su malestar en lo que respecta a la atención del mismo.

Dentro de las sugerencias restantes se incluyeron aspectos como: mayor cantidad de médicos, mejoras en lo que hace a la programación de turnos, menores tiempos de espera, entre otras menos importantes.

3.4 – ANÁLISIS DE DOCUMENTOS

Como análisis de documentos, la Secretaría de Salud de Malvinas Argentinas nos ha proporcionado una serie de encuestas realizadas para evaluar la satisfacción de los pacientes internados en el Hospital de Trauma. Para desarrollar este análisis se tomó una muestra significativa de 70 encuestas para que pueda ser comparada con la realizada por el equipo.

De los encuestados, el 69% ingresó por motus propio y el 31% en ambulancia. En la mayor parte de los casos, los pacientes expresaron que habían entendido el diagnóstico y tratamiento brindado por lo médicos y calificaron el trato por parte de los enfermeros como Bueno y Muy Bueno, siendo estas las mayores puntuaciones existentes. Con respecto a la higiene del hospital al 94.3% le pareció adecuada.

Decidimos desarrollar particularmente aquellos aspectos de las encuestas realizadas por el Hospital que tenían relación directa con aquellos estudiados por el equipo al realizar las encuestas propias. Es allí donde pudimos ver los siguientes resultados.

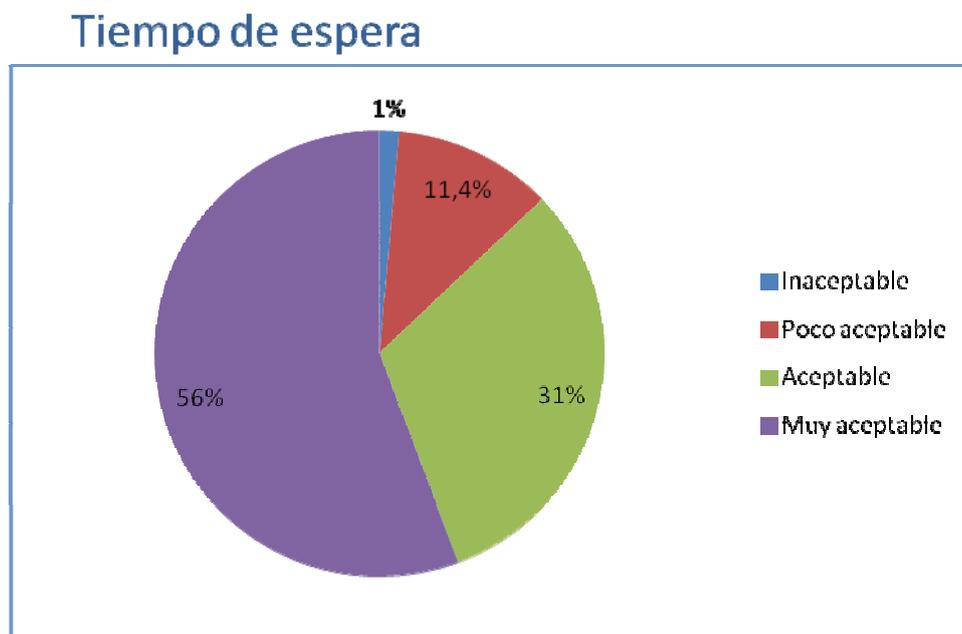


FIGURA 22

Fuente: Elaboración propia

Podemos observar que en las encuestas realizadas en lo que respecta al tiempo de espera, 87% consideró al mismo dentro de los parámetros aceptables para lo que es un Hospital, mientras que solamente un 13% estuvo insatisfecho con el mismo.

Satisfacción con el sistema de salud

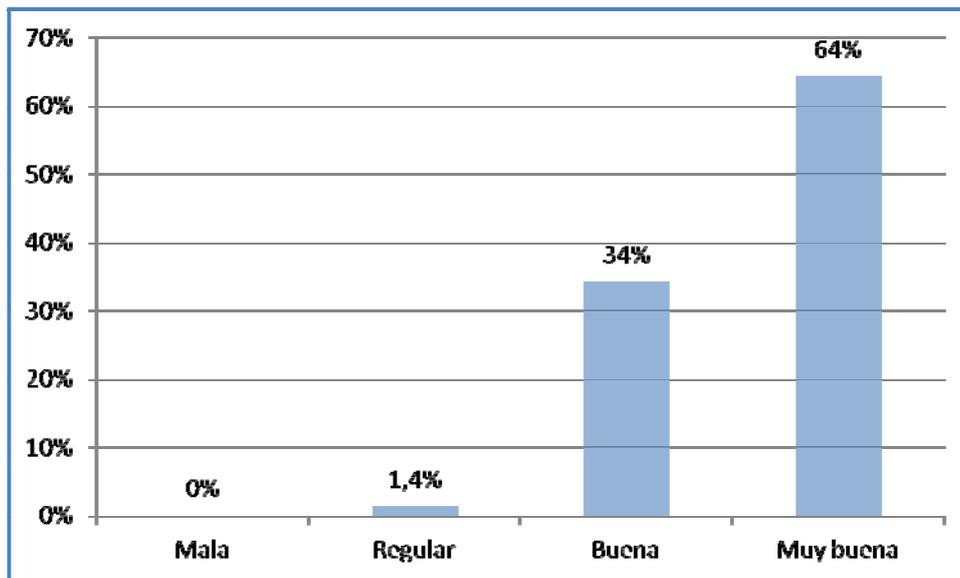


FIGURA 23

Fuente: Elaboración propia

En lo que hace al sistema de salud en general, la gente demostró estar conforme, con un 98% de pacientes que lo consideran como bueno, lo cual es un número muy positivo.

Atención por parte de los médicos

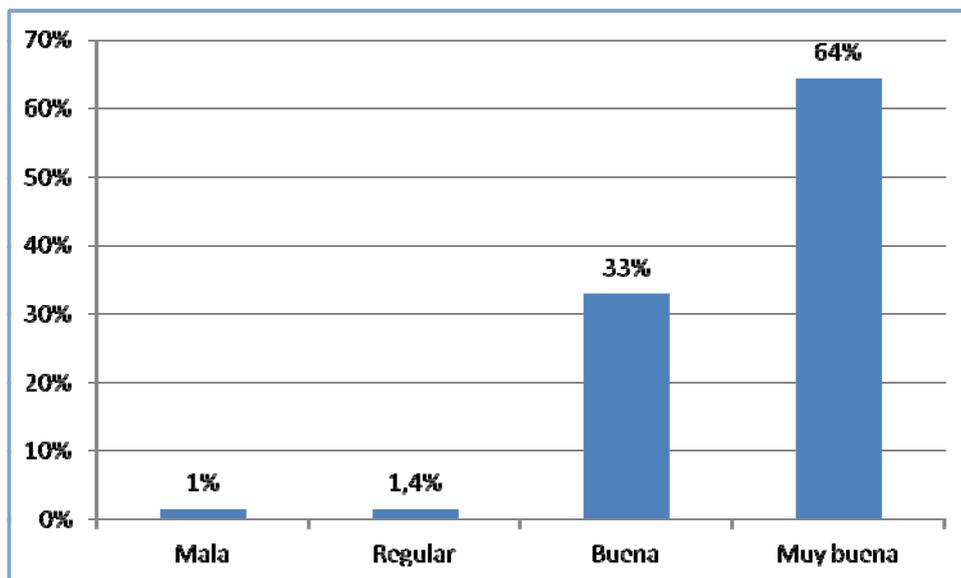


FIGURA 24

Fuente: Elaboración propia

Por último, pudimos analizar lo que los pacientes pensaron sobre la atención médica recibida. De esta evaluación, surgió que un total del 97% de los pacientes encuestados se encontraban satisfechos con la atención brindada, considerándola tanto buena como muy buena. Al ser solo un 3% que no coincidió con esta tendencia podemos asumir casos específicos de disconformidades que fueron mal manejadas, pero en general se percibe una atención muy buena por parte de éste personal.

En conclusión, las encuestas realizadas por el Hospital se pudieron comparar con las encuestas propias en aspectos fundamentales como el tiempo de espera, la satisfacción con el sistema de salud y la atención médica percibida. Excepto por el factor del tiempo de espera, los demás factores coincidieron considerablemente con el de las encuestas. La diferencia que encontramos con respecto al factor tiempo se debe a que el grupo de encuestados pertenece a personas internadas y el de nuestra encuesta, correspondía a individuos no solo de internación, sino también de la guardia y de consultorios.

CONCLUSIONES

Tomando en consideración todos los aspectos estudiados a lo largo de este trabajo, y tomando en cuenta nuestra pregunta de investigación, podemos concluir que la aplicación del Modelo Prestacional UDB/UDP en el Hospital de Malvinas Argentinas significó un cambio rotundo en lo que hace a los procesos que se llevaban a cabo.

Podemos afirmar que esta transformación en la operativa diaria de la organización fue considerablemente favorable dado que se logró una interrelación en los procesos que conllevó a una mejora sustancial en lo que respecta a calidad del servicio, mejoras tecnológicas, y fomentó un perfeccionamiento en la comunicación, tanto interna como externa a la comunicación.

En consecuencia, la evidencia empírica de este trabajo nos lleva a afirmar que nuestra hipótesis de investigación se valida, al considerar una mejoría sustancial en la interrelación de los procesos del Hospital a partir de la aplicación del modelo antes mencionado. A continuación, vamos a fundamentar esta afirmación.

Tanto en el estudio del caso como en las entrevistas realizadas a personas que participan a diario del proyecto, se ratificó que la problemática principal del sistema anterior era una falencia en el diagnóstico precoz. Esto producía que el paciente reincidiera con los mismos síntomas y muchas veces se produjeran muertes innecesarias, demostrando un grave problema en la calidad y en los procesos del Hospital.

Con la aplicación del Modelo Prestacional se subsanaron en gran medida estas falencias, y se pudieron observar un avance en tres áreas fundamentales: la comunicación, la calidad y la estructura hospitalaria.

En lo que respecta a la comunicación, aspecto que, según Newman (1980) en Varo (1994) (Capítulo 1.3), es el vehículo gracias al cual la organización se incorpora en su entorno y es el elemento esencial para el correcto funcionamiento de la empresa, pudimos analizar dos factores clave para el éxito: la comunicación interna y la externa.

A raíz de nuestra conversación con el Secretario de Salud de Malvinas Argentina, pudimos evidenciar una disminución en los conflictos internos entre los recursos humanos participantes del modelo, al aplicarse una comunicación interna más efectiva. Por otro lado, en relación con la comunicación externa, se identificó un incremento en el alcance de la información transmitida dado que los mismos miembros de la

organización actúan como emisores de los beneficios y avances del Hospital hacia la comunidad en general.

En relación a la calidad hospitalaria, a lo largo de este trabajo se identificaron conceptos clave que son indispensables a la hora de determinar su eficacia. Realizando un análisis del caso de estudio y de las entrevistas llevadas a cabo con el Dr. Caprotta y el Dr. Hugo Schwab, pudimos detectar que uno de los factores que se consiguió disminuir fue la mortalidad de los pacientes y las enfermedades críticas, logrando un diagnóstico preventivo eficaz.

Adicionalmente, se considera que hubo un incremento notable en el grado de cumplimiento de estándares preestablecidos por la gerencia, justificado por, además de la concreción efectiva del diagnóstico preventivo mencionado con anterioridad, por las opiniones de los pacientes, conformes con el servicio en general. De este modo, se logra intensificar la calidad brindada a la comunidad y por ende, aumentar de manera considerable la satisfacción global del paciente, que se ve reflejada en las preguntas realizadas por medio de encuestas propias y análisis de encuestas realizadas por la Secretaría de Salud.

El último aspecto a analizar tiene relación directa con la estructura hospitalaria. La informatización de historias clínicas; el hospital de salida, que es el último eslabón del proceso de atención; la adquisición de equipos de última generación, como puede ser el Robot Da Vinci y el tomógrafo, entre otros aspectos, constituyen lo que llamamos implementación de nuevas tecnologías a raíz del Modelo Prestacional. Esto es de fundamental importancia en el desarrollo de una estructura hospitalaria efectiva y en el desarrollo de un servicio de calidad máxima.

Gracias a estas nuevas tecnologías, y a la estructuración de los procesos, se logró disminuir el tiempo de duración de las operaciones y el tiempo de recuperación del paciente. Además, se agilizó la atención en general, sin embargo, tal como demostraron las encuestas realizadas a pacientes, esto no es suficiente, dado que los tiempos de espera, a pesar de mostrar una considerable mejoría, siguen siendo inaceptables por los usuarios.

La alta gerencia del Hospital es consciente de las falencias del Modelo actual. Es por ello que se encuentra constantemente proponiendo mejoras y nuevos proyectos para reducir la insatisfacción de sus pacientes. Entre ellas, podemos destacar la construcción de un

nuevo edificio que será dedicado en su mayoría al desarrollo eficaz del Modelo Prestacional UDB/UDP. De este modo, se reducirán en cierta medida los tiempos de espera, los usuarios se encontrarán en constante movimiento, haciendo las esperas menos prolongadas y se generará un flujo acertado de personas que permitirá optimizar los procesos.

Sin embargo, hay aspectos en los cuales se detectan falencias pero no plantean acciones correctivas inmediatas. Este es el caso de la ineficacia del personal administrativo a cargo de la recepción del Hospital. Al ser éste una institución muy profesionalizada, el personal administrativo no está comprometido con los procesos, por lo que muchas veces su atención es deficiente o desganada. Nuestro equipo propone algún tipo de capacitación para que entiendan cuál es su rol dentro de la institución y se comprometan con el mismo dado que, como sostiene Guo (2009) (Capítulo 1.3.1) una comunicación efectiva se correlaciona con las funciones de los mandos superiores para liderar, dirigir, planificar y organizar.

Otra sugerencia que pensamos podría llegar a optimizar el Modelo Prestacional sería la digitalizar un poco más los procesos y así aplicar mayores tecnologías de comunicación en aquellas herramientas o instrumentos de contacto entre el Hospital y sus pacientes. A pesar de que el Hospital ya desarrolla algunas de estas herramientas, como puede serlo la historia clínica computarizada, nuestra propuesta va más allá. Se refiere a una mejora en la comunicación del sistema como un todo mediante el uso de redes, con herramientas como recetas electrónicas y el desarrollo de bases de datos para poder obtener turnos y saber los resultados de análisis realizados. Una mejora tecnológica, según Aranguren y Rezzónico (1998) (Capítulo 2.5.1), siempre va a ser sinónimo de aumento en la calidad percibida por parte del paciente.

Para finalizar, podríamos destacar que aspectos como capacitación del personal, incentivos de compromiso con una causa más allá de su trabajo cotidiano, el establecimiento de metas a futuro y la formalización de procesos, que deberían ser conocidos por la totalidad de la organización, hacen a la mejora rotunda de la calidad hospitalaria en las instituciones públicas. Para llevar a cabo estas modificaciones no se necesitan grandes inversiones en dinero, sino tiempo, planificación a futuro y, principalmente, deseo de mejora. Teniendo eso en consideración, instituciones similares podrían ser capaces de cambiar en cierta medida sus estructuras y trabajar en pos de un mejoramiento continuo, solo depende de la voluntad de sus integrantes.

ANEXOS

ANEXO I

ENTREVISTA AL DR. HUGO SCHWAB – SECRETARIO DE SALUD DE MALVINAS ARGENTINAS

A: Que fue lo que te motivo para tomar la iniciativa de la implementación del Modelo UDB-UDP?

B: ¡Qué buena pregunta! ¿Qué fue lo que me motivo?

A: ¿O qué necesidad usted detectó?

B: Sigamos con la segunda pregunta, después te la contesto.

A: ¿Está todo relacionado igual con eso, por ejemplo, como hizo para concientizar al grupo?

B: Bueno, primero, hay que analizar para eso el proceso creativo de cómo se ocurren algunas cosas en la cabeza de las personas. Tiene que ver con una sensación de acoso. Es como si yo te dijera a vos, quiero que te pongas una mini falda, un par de tacos, un escote hasta el ombligo y te vayas a caminar por Pilar a las 3 de la mañana, no por Derky. ¿Como la ves? ¿Qué posibilidades tenés de sobrevivir?

A: Jajaja... No sé.

B: No, ¡es importante! En Derky, vos con una mini falda y un par de tacos de 12 cm, y un escote hasta acá (señala el ombligo).

A: Si sobrevivís, no te espera un buen futuro tampoco.

B: Eso es lo que pasa en el proceso creativo. Uno va detectando problemas o desventajas de situaciones que se van presentando, cotidianamente, en el transcurso de un sistema creado por uno mismo. Uno creó algo, con un montón de gente, eso comienza a tener vida y comienzan a aparecer problemas. Ante determinados problemas, uno tiene la necesidad de buscarle una solución. La solución generalmente, no es que uno va a un libro, y se encuentra con el libro y dice: Ahh bueno!!! Porque eso no está en el libro. Uno tiene que decir, bueno, ante este problema, ¿qué hago? Ahí surge el proceso creativo.

Cuando surge el proceso creativo, uno trata de encontrar, no solo la parte de acomodar el problema, sino poderlo hacer, con gente, con los recursos que tiene, con el dinero que cuenta. Porque a veces las ideas son fabulosas, pero son inviables, ya sea por el dinero o porque los que tenés al lado, son aparatos que no sirven, y decís: ¿qué voy a hacer con esto? Entonces, se te ocurre algo, por ejemplo, se me ocurre esto, que creo que va a resolver esto. Nosotros tenemos un problema muy serio, tu padre, que está en el departamento de calidad y de legales de todo este sistema, venía y decía: -Se me están muriendo tipos por una apendicitis que vinieron a una guardia y los mandaron a la casa. Volvió al otro día...- Entonces teníamos un problema grave, que era que teniendo todos los recursos, el paciente se nos moría igual. Un tomógrafo, un esto, un aquello, y el médico decía: -A ver la pancita... No es nada, váyase a su casa- Después teníamos un promedio de 18 horas de espera, entonces la gente nos puteaba, nos vivían puteando, te decían, es muy bueno el sistema de salud, muy lindos los hospitales, pero cuando podes llegar, porque si no, no llegas. Y después teníamos los médicos, que en ese quilombo de gente y desorden, se iban, no querían hacer más guardias, se rajaban, por eso se me ocurrió todo esto.

El punto de partida, un problema, y ahí uno dice: -¿Como arreglo esto?- Entonces ahí, uno empieza a crear una idea, que se enriquece. Vamos a la segunda pregunta, ¿cuál era?

A: ¿Como hiciste para contárselo a la gente, o sea, a los médicos, para concientizarlos, de que había que hacer el cambio?

B: Yo en ese aspecto, tengo mucha experiencia. Porque cuando uno tiene mucha plata, no hace falta convencer tanto, pero cuando uno no tiene plata, no queda otra que convencer a otros. Esto quiere decir, que la mejor forma, más allá de lo que dicen los libros, que vos tenés que capacitar y convencer, y que se agrupen en equipo, y todas esas cosas, lo cual es cierto, pero cuando viene uno que tiene la plata dice hace esto porque si no te echo, no convencen a nadie, no les importa nadie. En el caso de que eso no está, uno tiene que coparticipar con todos, pero también hay un elemento antes de eso.

La gente cree que uno sabe de todo, eso no es cierto. La realidad es que uno, sabe de muchas cosas en general, de algunas cosas no sabe nada, y de otras algo. Pero cuando hay mucha gente en un equipo, seguro que todos de algo saben y mucho. Yo genero la

idea, después la vuelco como disparador en una reunión, en esas reuniones de 10-15-20 personas, se produce como una lluvia de ideas y a partir de ahí, surgen millones de planteos, y de esos planteos tomo lo que me sirve y de ahí pulo la idea. ¿Entienden? No sé si está claro.

A: Si, entendemos. ¡Está muy claro!

B: No se si está claro, por ahí suena diferente, no soy una especie de Miguel Ángel creativo.

A: También, a raíz de que se toman en cuenta sus ideas, la gente se siente motivada tal vez.

B: Si, eso es cierto. También se genera una reacción, la tendencia siempre es que muchos, como no se les ocurre la idea, porque no tienen el problema, no tienen que sentar el culo para resolverlo, cuando viene una idea, como no se les ocurrió generalmente tienden a decir que es una mierda.

A: Claro...

B: Es decir, por un lado, está lo que vos decís...

A: Eso es con maldad

B: No, miseria humana, no son todos malos, a veces algunos son medio locos. Hay gente que, no sé, siempre te va a poner palos en la rueda, no te tiene que importar eso, porque vos acordate que estas en Derky con la mini falda, tacos de 12 cm y el escote hasta el pupo, pero acordate de eso, porque ese es el día que estas muerta sino, vienen cinco negros y fuiste. Entonces, vos tenés que sobrevivir, no sé, que vas a hacer, te vas a tapar, te vas a esconder, te vas a meter en una alcantarilla, te vas a meter atrás de un arbusto, te vas a poner no sé, un trapo encima que conseguiste, que se yo que vas a hacer, pero tenés que sobrevivir.

A: ¿Qué dificultades encontraste en el camino, en la implementación?

B: Todo. Bueno ahí, hay que tener en cuenta otra cosa. Todo proceso nuevo está plagado de innumerables problemas, porque no hay experiencia.

A: Claro, es algo totalmente nuevo.

B: Es nuevo, entonces vos que haces, tiras la bomba ahí. Entonces digo yo, vamos a hacer esto de UDB-UDP y todo lo demás. Como uno no tiene la experiencia hecha, no

tiene que tener miedo, porque si tiene miedo, no lo hace. Hay mucha gente que dice: - No, no, esto puede ser malo, no, no, esto pará- el “no, no” en esto no se puede aplicar, uno se tiene que arriesgar y no tener miedo, y arriesgar a los resultados que sabe que en la primera etapa no son los deseables. Entonces cuales son los primeros problemas, convencer a una estructura de 3 mil personas como base. Bueno, eso es un quilombo. Porque vos los agarras a los jefes, y les explicas. Algunos le explican, y como está el teléfono descompuesto. Empieza acá, uno dice blanco y termina siendo azul. Entonces vos decís, pero boludo yo te dije esto, esto y esto, no esto. Eso te lleva a que generalmente yo diría el problema más serio de la implementación está en la interpretación de la idea, que la gente interprete el tema. Interpretar no es lo mismo que escuchar, porque la interpretación es parte del individuo, escuchar algo, estas escuchando todo, pero después vos vas escribís y decís yo interpreté este negro o no se cualquier otra cosa, pero yo no te dije eso, si vos me dijiste esto. Entonces la interpretación tiene que ver, la interpretación tiene que ver con el individuo y con su momento especial. Si ese día se fue de joda con una mina, esta bárbaro. Si tu abuela, esta bárbaro; si, no se... que se yo. Si comió milanesas, está contento. Si le salieron pelos en las patas, está enojada porque le salieron pelos.

La gente no interpreta todo igual. Es decir que la primera idea, que es la interpretación de esa idea, uno tiene que repetirla cuatrocientas millones de veces hasta que note que más o menos entre un 60% y un 70% de los que están sentados, lograron entenderla. Si lo logra el 100% yo diría que estas cerca de Dios, por lo cual ni te quedes acá ya te digo, estás cerca del cielo. Más o menos un poquito más de la mitad, porque, porque ya con más del 50% vos ya tenés auditores en el terreno, donde uno le dice al otro: - No, boludo! No era así eso. ¡Era así lo que tenías que hacer! ¡No! ¿Qué estás haciendo?- Es decir, que ese auditor en terreno, acompaña el proceso de la idea, y después vos le ordenas a esos que bajen la idea. 90% de las veces, no la van a bajar. – ¡Uy porque justo llegue y me llamo el portero que tenía este problema y me olvide de decirle, y ahora el médico se fue, y mañana lo siento! Y los que vos crees que son tus mejores alfiles son los que menos transmiten, así que no le creas nada que van a transmitir, porque en general no transmiten nada, y aquellos que transmiten no lo pueden hacer a todos, entonces lo hacen a un pedacito, algunos saben otros no saben. Ese proceso de transmisión vos le tenés que calcular que esa idea va a tardar de seis meses a un año en

que la sepan todos, y que ese lenguaje sea incorporado ya institucionalmente por todos. ¿Está?

A: ¡Sí! Después, la última... Bueno a partir del que está ya hecho, que otras medidas tenés pensadas para el futuro, proyectadas para un futuro, que otros cambios pensás que pueden llegar a haber a largo plazo.

B: Y uno... El actual modelo de UDP y básico y todo eso, tiene serios problemas de arquitectura, es decir, el flujo del paciente está detenido no es unidireccional. Recién venía para verlas a ustedes, y venía con la Directora, y una camilla sale y venía de la UDP a la UDB. Nunca tiene que ir a la UDP, es decir, sale de UDB a la UDP, y termina en Hospital de Salida, y nunca puede volver hacia atrás, salvo que el Hospital de Salida diga que este tipo no se tiene que ir, tiene que comenzar el ciclo nuevo desde UDP, que es lo hace. Pero de esta a esta nunca puede ir, entonces que pasa ahí, Dios sabe. Entonces una de las posibilidades es ponerle los serruchos que ponen en la Panamericana, no hay posibilidades de volver hacia atrás. Vieron que ponen para las motos, entonces que hay, entonces le dice: -¿Quiere volver? No, no puede volver, no puede porque mire, está el serrucho, yo no puedo. Entonces, ¿qué hago? Y no sé, llame a la Directora- Y el que le sigue a la Directora, ¿qué hace? Es decir, la arquitectura mejora los flujos, de las mentes no del paciente. Segundo elemento, hay que, una palabra que a él (Dr. Pazzi Pla) le gusta mucho, al trabajar en calidad, el trabaja en procesos. El proceso si no está preparado desde un ámbito de sistemática, no hay proceso. Es una función de todos los días, y cuando crean todos acá esto es un caos. Entonces que hace calidad, realmente hace auditoría de los procesos. Acá está faltando la sistematización, que son los algoritmos que se denominan, por patología. Que permita, usted entró con tos, tiene que hacerse esto, esto y esto... ¿No se hizo esto? Tiene que hacer esto. Es decir, ya aplicar mucho mas sistemática a todo el proceso, para que sea una línea continua, como una fábrica de General Motors, o de Ford, lo mismo, nada más que en salud. Después, el criterio esta en porque se hace esto. Bueno, nosotros tenemos setenta y siete hospitales provinciales, esto tiene capacidad para atender a un millón de personas. Lo que quiere decir, que hay catorce o quince millones de personas, quiere decir que, se pueden poner quince de estos y cerrar setenta y siete hospitales. Es decir, esto es un modelo para, de ahí salen hospitales paliativos, salen hospitales de segundo nivel tipo hoteles o salen domiciliarios. Eso que hace, que cuando sale el domiciliario va a la casa y gasta el tipo, yo le doy el remedio a una enfermera, un medico cada tanto

y se acabo. Cuando va un paliativo, yo ya sé que es un cáncer terminal, no jodas más con eso, el médico siempre tiene la tendencia de volverlo a estudiar. ¡No gastes más, porque este se muere! Igual le va a pedir cosas, le va a querer poner cosas. Y el que va al hospital de segundo nivel, es un hospital que tiene la decisión de tratamiento no de diagnóstico, entonces tampoco tiene que pedir nada. Lo único que tiene que hacer es convalidar el tratamiento y que ese tratamiento sea terminado. ¿Se entiende hasta acá?

A: Si si si.

B: ¡Muy bien! Eso que haría, que los médicos caros están en las UDP, los médicos menos caros o más baratos están en el segundo nivel, y los médicos más baratos todavía están en el paliativo. Acá tengo presencia alta médica, acá tengo mucha enfermería y acá no tengo enfermeras. Entonces, ¿qué estás haciendo? Estás segmentando el gasto, acorde al paciente. ¿Qué pasa en los hospitales tradicionales? No pasa eso, no se toma en cuenta al paciente, se toma en cuenta el hospital. Necesitas tantas enfermeras por sala, necesito tantos médicos por guardia, nunca está presente el paciente. Y cada paciente es diferente, no es lo mismo un paliativo que necesita que los cuidados básicos para que no se encare, que un tipo agudo que lo están por operar del corazón porque si no se muere. Ese concepto del gasto es importante, baja sustancialmente el costo. Por ejemplo, en la anestesia. Entonces, en vez de tener 1.2 cirugías por guardias en todos los hospitales provinciales, vas a tener entre siete y diez cirugías. Quiere decir, que la optimización de un agudo va siete veces de lo que va actualmente, y eso hace que se necesite menos anestesia. Pero también va a pasar otra cosa, como esto que está un agudo y un programado en la unidad de diagnostico. ¿Qué pasa? Ese concepto hace que acá este el agudo y acá el programado. Que el agudo, es el que te dije, el que viene a punto de morir; pero este, viene porque tiene tos, que tiene 56 años y fuma hace 30 años. Entonces qué pasa con eso, bueno aquel dejo de fumar porque tenía ronquera, la voz ronca, pero de la cabeza está re quemado. Este programado va a ingresar por acá, y va a salir por acá terminado. ¿Qué quiere decir eso? Que el médico no va a la opción de decir, hágase ecografía, tomografía, placa, y análisis. En el momento le van a hacer todo, y como es fumador, y tiene 56 años, van a decir este tipo ¿qué posibilidades tiene de desarrollar esta enfermedad a esta edad? Puede ser un cáncer de próstata, y puede tener un cáncer de pulmón, hacele la placa. ¿Y qué más puede tener? Y bueno, puede tener un problema cardíaco, bueno hacele el electro. Yo vine por la toz dice el tipo. Si si si, pero aparte de la toz, podes tener otras enfermedades, te hacemos la prevención. Eso que

hace, que al final de la película, tomamos los canceres, las cardiopatías, las diabetes, todas las patologías en vez de tomarlas en la complicación, las tomamos antes. Si nosotros las tomamos antes, hay menos secuelas, y si hay menos secuelas hay mayor productividad laboral, y si hay mayor productividad laboral uno de los índices de productividad del país, es la salud preventiva. ¿Se entiende? Eso que hace, bueno que en definitiva la UDP sea eso, tratar de prevenir y de que estos pacientes que están dando vueltas por setenta y siete hospitales, tengan catorce, quince o veinte, y se les resuelva el cien por cien en uno. Paralelamente a esto, en un hospital, el tránsito como vieron acá, es enorme. Pasa siempre lo mismo. Pasa esto, mira, en un hospital tradicional pasa esto. Todos los pacientes llegan acá, y los médicos andan por acá. Entonces cuando tiene que venir de acá a acá a ver al paciente, camina todo esto. En la UDP que es esto, que tiene 160 metros de largo, y esto tiene 60 metros. El médico se desarrolla acá, y el paciente deambula por acá. Entonces, esto al final del día sobre mil médicos, son miles de horas médicas que se ahorraron en tan solo caminar. Entonces, a la vez el paciente cuando camina, ¿qué está haciendo? ejercicio. Ya comenzó su etapa preventiva con ejercicio. Y por otro lado, si vamos a Disney. ¿Me paran en una cola, o me hacen caminar en la cola? Por lo general en las colas son así, empezás a caminar de a poquito. ¿Por qué hacen eso? Porque hombre que se mueve, no rompe las bolas. Todo esto que camine, porque si camina, no están esperando. Si no, si están esperando están más tranquilos, y van pensando. Y como tienen dos cuerdas, tienen para caminar. Por otro lado, como es curvo, si yo lo hago recto, todos se juntan acá, se chocan, se huelen, hay olores feos, ¿y qué dicen? Que es una mierda. Pero si esto es así, el que está acá, no lo ve al de acá, y no lo toca ni lo huele. Quiere decir que la condición de moverse es fundamental.

A: ¿Cuáles son las ventajas del sistema?

B: Las ventajas son: la caída de la mortalidad, el aumento de la velocidad de atención, la calidad prestacional, la posibilidad de que lo llamen por teléfono las 24 hs y le pregunte si está bien o está mal, disminución de la cantidad de juicios, cirugías más rápido en tiempo y forma en el laburo. Digamos, que más, baja de conflicto de peleas y de quilombo, este sistema mejora sustancialmente al anterior. Lejos de darle todavía la calidad prestacional que yo planteo, muy lejos, porque falta muchísimo de sistemas, de sistematización, de algoritmos, y de estructura. Estuvo la gente del Austral, y los mande a hacer un curso con la Austral, médicos y todo eso. Presentaron esto como uno de los trabajos que tenían que hacer, y son veinte de acá y veinte de la Austral, que hacen un

curso de calidad y de gestión, y hubo algunos planteos que me parecieron muy piolas. ¿Cuál es uno de los planteos? Ellos quieren ponerle una bata, puede ser cualquier cosa, un gorro si querés. Una cosa así, o una cosa así, que le calce ahí al paciente. Entonces ese paciente tiene rojo, amarillo, verde y azul. Cosa que el médico en la UDP automáticamente mire así y dice esto, estos son los graves, y dame estos dos primero. El otro de azul, no deja ese negro que yo después lo atiendo. Dentro de la UDP ya que permita rápidamente detectar. Vos te reís, pero sabes lo que son mil tipos, que nadie sabe qué carajo tienen, uno se está muriendo y el otro boludo necesita un yeso, no tiene nada que ver y pasa. Si nosotros logramos, por ejemplo, ese del caso. Pero también lograr el sistema, porque dentro del sistema que nosotros tenemos, nombre del paciente, nombre del médico, quien lo toca, quien lo dejo, y donde espero y porque espero; nosotros podemos ir a cubrir rayos, laboratorio o el médico estar boludeando. Es decir, que la individualización y la nominación del paciente y del médico son fundamentales para mejorar la calidad, eso todavía no está.

A: ¿Tienen muchos médicos de afuera?

B: De afuera, ¿rotando o extranjeros?

A: Sí, extranjeros.

B: No, creo que llega al 5%, menos, el 2%. ¿Por qué decís vos?

A: No, porque hoy estaba hablando con una señora que me dijo que siempre que vino le atendió un médico de afuera.

B: ¿Por las encuestas decís vos? ¿Y los resultados?

A: Caminamos por todo alrededor, porque la gente por ahí es la misma, entonces vamos cambiando. Los médicos muy bien, muy queridos. Pusimos un puntaje del 1 al 5 y la mayoría respondió con 5. El problema fue con la administración, dicen que no saben indicarlos, que los tratan mal, que les responden las preguntas mal, que no están bien capacitados, y no tienen ganas de trabajar.

B: Totalmente cierto. Porque ahí hay un segundo problema, fuera del proceso de capacitación, el personal que está a cargo de atención al público debería ser rotado semanalmente, porque después de un mes se te queman. Y después hay muy baja calidad educativa y nivel socio cultural también. Voy a hacer un planteo de esto que es importante. La residencia no médica acá está orientada a sacar chicos de la calle e

incorporarlos a la estructura, que se formen y largarlos de vuelta. Es decir, el segundo concepto fuerte que tienen en vez de ser hospital escuela, transformar en escuela hospital. Que no sea esto un hospital escuela de formación médica solamente sino sea una escuela hospital, la formación de la población en general. Eso trae algunas ventajas comparativas, estamos ahora en otros tiempos, pero está bueno meterse. Cuando ustedes tienen un nivel de complejidad tan elevado, que sería como poner en Derky la NASA; no entienden una goma, vienen acá y se creen que hacer una tomografía es lo mismo que tirarse un pedo. Entonces es una queja constante por boludeces cuando no son conscientes de todo lo que se les está dando, que en otros lados no se les va a dar. Por ejemplo, vos vivís en Pilar, vos vivís en Pilar, yo vivo en Pilar y el vive en Pilar, te pasa algo, ¿vas a tener esta accesibilidad? No, ni pública ni privada. Vos podés vivir rodeada de shoppings muy lindos y muy fashion, pero tenés una muy mala calidad de vida porque no tenés acceso a la salud. Acá pueden no tener lo fashion de Pilar, pero tienen un acceso directo a la máxima complejidad en salud, y a un muy buen nivel médico. Entonces qué pasa, de este concepto el de escuela hospital, incorpora grandes cantidades de pendejos de la zona. Esos pendejos, que hacen, van a la casa; cuando van a la casa que cuentan, todo lo que vieron acá. Y cuando el padre, la madre o el perro dicen una boludes, que les dice el pendejo, no mamá estás equivocada, es así, hay trabajo, hay esto, esto, hicieron esto, es decir, que también disminuye brutalmente esa enorme brecha entre la NASA y Derky, y hace que el nene empiece a pensar un poquito más elaborado. Piénsenlo, porque ustedes van a trabajar en lugares con este tipo de población. ¿Cuánto es este tipo de población en el país? Más del 70%, es decir que ustedes se tienen que preparar para este. Porque si se preparan para el otro, no hay mercado. Entonces, si piensan en eso, miren, acuérdense de esto: Provincia de Buenos Aires, Ciudad de Buenos Aires. Esta es la porción de demanda que hay, y estas son la cantidad de efectores públicos y privados de calidad que hay, muy difícil no acceder, pero muy difícil competir. Provincia de Buenos Aires, estos son los efectores de calidad que hay y esto es la masa total, no hay competitividad, y no se puede acceder. Es decir, acá hay mercado y acá no hay mercado. Donde están todas las clínicas más importantes, en la Ciudad de Buenos Aires. Cuando empezó a cambiar eso, en los últimos diez años, empezaron a proponerse ya. Vino la Austral, empezó a decir para porque si nos quedamos acá y acá tenemos que competir con este, y no hay gente y la gente está en la loma del orto, entonces decidieron venir para acá. Por otro lado, como el 70% de esto, o no tienen cobertura o la cobertura es insuficiente o la obra social no tiene contrato, todos

estos se comportan como indigentes, es decir, sin cobertura. Entonces acá tenemos de vuelta la misma historia. Efector privado, hay muchos efectores privados y pocos que paguen. En esto, muchos pacientes que paguen, y pocos efectores públicos. Quiere decir que quien descubra como cobrarles a los indigentes, crece al 30% por año. Entonces próxima tesis que ustedes tendrían que hacer es ver cuánto creció en 16 años el modelo de salud, y van a ver que creció el 30% por año. Que son tres veces las tasas chinas, quiere decir que acá está viendo un modelo de desarrollo y crecimiento tres veces al de China. Crece, crece, crece y para crecer hace falta plata. Si no tienen plata no tienen nada. Quiere decir que el mercado este es muy importante, porque nosotros descubrimos como cobrarles a los indigentes, quiere decir que las leyes de alguna manera, por participación y demás, permiten el cobro. Eso que hizo, desarrollar exponencialmente. Entonces es una cuestión que Malvinas Argentinas pone plata para esto, no, el costo es cero. Porque, este es el gasto de salud, al principio es carísimo y después hace una meseta y hay lento crecimiento. ¿Entienden? Y la demanda es así. Que quiere decir esto, miren, acá mucho gasto y baja atención. Acá mucha atención, y bajo gasto. Entonces cuando uno ve esto, que es la curva de inflexión. ¿Cuál es el costo de salud? Cero, porque mas crezco menos gasto. Mira lo que pasa, entonces todos dicen ustedes se van a fundir, y no, cuando mas crecemos mejor nos va a ir. No es boludes, porque ustedes acá van a encontrar un modelo virtuoso de gasto y producción. Entonces eso que hace, a medida que ustedes vayan avanzando, ¿importa el sueldo del individuo? No porque a los seis meses va a tener el doble del trabajo inexorablemente, si hoy se pasaron de la línea, mañana va a ser más barato, porque el mínimo crecimiento lo va absorbiendo al individuo. De hecho cuando se analiza cuanto se gasta acá en la administración general de todo este quilombo es 1.4%, nada no existe. Si recorren el hospital, ¿qué van a descubrir? Que no hay áreas administrativas. Hospital tradicional 30% áreas administrativas. 5% de área administrativa en esto, todo orientado al paciente, entonces que es una maquina de producción. Produce, produce, produce.

ANEXO II

ENTREVISTA AL DR. FEDERICO A. PAZZI PLA

Entrevista al Dr. Federico Pazzi Pla

1) ¿A partir de qué momento del proyecto paso usted a formar parte del mismo? (si estuvo desde el principio o se incorporo después)

Forme parte del proyecto desde el inicio y participe en la implementación del mismo elaborando los procesos necesarios para la correcta puesta en marcha del nuevo modelo prestacional.

2) ¿Cuál fue su participación dentro del mismo? (Tareas, cargo, función, etc.)

Fui designado como coordinador del Hospital de Salida que es el último eslabón en la cadena de atención, se elaboraron las diferentes guías de atención, las encuestas personales y telefónicas, la historia clínica informatizada, etc.

3) ¿Como vivió la incorporación del modelo en lo que respecta al cambio en actitud del personal, la mejora en los procesos, entre otros aspectos?

Como todo cambio, hubo resistencia en algunos niveles sobre todo en el área médica, pero poco en poco fueron viendo las ventajas del nuevo sistema y se sumaron al mismo.

4) En su opinión, ¿cuáles fueron las mayores dificultades de la implementación?

Las mayores dificultades en la implementación estuvieron fundadas en los diferentes procesos administrativos que debieron cumplimentar el personal y la correcta información a los familiares de los pacientes que se encontraban en las diferentes UDP.

5) ¿Qué le faltaría al proyecto y como ve la implementación de dichas faltantes?

El sistema actual funciona bastante bien pero cuando se inaugure el edificio frente al Hospital de Trauma y la cantidad de pacientes por lo menos se despliegue, necesitará un esfuerzo mayor y un incremento significativo del recurso humano.

6) Del 1 al 10 ¿cómo siente que han logrado cumplir con respecto a lo proyectado?

Actualmente siete partes tratando de mejorar día a día.

ANEXO III

ENTREVISTA AL DR. CARLOS A. KAMBOURIAN

1) Usted, que forma parte de quienes participan diariamente del contacto con los pacientes, con las autoridades, y viven la estructura de la institución, ¿Como siente el antes, el durante y el después en esta transformación?

Habiendo sido residente de este sistema en al año 1997 y habiendo vivido toda la transformación no tengo dudas que el sistema de salud en el pasado tenia enormes falencias, pero funcionaba con la misma energía que en la actualidad. El recurso humano siempre fue pilar fundamental del pasado y creo será también del futuro. En aquella época solo contábamos con un hospital con un deterioro edilicio importantísimo y el polo sanitario que contaba con métodos diagnosticos antiguos. Actualmente nos encontramos atravesando una etapa mas de transformación, vivida muy enérgicamente y plantados de otra manera frente a la población y a las autoridades nacionales. Recuerdo que cuando era residente y tenia que ir con un paciente a una interconsulta a otra institución, la primera pregunta cuando decía que era del hospital de Malvinas Argentinas, la pregunta que seguía era 'donde queda eso?'. Hoy ya no sucede y ya convertidos en centro referencial somos vistos de otra manera. En el futuro imagino replicando este sistema en diferentes partes del país, teniendo el mismo éxito que en Malvinas Argentinas.

2) ¿Dónde ve las principales falencias y donde los principales logros?

Son muchas las falencias que tenemos en nuestro sistema, que surgen del constante hacer. Podria decir que una de las mas importantes es la comunicación, que no logra aun poder ser del todo efectiva. Actualmente se esta haciendo un enorme trabajo en ello, formando a los profesionales y a los no profesionales en comunicación verbal y no verbal. Los logros mas importantes se ven en la incorporación tecnológica dentro del sistema y en el trabajo intenso en la selección del recurso humano.

3) Si usted tuviese poder decisorio, ¿que modificaciones realizaría para mejorar aún más este cambio?

Profundizaría el modelo actual, mejorando las vías de comunicación.

4) ¿Cómo se siente el hecho de ser parte de este proyecto?

Muy orgulloso sobre todo por haberlo vivido en toda su extensión.

ANEXO IV

ENTREVISTA AL DR. GUSTAVO CAPROTTA

1) Usted, que forma parte de quienes participan diariamente del contacto con los pacientes, con las autoridades, y viven la estructura de la institución, ¿Como siente el antes, el durante y el después en esta transformación?

Antes: contábamos con un modelo clásico de guardia externa que no respondía totalmente las necesidades reales de los pacientes. Especialmente en el área de adultos, si bien los mismos resolvían su patología aguda en la guardia, volvían numerosas veces a consultar por algún síntoma, que finalmente terminaba internándose y se diagnosticaba alguna enfermedad de base tardíamente. La Secretaría de Salud impulsó este nuevo modelo para poder realizar todos los estudios necesarios cuando el paciente consulta y poder llegar con un síntoma pero irse con un diagnóstico.

Durante: Fue un poco difícil de implementar y aún hoy seguimos realizando reuniones de ajuste porque es difícil cambiar la forma de pensar del médico de guardia tradicional y poner el énfasis en el diagnóstico precoz. Inclusive fue necesario implementar un sistema de monitoreo continuo con subdirectores nocturnos y de fin de semana que velen por el correcto funcionamiento del modelo prestacional. Además se implementó un “Hospital de Salida” que controla la salida inmediata de los pacientes y al día siguiente del alta realiza un control de calidad percibida por el usuario en forma telefónica y en algunas oportunidades yendo a su domicilio cuando esto es necesario.

Después: creo que el después aún no llegó, seguimos perfeccionando el modelo diariamente. Creo que el después estará necesariamente vinculado con la futura implementación en otros sistemas de salud inicialmente de la provincia de Buenos Aires y porque no de la Nación.

2) ¿Dónde ve las principales falencias y donde los principales logros?

Falencias: Si bien el recurso humano fue adecuadamente capacitado en las etapas iniciales la educación continua y el continuo monitoreo son imprescindibles porque se tiende a incumplir los procesos y eso va en contra del éxito del modelo. Además todavía queda mucho por trabajar por ejemplo en el soporte informático y en los tiempos de atención.

Logros: El principal logro es mantenernos creativos y alertas a las verdaderas necesidades de los pacientes. Otro logro es el trabajo que indispensablemente tiene que ser de equipo dejando de lado el modelo médico hegemónico, aquí todos los eslabones de la cadena son importantes: médicos, enfermeros, camilleros, maestranzas, seguridad, mucamas, cocina, farmacia, directivos, residentes, administrativos. No manda uno y todos los demás obedecen sino que se articulan para darle fluidez al circuito que debe realizar el paciente para atravesar la puerta de salida con su problema resuelto, evitando las demoras de turnos y burocracias de los sistemas tradicionales.

3) Si usted tuviese poder decisorio, ¿que modificaciones realizaría para mejorar aún más este cambio?

Estamos continuamente alertas a las falencias del sistema y las mejoras posibles. Nos reunimos con regularidad tanto con los subdirectores nocturnos como con los directivos de los hospitales y de la Secretaría de Salud. Son muchas las mejoras que admite el sistema pero la implementación de las mismas deben ser costo efectivas. Creo que deberíamos trabajar para evitar la alta rotación del personal que tenemos, especialmente en áreas administrativas y en algunos sectores quizás podríamos incorporar mas personal pero eso tendría un impacto económico importante y terminaría yendo en contra del modelo. El modelo informático aún es muy perfectible y creo que una historia clínica unificada y totalmente informatizada sería de gran ayuda. Es difícil y hay mucho por hacer en un contexto nacional y provincial bastante complejo.

4) ¿Cómo se siente el hecho de ser parte de este proyecto?

Siento un gran orgullo de trabajar en Malvinas Argentinas en general y de participar en este nuevo modelo prestacional en particular. Me siento un privilegiado al poder participar de esta nueva mirada de la atención en un país que hitóricamente tiene una gran salud pública que últimamente está muy dejada de lado por nuestros gobernantes. Nuestro municipio es una honrosa excepción y sigue invirtiendo e innovando en salud pública. Como parte de mi capacitación continua he sido enviado por el Municipio de Malvinas Argentinas a comparar diversos modelos prestacionales en países muy diferentes (Rusia, EEUU, Londres, Francia) y a realizar cursos de posgrado en la dirección de hospitales y he observado que nuestro país tiene un gran potencial y deseo profundamente que modelos innovadores y modernos puedan empezar a implementarse en toda la Nación para dar cobertura real a todos los compatriotas sin excepción.

ANEXO V

PLANOS DEL NUEVO EDIFICIO

Como ya se mencionó a lo largo de este trabajo de investigación, se está en proceso de construcción de un edificio que será dedicado exclusivamente al desarrollo del Modelo Prestacional UDB/UDP.

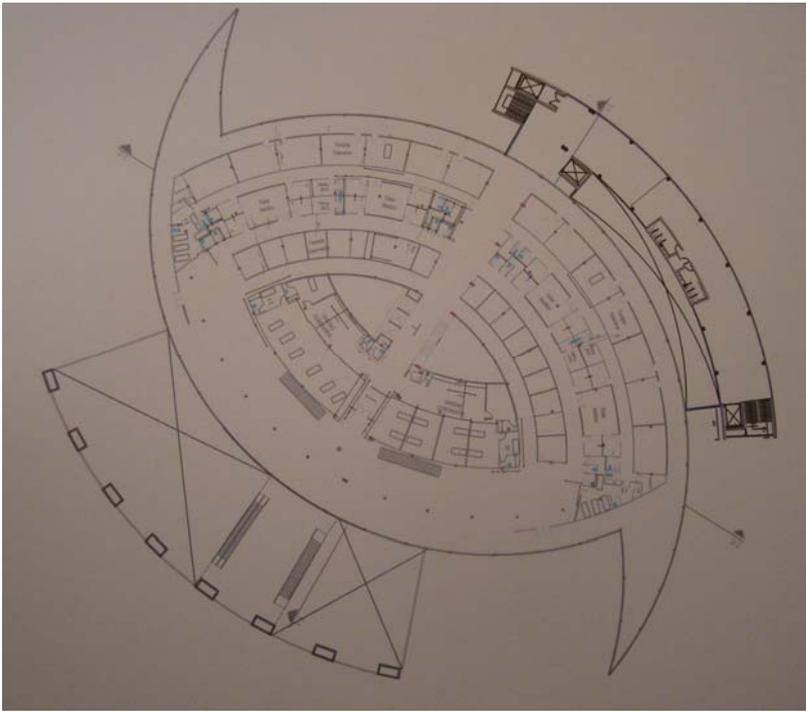


FIGURA 25: Nuevo edificio visto desde arriba

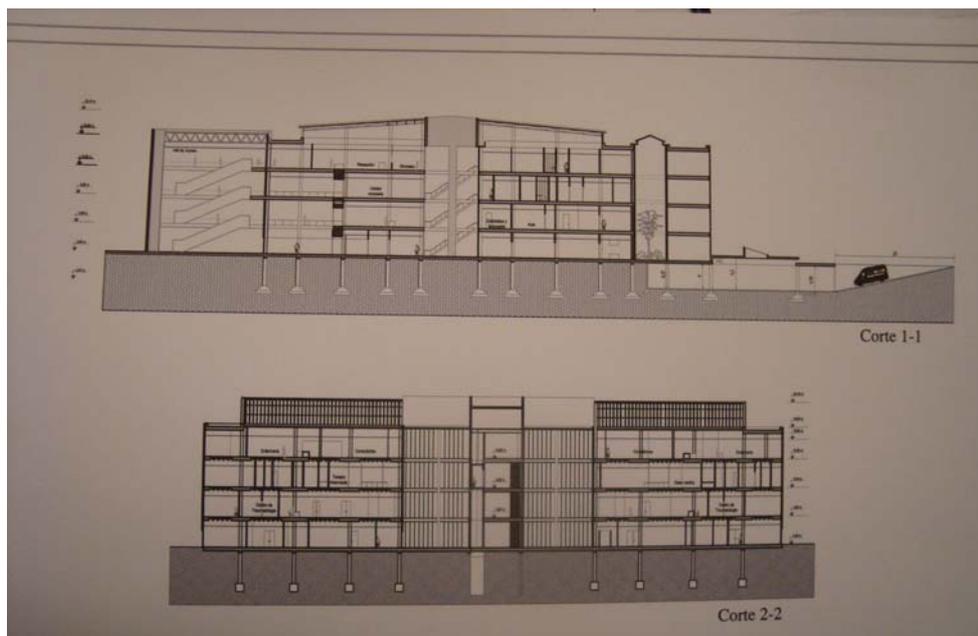


FIGURA 26: Nuevo edificio, corte transversal

BIBLIOGRAFÍA

- Aranguren, Edmundo C. y Rezzónico, Ricardo A. (1996). *Auditoría Médica. Garantía de calidad en la atención de salud*. Buenos Aires, Argentina : [Centro Editor de la Fundación Falaloro].
- Bernhardt, J. M. (2004). En *Communication at the core of effective public health. American Journal of Public Health, 94(12), 2051-3*. Recuperado el 9 de Septiembre de 2013, de <http://search.proquest.com/docview/215100402?accountid=147831>
- Federico Tobar (2002). En *Modelos en Gestión de Salud*. Buenos Aires, Argentina.
- Guo, K. L. (2009). En *Effective communication in health care: Strategies to improve communication skills for managers. The Business Review, Cambridge, 12(2), 8-17*. Recuperado el 9 de Septiembre de 2013, de <http://search.proquest.com/docview/197300356?accountid=147831>
- Jaime Varo (1994). *Gestión Estratégica de la Calidad en los Servicios Sanitarios*. Madrid, España : [Díaz de Santos].
- Meneu R. y Ortún V. (1996). *Política y Gestión Sanitaria: la Agenda Explícita*. Barcelona, España : [s.n].
- Rosa E. Jiménez Paneque (2004). En *Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual*. Recuperado el 5 de Agosto de 2013, de http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_1_04/sp04104.htm
- Rubinstein, Carlos Jorge (2004). *Pueblo chico: modelo de gestión para la Argentina posible*. Buenos Aires, Argentina : [Municipalidad de Malvinas Argentinas]
- Soriano, Enrique R., Marconi, Elida H., Juliá, Carlos M. (2006). *Sistemas de Información en Salud*. Buenos Aires, Argentina : [Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación]
- Fernández Clúa, Margarita de Jesús (2007). En *Optimización de procesos organizativos en el hospital moderno*. Recuperado el 10 de Septiembre de 2013, de <http://cencomed.sld.cu/socbio2007/trabajos/pdf/conferencias/aguiar/viernes/margarita.pdf>.