

Especialización en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Trabajo Final Integrador

Autor: Ricardo Mario Santoni Ayala

PROPUESTA DE UN NUEVO MODELO DE GESTIÓN Y ATENCIÓN EN HOSPITALES DEL SUBSECTOR PÚBLICO DE LA PROVINCIA DE NEUQUÉN

2004

Citar como: Santoni Ayala, R. M. (2004). Propuesta de un nuevo modelo de gestión y atención en hospitales del subsector público de la provincia de Neuquén. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

Indice

	Página	Página
1- Introducción	1	1
2- Planteamiento del Tema	5	5
2-1 El Sistema de Salud y el modelo de atención tradicional	5	5
2-1-1 Características geográficas, económicas y sociales de la provincia del Neuquén	5	5
2-1-2 La Organización sanitaria provincial	6	6
2-1-3 La Organización hospitalaria tradicional	10	10
2-1-4 Ventajas y Desventajas de la Organización Tradicional	13	13
2-2 Objetivos del Trabajo	16	16
2-2-1 Objetivos generales	16	16
2-2-2 Objetivos específicos	17	17
3- Desarrollo	18	18
3-1 La experiencia local	18	18
3-1-1 El Hospital Dr. Horacio Heller. Visión – Misión - Valores	25	25
3-1-2 Objetivos Institucionales	27	27
3-1-3 Análisis del funcionamiento institucional	29	29
3-1-3-1 El contexto inmediato o ambiente de tareas	32	32
3-1-3-2 El contexto mediato o Ambiente Externo	33	33
3-2 La Organización Matricial	36	36
3-2-1 Ventajas de la Estructura Matricial	43	43
3-3 Los cuidados Progresivos de Pacientes	44	44
3-3-1 Antecedentes e Historia	44	44
3-3-2 Internación por Cuidados Progresivos	46	46

3-3-2-1 Niveles de Organización	47
3-3-2-2 Funciones por Niveles de Organización	48
3-3-3 Clasificación de pacientes según cuidados	51
3-3-3-1 Los Cuidados Mínimos	51
3-3-3-2 Los Cuidados Intermedios	52
3-3-3-3 Los Cuidados Críticos	53
3-3-4 Ventajas de los Cuidados Progresivos de Pacientes	54
3-4 Propuestas	56
4- Resultados	58
4-1 Indicadores de acceso físico	60
4-2 Indicadores de Producción	65
5- Conclusiones	69
6- Bibliografía	
7- Anexos	

Índice de Figuras y Tablas

	Página	Página
Fig. N° 1: Provincia del Neuquén. Zonas Sanitarias y Establecimientos	9	9
Fig. N° 2: El Organigrama hospitalario tradicional	15	15
Fig. N° 3: Plano de la ciudad del Neuquén	20	20
Fig. N° 4: Organigrama Hospital Dr. Horacio Heller	24	24
Fig. N° 5: El Proceso del Cambio	31	31
Fig. N° 6: Organigrama Matricial General	38	38
Fig. N° 7: Estrategias para el cambio	40	40
Fig. N° 8: Diagrama matricial de Servicios Intermedios	41	41
Fig. N° 9: Diagrama matricial de Internación	42	42
Tabla N° 1: Distribución geográfica de los Centros Asistenciales Públicos		
Provincia del Neuquén - Año 2004	8	8
Tabla N° 2: Total de establecimientos asistenciales estatales según complejidad		
Provincia del Neuquén - Año 2004	9	9
Tabla N° 3: Recursos hospitalarios y Producción según efectores		
Provincia del Neuquén - Año 2003	59	59
Tabla N° 4: Accesibilidad hospitalaria según efectores		
Provincia del Neuquén - Año 2003	61	61
Tabla N° 5: Recursos hospitalarios ofrecidos/1000 habitantes según efectores		
Provincia del Neuquén - Año 2003	62	62
Tabla N° 6: Relación horas profesionales disponibles y población según efectores		
Provincia del Neuquén - Año 2003	63	63
Tabla N° 7: Relación personal hospitalario/cama, según efectores		
Provincia del Neuquén - Año 2003	64	64
Tabla N° 8: Indicadores de productividad laboral ambulatoria según efectores		
Provincia del Neuquén - Año 2003	65	65
Tabla N° 9: Indicadores de productividad laboral en internación según efectores		
Provincia del Neuquén - Año 2003	66	66
Tabla N° 10: Datos de producción de Internación según efectores		
Provincia del Neuquén - Año 2004	67	67

1 - Introducción

La experiencia lograda con la puesta en marcha en la Zona Sanitaria Metropolitana de la provincia del Neuquén del Hospital Dr. Horacio Heller, hospital general de agudos de complejidad VI, que presenta la característica única en la región de organizar su internación mediante la modalidad de Cuidados Progresivos de Pacientes desarrollando su actividad a través de una organización matricial, permite estudiar su funcionamiento, ventajas y dificultades con la propuesta de extender este modelo organizacional a otros efectores del Sistema de Salud.-

Se realizará un análisis pormenorizado del estado actual de la organización y del funcionamiento de la institución, haciendo mención de los logros y dificultades que se presentaron durante el desarrollo del proyecto. Las características del sistema de salud provincial, con complejidades crecientes en los niveles de atención, con una concentración importante de pacientes en los hospitales de cabecera zonales (niveles de complejidad IV o VI), y una gran demanda de internación en los hospitales interzonales (niveles VI), alentará la propuesta de generalizar este modelo de internación.-

La Internación por Cuidados Progresivos facilita la accesibilidad del paciente a la internación, dado que el recurso cama está a su disposición, sin pertenecer a ningún servicio específico del hospital. Variados son los trabajos en los que se propone esta modalidad de atención cuando se intenta optimizar los esfuerzos del personal dedicado a la atención de pacientes hospitalizados, dado que la concentración de enfermos con similar grado de gravedad permite adecuar el número de agentes necesarios para su mejor atención. Otra ventaja además, es la posibilidad de realizar una distribución apropiada de la tecnología médica, orientándola hacia áreas específicas del hospital, facilitando su mejor utilización con el menor costo de inversión.-

A lo largo de la historia de la humanidad, todas las grandes obras realizadas por el hombre se realizaron a través de primitivas organizaciones que se fueron sucesivamente complejizando, como una forma de adaptación a los cambios sociales del momento histórico en que vivían. Así surgen las organizaciones formales, que con el auge de la Revolución Industrial, la proliferación de las máquinas y la división de las tareas en el trabajo encuentran en el pensamiento mecanicista preconizado especialmente por el economista escocés Adam Smith en su libro “The wealth of Nations” en 1776 a su principal defensor. Años después, Federico el Grande de Prusia le agrega el pensamiento militar a esta incipiente organización por división de tareas, desarrollando el concepto de la necesidad de separación entre las funciones de mando de las de asistencia. Durante el siglo XIX, en 1801 Eli Whitney propone la organización con producción en serie de actividades y en 1882 Charles Babbage recalca la importancia de la planificación y la división del trabajo.-

Fue el sociólogo alemán Max Weber uno de los mayores contribuyentes a la teoría general de la organización y de la dirección, observando el paralelismo entre la mecanización de la industria y la proliferación de las formas burocráticas de la organización. Se agrega posteriormente la idea de que la gestión es un proceso de planificar, organizar, mandar, coordinar y controlar (Teoría Clásica de la Organización) impulsadas por el francés Henry Fayol, el americano F.W. Mooney y el inglés Lyndall Urwick. Otro gran impulsor de las organizaciones laborales fue el ingeniero americano Frederick Taylor, pionero de lo que hoy se conoce como Dirección Científica.-

Diversas Instituciones que por sus características requerían de una alta excelencia en su organización, dado que la precisión, la seguridad o la claridad debían ser óptimas (hospitales, mantenimiento de aviones, compañías financieras, etc), implementaron ideas mecanicistas con éxito, al menos en algunos de los aspectos de sus procesos de trabajo.-

La variedad de Ideas y estructuras de organización analizadas hasta el presente, dieron por sentado qué estructuras y bajo qué condiciones tenían éxito. Muchos estudios recientes enriquecieron las teorías existentes confluyéndose en el trabajo de Henry Mintzberg de la Universidad McGill, quien identifica cinco clases de especies organizacionales, burocracia mecánica, forma divisionaria, burocracia profesional, estructura simple y la denominada adhocracia (de ad hoc).-

Es precisamente esta última la que nos interesa destacar por sus características y por ser la que se utilizó para implementar lo que se conoce como “organización matricial”, que por sus características es considerada como una especie de organización distinta a las anteriores. Está diseñada de tal forma que permite capturar de una sola vista la estructura organizacional funcional o departamental típico de las burocracias con la estructura de equipos de proyecto. Por sus características, permite romper las barreras entre especialistas, permitiendo a los miembros de las distintas especialidades intercambiar sus habilidades en pos de un problema en común. Este tipo de organización es común en empresas orientadas a servicios como consultorías, agencias de publicidad o industria cinematográfica. Es una forma adecuada para la realización de complejas e inciertas tareas en entornos turbulentos, y típico de empresas jóvenes y emprendedoras. El grupo de trabajo encargado de la Organización y Puesta en Marcha del Hospital Dr. Horacio Heller, adoptó esta forma organizacional para implementar en el nuevo Hospital. Esta forma de organización, informal y flexible trabaja de un modo altamente centralizado desde la Dirección Ejecutiva (Alta Gerencia), siendo ideal para implementar variaciones en el rumbo de la organización o para conseguir cambios rápidos. Por sus características, aumenta notablemente la coordinación entre especialidades funcionales haciendo un buen uso de los recursos humanos, especialmente de los niveles medios y bajos, a los que les permite hacer contribuciones que en otras estructuras les serían denegadas o difíciles de realizar.-

Bajo el título de *Planteamiento del Problema* se intenta hacer una descripción sobre la organización del Sistema de Salud provincial, con las características más sobresalientes de sus distintos niveles, realizándose posteriormente un análisis de la organización tradicional existente en los hospitales provinciales, describiéndose las ventajas y desventajas que este modelo organizacional genera en las distintas instituciones en que se aplica, y finalizando con una descripción de los objetivos que se plantean en el presente trabajo.-

La experiencia de trabajo local se describe en el Capítulo referido al *Desarrollo del Trabajo*, con detalles de las actividades realizadas para la puesta en marcha del Hospital Dr. Horacio Heller y del funcionamiento, logros y dificultades logrados en estos cinco años de trabajo. Es el fundamento para la propuesta de cambio del modelo hospitalario, con concepciones de gestión modernas e innovadoras que nos permite orientar los recursos de salud con un criterio distinto del que se tenía hasta la fecha.

También se analiza la teoría de la estructura matricial como una alternativa de funcionamiento planteada para el Hospital Dr. Horacio Heller, proponiéndose romper las barreras existentes tanto entre las diferentes especialidades médicas como entre éstos y el resto de los integrantes del equipo de salud. La coordinación entre especialidades, la adaptabilidad al sistema, y el convencimiento de asumir esta modalidad como un desafío fueron los elementos disparadores para llevar adelante esta “propuesta de cambio institucional”.

El cambio organizacional desarrollado con la estructura matricial, nos lleva a describir la modalidad de Internación por Cuidados Progresivos de pacientes, planteándose la propuesta de internar a los pacientes en sectores según la gravedad de la patología que presentan, dejando de lado la clásica internación por servicios y la tan conocida “apropiación de camas,” habitualmente desarrollada desde las diferentes especialidades médicas. Finaliza el análisis de este capítulo con la descripción de las propuestas que desde el autor justificarían la implementación de esta modalidad organizacional en los hospitales del Sistema de Salud Provincial.

Los *Resultados* se pueden valorar desde el análisis de los datos de producción presentados para el Hospital Dr. Horacio Heller, otros efectores de salud de la provincia que realizan tareas con similar nivel de complejidad en las prestaciones y dos Hospitales pertenecientes a Sistemas de Salud estatales de otros países, como son México y España.

En las *Conclusiones* se describen una serie de aspectos relacionados a los diversos rendimientos hospitalarios, estimándose que el Hospital Dr. Horacio Heller a pesar de no contar con los mejores indicadores de recursos, presenta indicadores de producción superiores a los del resto de hospitales analizados.

2 - Planteamiento del tema

2-1 El sistema de Salud y el modelo de internación tradicional

2-1-1 Características geográficas, económicas y sociales de la provincia

El antiguo territorio del Neuquén es transformado en provincia del mismo nombre, el 28 de junio de 1955 por promulgación de la Ley Nacional N° 14.408. Se encuentra ubicada al noroeste de la Patagonia Argentina, y tiene una superficie de 94.078 km². Su límite Norte lo constituye la Provincia de Mendoza hasta la intersección con el meridiano 68° 15' de longitud oeste; al este continua con el mismo meridiano hasta el río Neuquén y Limay, punto de diferenciación con la Provincia de Río Negro; por último, el límite oeste lo constituye la Cordillera de los Andes. Se encuentra dividida en 16 departamentos: Aluminé, Añelo, Catan Lil, Collón Cura, Confluencia, Huiliches, Lácar, Los Lagos, Chos Malal, Loncopué, Minas, Pehuenches, Picunches, Picún Leufú y Zapala.

El censo Nacional de Población de 2001 registró para la Provincia del Neuquén un total de 581.539 habitantes¹, que se reparten en forma muy heterogénea en los dieciséis Departamentos. La densidad de población es 6,18 habitantes/km². Por localidad la población se distribuye de manera poco uniforme, solamente tres de sus treinta y tres municipios: Neuquén, Cutral Có y Zapala, concentran aproximadamente el 63,5% del total de la población. La característica que destaca a la provincia es su acelerado crecimiento, dado que desde 1895 época en que se registró el primer censo, con 14.517 personas y el censo de 2001 el volumen se multiplicó 40 veces, este hecho adquiere mayor significación si se considera que en el mismo período el país incrementó su tamaño en solo 8.5 veces. La tasa de crecimiento anual medio de la población por 1000, (proyecciones 2000-2005), es de 35.14. Este crecimiento se debe

¹ Indicadores Básicos Argentina 2003 – Ministerio de Salud de la Nación – OMS - OPS.

principalmente al comportamiento de la tasa de natalidad, la tasa de mortalidad general y al aporte de la migración. Estos tres componentes configuran una estructura demográfica particular que la diferencia del promedio nacional y del resto de las provincias patagónicas.

La provincia presenta un acelerado proceso de urbanización, el 86.3% de la población vive en las ciudades, concentrándose el 47% en la ciudad capital. Si bien este cambio, sigue la tendencia del país y de América Latina, en la provincia ha tenido un incremento mayor, notándose un movimiento migratorio de las áreas rurales, a la capital provincial, principalmente.-

Los indicadores socioeconómicos en general se asemejan bastante a los registrados para el total del país, así vemos que el Porcentaje de población con NBI para la provincia es del 17.0%, mientras que para el país es de 17.7%. El 3.4% de la población de ambos sexos de más de 10 años está en condiciones de analfabetismo, contando con un 92.1% de su población total con agua corriente.-

2-1-2 La organización sanitaria provincial

Al inicio de la década del 70 la provincia explicitó políticas operativas en materia de salud, acordes con el Plan General de Gobierno, y en un todo de acuerdo con el compromiso asumido por el Estado Provincial en materia de salud al establecer claramente estos principios en la Constitución Provincial.-

En el Subsector Público Provincial se pueden definir claramente tres áreas o niveles en la organización sanitaria, a saber:

Nivel Central, (normativo y de conducción general): Conducido por la Subsecretaría de Salud, dependiente del Ministerio de Salud y Seguridad Social, la cuál ejerce su función de conducción hacia las Jefaturas de Zonas Sanitarias. En este nivel prestan funciones el Sr. Subsecretario de Salud, con un equipo de trabajo compuesto por cuatro Direcciones Provinciales de Salud, (de Administración, de Atención Médica, de Recursos de Salud y de Gestión de la Calidad); ocho Direcciones Generales (de Salud Integral, de Información y Planificación, de Recursos Humanos, de Garantía de la Calidad, de Organización de Establecimientos, de Recupero Financiero, de Personal y Sueldos y de Gestión Administrativa); además una Dirección General de Asuntos Jurídicos y veinticuatro (24) Direcciones distribuidas bajo la órbita de las distintas

Direcciones Generales. Los Jefes de Zona Sanitaria y el Director del Hospital Provincial Dr. Castro Rendón dependen directamente del Sr. Subsecretario de Salud.-

Nivel Zonal: Compuesto de 6 (seis) Zonas Sanitarias, distribuidas geográficamente en el territorio de la provincia, con funciones de enlace administrativo entre los Hospitales, Centros de Salud, Profesionales, Establecimientos Privados y sus respectivas comunidades, con el Nivel Central.

Nivel Local: red integrada por los prestadores de servicios, que conforman un total de 30 hospitales ubicados en distintas localidades de la Provincia, según índices poblacionales, 65 Centros de Salud Urbanos y 75 Puestos Sanitarios Rurales.-

Como vimos, la provincia del Neuquén ha sido regionalizada en Zonas Sanitarias, respetando cada una para su conformación los límites políticos de los Departamentos y los criterios geográficos de accesibilidad y de concentración de la población. Cada Zona Sanitaria esta conformada por un Hospital de Cabecera Zonal (Nivel de complejidad IV) ubicado en el Departamento con mayor densidad poblacional, y responsable de la atención de su área programa además de aquellos pacientes que por exceder la complejidad hospitalaria de los hospitales de su Zona, le son derivados. Los hospitales zonales ofrecen una clara diferenciación y asignación de recursos en las cuatro clínicas básicas y en Medicina General. El sistema responde a un modelo organizacional regionalizado e integrado, a través de una Red de Establecimientos escalonados en niveles de complejidad creciente.-

Los establecimientos rurales de complejidad III adquieren particular significado en la organización sanitaria, ya que es a través de ellos que se logró la total cobertura de la provincia, al asignárseles un área de responsabilidad dentro de las cuales deben ejercer sus acciones. Así nacen los Centros de Salud (Nivel II) ubicados en las zonas urbanas de la localidades, y los Puestos Sanitarios (Nivel I) en los distintos parajes habitualmente alejados de los centros urbanos, estando a cargo de Agentes Sanitarios, recibiendo visitas médicas y odontológicas periódicas, desde su hospital base.-

Las características de los establecimientos se normalizaron según las pautas nacionales de la "Guía para la Clasificación de los Establecimientos de Atención Médica por los niveles de complejidad" (Secretaría de Estado de Salud Pública de la Nación 1969), que define el nivel de los establecimientos asistenciales teniendo en cuenta los siguientes aspectos:

- La diversificación de las actividades que realizan y, por ende
- El grado de diferenciación de sus servicios.

En cuanto a los niveles de complejidad, debe entenderse que, en términos generales, los hospitales de Baja Complejidad (Nivel III) ofrecen Atención Médica Indiferenciada a través de profesionales especialmente capacitados en Medicina General. En los servicios de Mediana Complejidad (Nivel IV) se incorporan las Especialidades llamadas Básicas: Pediatría, Obstetricia, Cirugía y Clínica Médica.

En el hospital interzonal (Nivel VI) y en forma parcial en las cabeceras de zonas se agregan las especialidades de Traumatología, Oftalmología y Otorrinolaringología, además de algunas prácticas de diagnóstico más complejas. El Hospital Provincial (Nivel VIII) dispone de casi la totalidad de las subespecialidades médicas, además de mantener actividades permanentes de docencia e investigación. La distribución de los diferentes establecimientos en la provincia, se puede apreciar en la siguiente tabla:

Tabla N° 1: Distribución geográfica de Centros Asistenciales Públicos
Provincia del Neuquén - Año 2004

ZONA SANITARIA	Nivel de COMP.	HOSPITALES	CENTROS DE SALUD	PUESTOS SANIT.	ESTOS
METROPOLITANA	VIII	Castro Rendón			
	VI	Horacio Heller	16	16	NO
	IV	Bouquet Roldán			
ZONA SANIT. I	IV	Plottier, Centenario			
	III	Senillosa, El Chocón, San Patricio del Chañar, Rincón de los Sauces	15	15	5
ZONA SANIT. II	VI	Zapala			
	III	Mariano Moreno, Bajada del Agrio, Las Lajas, Loncopue, El Hucú, Aluminé	9	9	24
ZONA SANIT. III	IV	Chos Malal			
	III	Tricao Malal, Las Ovejas, Buta Ranquil, El Cholar, Andacollo	8	8	24
ZONA SANIT. IV	IV	San Martín de los Andes			
	III	Junín de los Andes, Villa La Angostura, Las Coloradas	7	7	17
ZONA SANIT. V	IV	Cutral Co			
	III	Plaza Huincul, Picón Leufú, Piedra del Aguila	11	11	7

Fuente: Elaboración propia

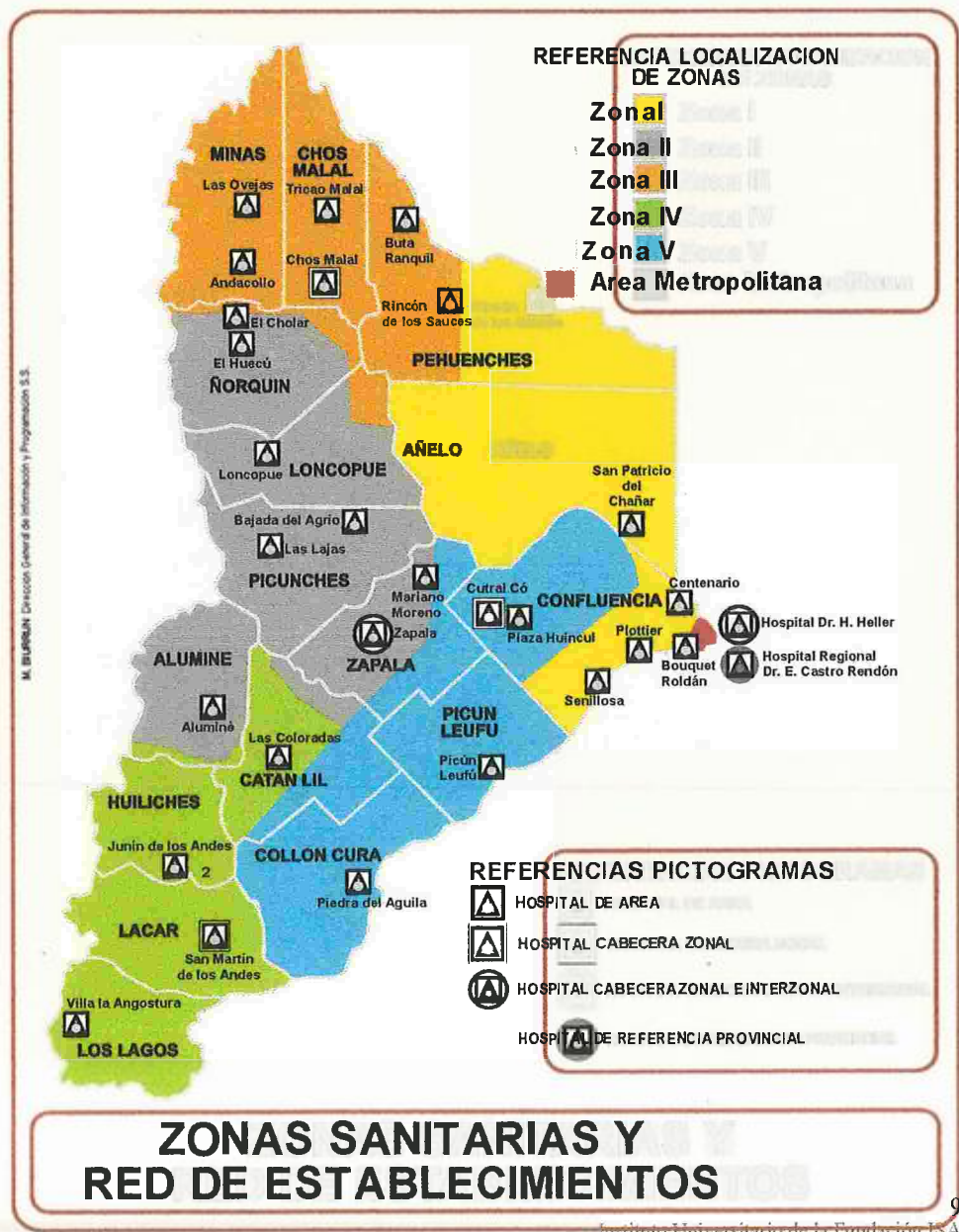
Datos aportados por la Subsecretaría de Salud

Tabla N° 2: Total de Establecimientos provinciales estatales por complejidad
Provincia del Neuquén–Año 2004

Tipo de establecimiento	Total provincial
Nivel VIII	1
Nivel VI	2
Nivel IV	7
Nivel III	20
Centros de Salud	65
Puestos Sanitarios	75
Total establecimientos	170

Fuente: Elaboración propia

Figura N° 1: Provincia del Neuquén. Zonas Sanitarias y Red de establecimientos



2-1-3 La organización hospitalaria tradicional

La función principal de cualquier hospital, independientemente del nivel de complejidad que posea, se define habitualmente como de asistencia, docencia e investigación. En general la función hospitalaria no puede separarse de la misión que como institución social le debe a la sociedad donde se asienta, y que depende de las características de ellas y del momento histórico que vive.-

En nuestra provincia, todos los establecimientos públicos de atención dependen administrativamente del Ministerio de Salud y Seguridad Social de la prestación que realiza, en **niveles de atención** que varían desde el I al VIII.-

Todos los hospitales se caracterizan por poseer un complejo sistema organizativo, cuyo funcionamiento eficiente depende de la coordinación y el trabajo armónico de los diversos, variados y heterogéneos grupos que en él se desempeñan. Al efectos de analizar la organización hospitalaria, es conveniente tomar como punto de partida el análisis de los organigramas de las diferentes instituciones, dejándose de lado para este análisis al *Hospital Castro Rendón*, que por sus características de prestador de servicios de alta complejidad, posee una organización distinta a la del resto del Sistema de Salud, pero que se mantiene dentro de las estructuras tradicionales de organización, y al *Hospital Dr. Horacio Heller* por contar con un organigrama estructural diferente en su concepción y aplicación, y cuyo análisis se desarrollará en los capítulos siguientes.-

Los establecimientos de salud de la provincia ofrecen actividades finales de atención ambulatoria programada por Consultorio Externo, y atención en la Internación a través de Medicina General (en forma exclusiva en los hospitales de Niveles III de atención), y de las especialidades básicas (Clínica Médica, Nivel IV que también cuentan con especialidades críticas (Traumatología, Oftalmología, Salud Mental) que realizan ambas modalidades de atención. También se efectúan prestaciones finales de Odontología en actividades de promoción, prevención, curación y rehabilitación y Guardias Médicas Pasivas y/o Activas de Medicina General.-

Todos los efectores realizan actividades intermedias de Diagnóstico y Tratamiento a través de los Servicios de Laboratorio, Radiología, Farmacia y Enfermería. Las tareas de registro y seguimiento de las consultas y datos referidos a los pacientes se efectúa con los Servicios de Estadísticas, y las tareas auxiliares y administrativas de apoyo y gestión, desde los Sectores Administrativos.-

En caso de que las Áreas Programas de los diversos hospitales sean demasiado extensas para asegurar una adecuada cobertura asistencial, cada efector suele contar con Centros de Salud y/o Puestos Sanitarios distribuidos en barrios de la localidad o en distintos parajes de la zona; en estos casos el Jefe de Area Programa es el encargado de la organización y atención de los pacientes.-

Los organigramas estructurales clásicos conocidos habitualmente como “diagramas organizativos” se muestran como redes de flujos, observándose con total claridad el esqueleto de la organización, y visualizando sin mayor dificultad las posiciones jerárquicas, las unidades de trabajo y las relaciones de autoridad formal entre ellas.-

En general todos cuentan con una Dirección de la que habitualmente dependen las áreas de trabajo agrupadas en servicios, algunos de atención directa al paciente (Servicios de Clínica Médica, Pediatría, Tocoginecología, Medicina General y Servicio de Enfermería) y otros que brindan atención intermedia (Laboratorio, Radiología). También los Servicios de Estadísticas y Administración tienen dependencia directa de la Dirección.-

La organización de los Servicios dentro de cada institución se caracterizan por la independencia entre ellos. Cada uno cuenta con un Jefe, personal administrativo, de enfermería y profesionales médicos (con la especialidad que corresponda), Bioquímicos en caso de Laboratorio, Enfermeras o Auxiliares de Enfermería en el caso de Enfermería. Los Servicios programan sus actividades teniendo en cuenta los lineamientos de la institución pero satisfaciendo su propia organización, habitualmente deciden el número de pacientes a atender que no necesariamente es igual para todos, o la capacidad y utilización de las camas de la internación. El número de camas que cada uno de ellos cuentan para atender a los pacientes que requieren internación, es asignado

por Disposición de la Subsecretaría de Salud, éste es remitido a la Dirección Provincial de Información para tener conocimiento de la capacidad de camas de cada establecimiento de la provincia, las que habitualmente se hallan divididas por sexo y especialidad. Con el número de camas asignado a cada hospital se obtienen todos los datos estadísticos referidos al análisis de producción del Servicio y de la Institución.-

Generalmente las Direcciones cuentan con el asesoramiento de los diferentes Jefes de Servicios, quienes integran los Comités Asesores Técnicos Administrativos (CATA) sobre distintos temas de funcionamiento y organización del Hospital, también es asesorado sobre temas específicos por grupos de personas que integran los denominados Comités de Historias Clínicas, de Farmacia, de Infecciones Hospitalarias, etc., en caso de que el establecimiento cuente con ellos.-

A medida que crece la organización hospitalaria, se comienzan a incorporar otras especialidades médicas y de otras áreas de la atención (Kinesiología, Fonoaudiología, Psicología, Asistentes Sociales, etc.), por lo que los organigramas de funcionamiento presentaron serias deficiencias en la evolución y adaptación de estos cambios, que fue necesario de a poco ir modificando. La aparición de las especialidades necesariamente generó la integración de personas con igual formación, conformando lo que luego serían los Servicios de Atención Médica. Posteriormente, estos requirieron de personal administrativo y de otras especialidades para poder desarrollar su función, todo en pos de la eficiencia de la organización.-

Si bien la descripción de las características de esta estructura clásica nos muestra como se interrelacionan los diferentes grupos de trabajo en los distintos establecimientos, la autoridad formal de la Dirección solo representa un aspecto (y por cierto muy limitado) de su accionar, dado que necesariamente todas las acciones se apoyan en las vías informales de comunicación. No es erróneo observar como los directivos utilizan un porcentaje importante de su tiempo en favorecer la comunicación por fuera de la cadena de mando, dado que si este mecanismo no se cumple, será muy difícil de lograr un adecuado funcionamiento en pos de los objetivos institucionales.-

El organigrama funcional por servicios supone una ventaja importante, que está dada por la división clara de tareas, con la ya mencionada agrupación de recursos humanos por especialidades, con una evidente competencia por ocupar espacios dentro de la institución. Surgen de esta forma las clásicas “apropiaciones de camas” de internación en determinados servicios, el recurso humano exclusivo para cada uno y las sectorizaciones que delimitan actividades.

2-1-4 Ventajas y Desventajas de la Organización Tradicional

Es posible detallar una serie de desventajas en el organigrama estructural que conllevan a un funcionamiento poco eficiente de las instituciones, a saber:

- Respuesta temporal lenta.
- Cuellos de botella debido a dificultades en dar respuesta apropiada.
- En general las decisiones se acumulan en la cumbre piramidal.
- Mala coordinación entre las diferentes áreas o servicios.
- Visión restringida del conjunto.

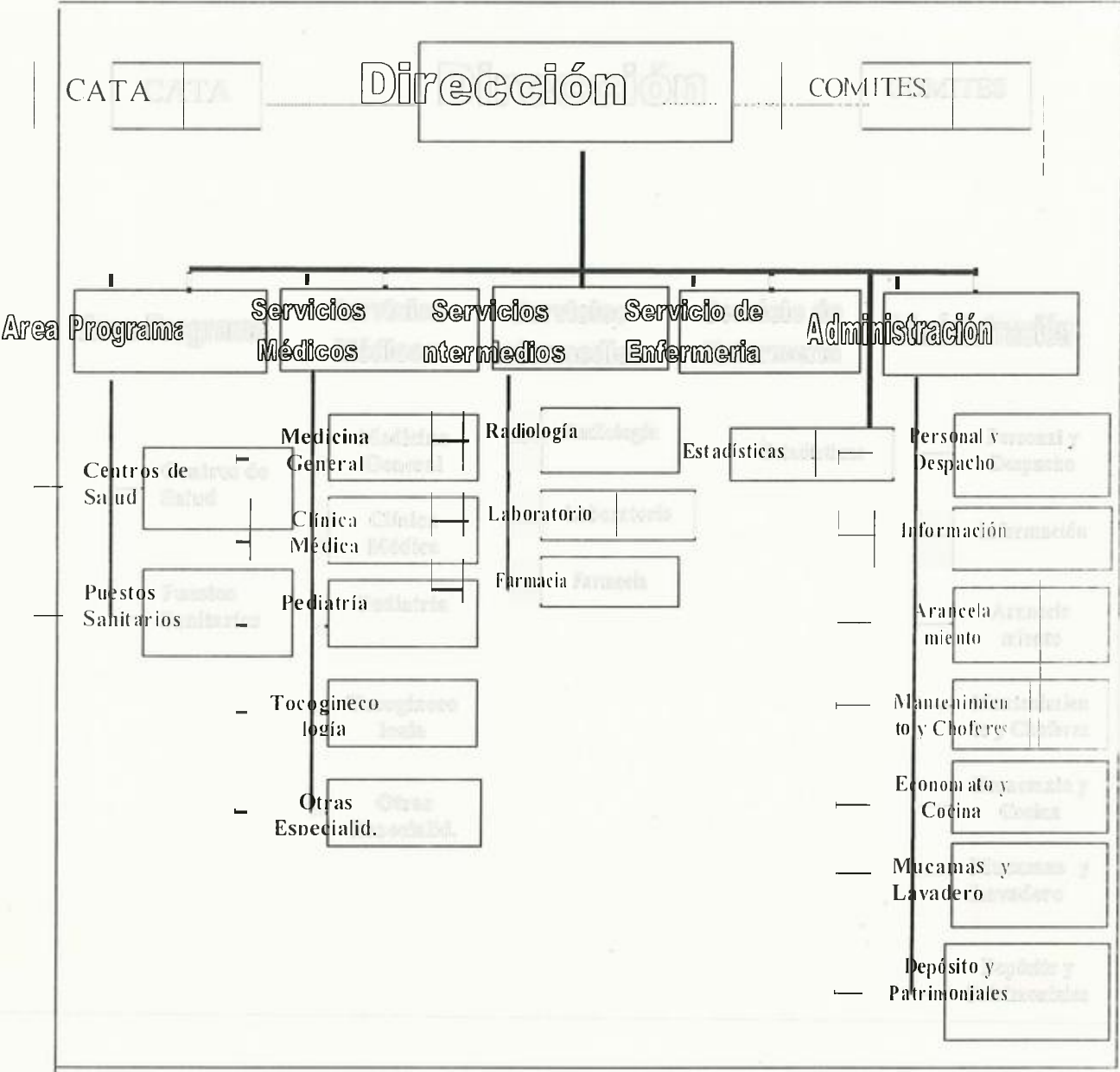
Teniendo en cuenta las características de los modelos tradicionales (y convencionales) de organizaciones hospitalarias, y en una época que en la que los grandes desafíos están signados por los constantes cambios que se viven, resulta evidente que la estructura que presentan las instituciones de salud deben ser lo suficientemente flexibles para lograr una adecuada y rápida adaptación a los mismos, esperando reducir al máximo los elementos que impiden el crecimiento y comprometen recursos en el corto y mediano plazo.-

Para entender de que forma se pueden lograr estos cambios es imprescindible conocer como se estructuran las organizaciones, como funcionan, y de que elementos constitutivos se conforman y de esta forma entender como se comportan los flujos de trabajo, la autoridad, la información y las tomas de decisión. Es a través de una perfecta inter relación y comunicación de las diferentes partes constitutivas de la organización, que se puede “transformar” su funcionamiento.

El modelo organizativo descripto conforma la estructura más simple, caracterizándose por vínculos verticales directos entre los diferentes niveles de la institución recibiendo todos los agentes instrucciones a través de una cadena de mando directa, estableciéndose una clara estructura de autoridad. El hecho de estar perfectamente definida esta autoridad, permite una rápida toma de decisiones, impidiendo la práctica de rehuir de sus responsabilidades culpando a otros por esta falta. Por la gran concentración de poder dentro de la organización, la alta conducción (Directores) habitualmente suele desempeñar una vasta variedad de tareas, dependiendo muchas veces el funcionamiento institucional de la opinión y/o consenso de una o dos personas.-

La forma de lograr que las instituciones cumplan con los objetivos para los que han sido creadas estando inmersas en esta aparente “anarquía” organizativa, es a través de una correcta coordinación de todos los agentes que intervienen en la misma, independientemente del sector de trabajo que ocupe cada agente, y con la mirada puesta en pos de un objetivo en común.-

Figura N° 2: El Organigrama hospitalario Tradicional



Fuente: Basado en compilación de datos y organizaciones hospitalarias de establecimientos de Niveles III y IV de la provincia del Neuquén

2-2 Objetivos del Trabajo

La Internación por Cuidados Progresivos facilita la accesibilidad del paciente a la internación hospitalaria, dado que al no existir servicios formales de especialidades médicas, el recurso cama está a su disposición a través del profesional que lo atiende, por ende, las camas se hayan disponibles en el lugar que se requiera según la gravedad de la patología que presenta, no perteneciendo de esta forma a ningún servicio específico del hospital. Variados son los trabajos en los que se propone esta modalidad de atención cuando se intenta optimizar los esfuerzos del personal que se haya abocado a la atención de los pacientes en la internación. Desde el punto de vista organizativo y laboral la concentración de pacientes con similar grado de gravedad permite adecuar el número de agentes necesario para su atención, además de permitir una distribución apropiada de la tecnología médica, orientándola hacia áreas específicas del hospital facilitando su mejor utilización con el menor costo de inversión.-

No sería posible llevar adelante esta modalidad de trabajo, si no mediara otra característica en la organización hospitalaria tan importante como la mencionada anteriormente, y que está referida a la estructura matricial. Es este tipo de estructura la que le permite a los agentes relacionarse con todos los sectores, favoreciendo la toma de decisiones y la participación local en las propuestas de trabajo.-

Así explicitados estos dos aspectos distintivos del Hospital Dr. Horacio Heller, a los fines del desarrollo de este trabajo, se plantean una serie de objetivos destinados a demostrar las características del funcionamiento del hospital como así también la viabilidad de implementación de una organización similar en otros efectores del Sistema de Salud de la provincia.

2-2-1 Objetivo General

- ✓ Demostrar que la Internación por Cuidados Progresivos de Pacientes, asociada a un modelo de organización de tipo matricial y una gestión hospitalaria basada en el análisis permanente de los procesos de salud y una mirada puesta en los resultados, asegura una mejor utilización de los recursos en el subsector público de salud.

2-2-2 Objetivos Específicos

- ✓ Analizar la organización y el funcionamiento del Hospital Dr. Horacio Heller, dado que presenta una organización de tipo matricial, y efectúa la atención de pacientes en la internación, mediante la modalidad de Cuidados Progresivos.
- ✓ Comparar la producción hospitalaria con la de otros efectores de similar complejidad pero con organización tradicional.
- ✓ Describir las ventajas de la Internación por Cuidados Progresivos y la Organización matricial, respecto de los sistemas tradicionales de internación y organización hospitalaria.
- ✓ Proponer las características de Organización y Gestión hospitalaria e Internación por Cuidados Progresivos de Pacientes, implementados en el Hospital Dr. Horacio Heller, como modelo para aplicar en el resto de los hospitales del subsector público de la provincia del Neuquén, cuya complejidad hospitalaria sea superior al Nivel IV, proponiéndose comenzar por aquellos a los que se les cambiará su estructura edilicia (Cutral Co, Junín de los Andes, Centenario, Plottier, Zapala).

3 - Desarrollo

3-1 La experiencia local

El Hospital Horacio Heller es un Hospital General de Agudos, nivel VI de complejidad hospitalaria que presenta las características de las organizaciones matriciales, y una internación que brinda atención mediante al modalidad de Cuidados Progresivos.-

Geográficamente se ubica dentro de la ciudad de Neuquén en la zona oeste, circunscripto por las calles: Godoy, Lighuen, Quimey y Marin, estando en condiciones de resolver la demanda de mediana y baja complejidad de su área de influencia siendo además hospital de referencia del área oeste de la Zona Sanitaria I, (Plottier, Senillosa, El Chocón), para los problemas que no superen esta complejidad.

La población total de su zona de influencia para prestaciones hospitalarias es de aproximadamente 120.000 habitantes, pero en esta área se encuentran cuatro Centros de Salud: San Lorenzo Norte, San Lorenzo Sur, Progreso y Nueva Esperanza, todos con dependencia administrativa del Area Metropolitana, y capacidad para resolver gran parte de la demanda del primer nivel de atención, de la población mas cercana a dichos Centros (zona de referencia o programática).

Su Area Programa propiamente dicha, (zona geográfica donde el hospital se encarga de todas las actividades desde el primer nivel de atención en adelante), tiene en la actualidad aproximadamente 70.000 habitantes, siendo el sector que más ha crecido desde el último censo en la ciudad. Si bien la característica de la población no es homogénea, es en este sector de la ciudad donde hay mayor cantidad de personas con necesidades básicas insatisfechas, existiendo asentamientos precarios como Barrio HIBEPA, Toma Norte, Toma Esfuerzo y Toma Almafuerte entre otros, donde gran

parte de su población es desocupada o tiene trabajos inestables¹, lo que determina en gran medida las características del proceso salud-enfermedad de las mismas. Si bien hay otros barrios donde las condiciones de vida son mejores, con un alto porcentaje de población de clase media asalariada, ellos no escapan a la realidad actual del país, y la pauperización de este sector de la sociedad provocado por la pérdida del trabajo y de su obra social, hace que se transformen en usuarios permanentes del Subsector Público de Salud.

En el aglomerado Neuquén Plottier se concentra el mayor número de pobres de la provincia, con un 42% de personas en estas condiciones², el más alto de la Patagonia que alcanza un 34%, el 19% de ellos vive en situación de indigencia. Respecto a la desocupación³, y por ende a la falta de cobertura social, la misma creció al 16.7%, llegando al 20.9% si se le agregan los planes sociales, y al 31.6% si se le suman las personas con trabajos informales (sub- ocupados). Estos datos, preocupantes por demás, nos da la idea del número de personas excluidas del mercado formal de trabajo, con serios problemas de empleo, que en su mayoría viven en asentamientos y planes de vivienda de la zona oeste de la ciudad de Neuquén, y por lo tanto, son demandantes importantes de atención sanitaria en el sistema público de salud.-

Con una superficie de 11.000m² la incorporación de este Hospital a la red de Servicios de la provincia significó un hecho de gran trascendencia tanto para la comunidad a la que asiste, como para el Sistema de Salud.

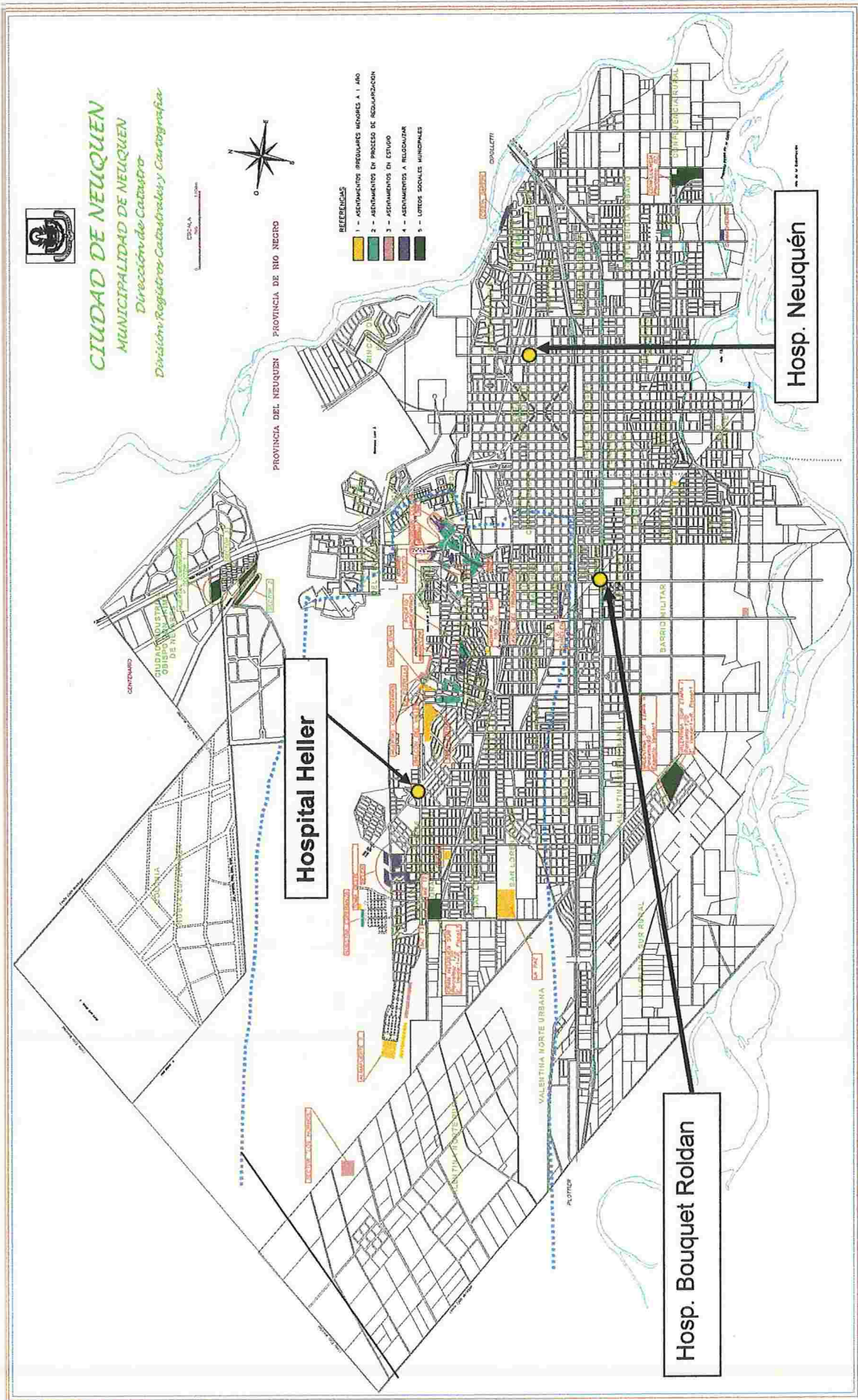
Sin lugar a dudas, su ubicación geográfica estratégica significó un cambio trascendente para su área de influencia al mejorar la accesibilidad a la atención, aumentando y acercando la oferta de servicios a sus pobladores, que desde hacían varios años debían recorrer largas distancias para acceder a ella. Es hacia la zona oeste de la ciudad a donde se orienta el crecimiento demográfico de Neuquén Capital, registrándose un alto porcentaje de la población con necesidades básicas insatisfechas como consecuencia de las constantes crisis económicas vividas y la falta real de inversiones que generen puestos genuinos de empleo.-

¹ Datos de la Dirección Provincial de Estadística y Censo – Encuesta Permanente de Hogares, octubre de 2001

² Datos obtenidos por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), en base a la encuesta permanente de hogares, onda Mayo-Junio de 2002 y publicado en el Diario Río Negro del 23/06/2002, páginas 2 y 3.

³ Datos de la Dirección Provincial de Estadísticas y Censos- EPH (Encuesta Permanente de Hogares), onda Octubre de 2001.

Figura N°3: Plano de la ciudad del Neuquén



Desde el punto de vista del Sistema de Salud su incorporación generó un crecimiento cualicuantitativo, con ingreso de recurso humano calificado y alta tecnología que provocó, entre otras situaciones, una disminución de la demanda sobre el efector de máxima complejidad de la provincia el Hospital Dr. Castro Rendón, lo que contribuyó directamente a la re funcionalización de su planta física y por consiguiente a una mejoría de sus condiciones para cumplir con el rol de Hospital de referencia provincial y de alta complejidad.-

El Hospital Dr. Horacio Heller se inserta en el Sistema Público de Salud neuquino. Como tal, refleja las características que son propias de un modelo avalado política, técnica y socialmente, por mas de treinta años, que ha privilegiado la accesibilidad a los servicios de salud, la cobertura universal y la equidad en las acciones de salud. Sin embargo, la realidad nacional y provincial difiere de la que existió en los inicios de este Plan de Salud. Es por ello que se hace necesario acentuar la necesidad de gerenciar eficientemente los recursos con que cuenta la administración pública.

Bajo estas premisas de equidad, eficacia y eficiencia es que surgen las características del Hospital Dr. Horacio Heller:

- Entender la salud como un *Proceso Social*, tendiendo por lo tanto a desarrollar la intersectorialidad y la participación social como dos de sus ejes claves.
- Constituir un *Servicio de Salud Provincial Polivalente*, brindando atención integral sin limitaciones horarias ni discriminación de ningún tipo de la población cubierta, eliminando las barreras de cualquier naturaleza que limiten la accesibilidad, brindando un trato personalizado y una atención que satisfaga permanente las expectativas de los usuarios.
- Lograr adecuados niveles técnicos en la *Resolución de los Problemas*, promoviendo los más altos standards en la calidad de la atención.
- Lograr un alto nivel de *Compromiso del Personal* en el desarrollo de la tarea, implementando una modalidad de conducción que de la oportunidad de participar a los trabajadores en el diseño de los programas y las actividades, dentro de una política general de la institución

- Ejecutar todas las acciones con la finalidad de que sean *eficaces, eficientes y tendientes a lograr la equidad* en las mismas, actuando con criterios de riesgo.
- Desarrollar intensivamente *acciones de promoción y prevención de la salud*, teniendo a la Atención Primaria de la Salud como estrategia básica.
- Tener un *adecuado gerenciamiento del accionar de cada sector*, realizando evaluaciones permanentes que incluyan indicadores de producción y de calidad de la atención.
- Incorporar las nuevas concepciones administrativas en su organización introduciendo *criterios de gestión con alta eficiencia en la contención de costos*.
- Tender a un clima laboral de libertad que facilite la creatividad al servicio de la institución y propicie la *capacitación continua de todos los integrantes del Hospital*.
- Tender a la cobertura universal de la población de su Area Programa

La estructura orgánica diseñada a partir una clásica distribución funcional, está conformada por un Director Ejecutivo y cuatro Gerencias: Atención Médica, Servicios Intermedios, Hotelería y Administración; resulta innovadora en la aplicación del concepto de estructura matricial en las áreas operativas, en pos de optimizar el uso del personal capacitado - técnicos y profesionales- y fundamentalmente en resolver las exigencias de la especialización y las necesidades de la coordinación en la labor cotidiana. En esta estructura se crea un sector con dependencia directa de la Dirección del hospital, encargado del desarrollo y crecimiento de la institución, así como de la relación con la comunidad a quien sirve este efector, (División Desarrollo Institucional).

El proceso de toma de decisiones se pretende que sea dinámico e integrador; para ello las Gerencias ejercerán la tradicional autoridad vertical de la línea de mando hacia sus subordinados y una responsabilidad horizontal compartida con el Director del hospital en las decisiones que hagan a la política institucional. Así, la tradicional decisión técnica basada en la lógica médica, generalmente prevalente en las instituciones de salud, deberá ser reemplazada por una decisión integral que involucre las necesidades asistenciales así como las posibilidades económico-financieras.

El desafío de llevar a la práctica estos principios básicos determinó que se debía adoptar una estructura organizacional diferente a las clásicas y tradicionales estructuras hospitalarias, por lo que se propuso luego de un arduo análisis, que una organización de tipo matricial era posiblemente la que mejores posibilidades tendría en la aplicación de las premisas enunciadas al definir el Perfil del Hospital Dr. Horacio Heller, además de ser la más apropiada para la implementación del modelo de Internación por Cuidados Progresivos.-

Modalidad de la atención: Diferenciamos aquí la atención bajo la modalidad de atención ambulatoria e internación.

- Atención ambulatoria: La atención ambulatoria presenta las siguientes modalidades

- Atención por consultorio externo
- Visitas programadas
- Formación de grupos terapéuticos
- Actividades de Promoción y Prevención de la salud sobre la población de su Area Programa
- Atención de la Emergencia (Servicio de Guardia Permanente)

- Atención en la internación: La internación se brindará bajo tres modalidades

- Internación por Cuidados Progresivos del Paciente
- Hospital de día
- Internación domiciliaria

En la internación bajo la modalidad de *Cuidados Progresivos*, el Paciente se interna en el sector que se determine teniendo en cuenta los cuidados que requiera. Esto permite un uso racional del recurso camas y presenta una nueva forma de organización, diferente a la de los modelos clásicos de internación por servicios.

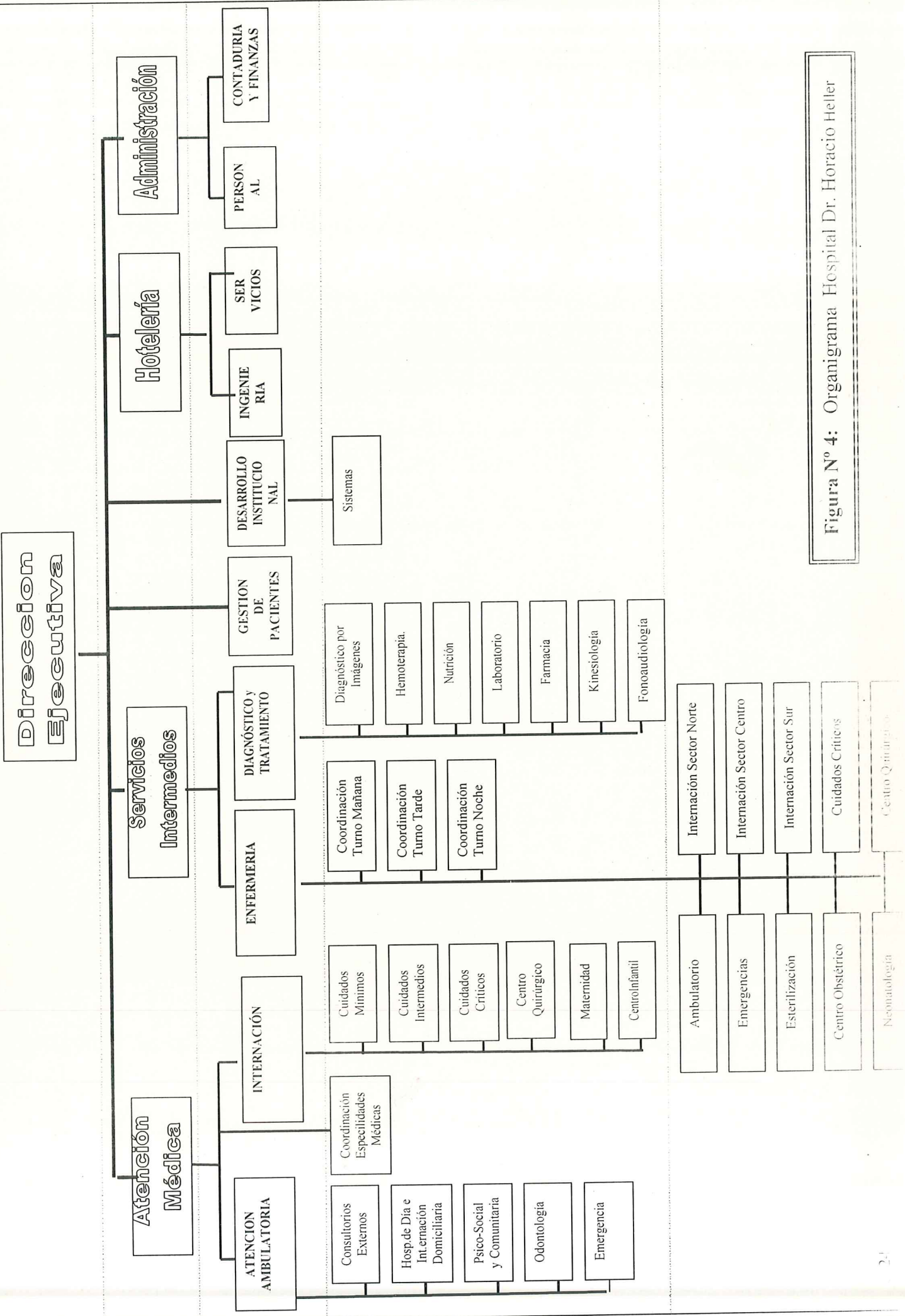


Figura N° 4: Organigrama Hospital Dr. Horacio Heller

3-1-1 Hospital Dr. Horacio Heller: Visión - Misión - Valores

Toda Institución debe tener perfectamente definidos algunos parámetros que son los que marcarán su rumbo, aún en las peores condiciones de funcionamiento o en las crisis más severas que deba afrontar. De este modo, podemos dar distintas acepciones al concepto de **Visión**, como una formulación de toda organización o institución, destinada a convocar y entusiasmar a sus integrantes en pos de ella. La visión debe ser generada comparativamente y nunca impuesta. (Toro Papapietro)

Se define la **Visión** como un proceso psicológico y comunicacional por el cual una o más fuerzas sociales pueden “descubrir” una situación objetiva que cohesione, que exprese sus propios valores que sea al mismo tiempo valorada, deseable y posible y que por su sola enunciación podría direccionar esfuerzos que se orienten en el sentido deseado (Rovere).

⇒ *Nuestra Visión a futuro es trabajar por un hospital inserto en su comunidad y mejor para todos.*⁴

Un Hospital *cada día mejor para los usuarios*, más accesible, más eficiente, con mayor participación de la Comunidad en la resolución de problemas y formulación de propuestas.-

Un Hospital *más cercano al trabajador de salud*, que tienda a involucrar a todos los trabajadores en el proyecto del Hospital, que lo conozca, mejore y perfeccione, donde los logros sean de todos y los desafíos un incentivo para mejorar.-

La **Misión** es la razón de ser de nuestro Hospital, es la consolidación en pocas palabras de todo el desarrollo, organización y funcionamiento, es la puesta a disposición de nuestra Comunidad de todo un proyecto organizacional con un único fin, que es el de darles la respuesta que ellos buscan. La misión de una institución se define como sus propósitos o razones principales de ser. Es la formulación de propósitos de largo aliento y convocantes que distinguen diferencian y dan identidad a la institución con relación a otras. Habla además de la vocación y oficio de la organización. (Toro Papapietro).

⁴ Proyecto del Hospital Dr. Horacio Heller para el quinquenio 2000-2005, Capítulo IV Visión, Misión y Valores, página 41

⇒ *La Misión o finalidad última del Hospital Dr. Horacio Heller es la de dar Asistencia Personalizada, Integral y de Calidad a la población de su área de influencia, y ser, al mismo tiempo un Centro Generador de conocimiento.*⁵

Su función se llevará a cabo a partir del desarrollo de su actividad como Servicio de Salud Polivalente (Hospital Nivel VI de complejidad, integrado al Sistema de Salud Provincial), bajo los criterios de la Atención Primaria de la Salud, teniendo responsabilidad directa sobre su Área Programa, y siendo el Hospital de referencia para el área Oeste de las zonas Sanitarias Metropolitana y Primera.-

Por último, los **Valores** hablan de las características de la institución, que están dados por la suma de las cualidades, errores y aciertos de cada uno de sus integrantes. Es la identificación y el reconocimiento que como Institución, tenemos desde la sociedad. Cuando los valores se elaboran pero se ignoran se cancela una parte importante de la visión compartida. Por el contrario si se exponen a la vista de todos y constituyen la parte central del proyecto se convertirán en símbolo de la conducta que guiará a los integrantes (Senge).

⇒ *Nuestros Valores se pueden resumir en cuatro características sustantivas al modelo de Hospital Público que queremos*⁶

- **Hospital de Calidad:** Accesible, eficaz y eficiente, que privilegie el confort y el cuidado del medio ambiente. Calidad en los Servicios que brinda, orientados a satisfacer las necesidades de los usuarios, que favorezca el entorno del trabajo y propicie la mejora continua.-
- **Hospital Equipo de Salud:** El Hospital es un equipo de agentes de salud con necesidades de comunicarse, de dialogar, de cooperar en el proyecto común, respetando las ideas de todos. El Hospital reconoce que el trabajo y el compromiso de todos aporta valor a la Institución.
- **Hospital del Barrio y de la Ciudad:** Hospital inserto en su barrio con necesidad de dar respuesta hacia su comunidad, pero sin perder la capacidad de hacer frente a los cambios del entorno y responder a las necesidades crecientes del resto de los habitantes y del Sistema de Salud del cual forma parte. Afianzar la estrecha relación de

⁵ Proyecto del Hospital Dr. Horacio Heller para el quinquenio 2000-2005, Capítulo IV Visión, Misión y Valores, página 42

referencia y contrarreferencia tanto entre el Hospital y sus Centros de Salud, como entre el Hospital y otros efectores.

- **Hospital Centro de Conocimiento:** Hospital como difusor del conocimiento hacia la Comunidad, fomentando el autocuidado responsable y hábitos de comportamiento saludables. Hacia el equipo de salud, la capacitación continua de todos sus agentes acordes con las necesidades del Hospital.

- La formación de Recursos Humanos en salud es una parte integrante de la actividad del Hospital, que adecuará su funcionamiento y organización para hacerla posible.-

3-1-2 Objetivos Institucionales ⁷

En noviembre del año 2000, se efectuó el primer concurso de Directores para el Hospital Dr. Horacio Heller, en el que se presentó un proyecto con propuestas para los próximos 5 años de trabajo. La actual conducción accede a la dirección hospitalaria a través de este concurso y de un proyecto elaborado en conjunto con los integrantes del Consejo Asesor Técnico Administrativo, habiéndose propuesto una serie de objetivos a desarrollar en el transcurso de la gestión de conducción, y que forman parte de los Objetivos Generales, y que se desarrollarán durante el período 2001-2005, a saber:

- * **Objetivo general 1:** Promover el crecimiento de la institución basado en el trabajo en equipo y el desarrollo de una visión en conjunto.

- Desarrollar una visión compartida
- Afianzar la conformación de equipos de trabajo estables

- * **Objetivo general 2:** Fomentar un proceso de mejora continua (calidad) para brindar una mejor oferta de servicios.

- Mejorar el sistema de dación de turnos
- Capacitación en epidemiología orientada a la administración de los servicios de salud al personal de conducción

⁷ Proyecto del Hospital Dr. Horacio Heller para el quinquenio 2000-2005, Capítulo IV Visión, Misión y Valores, página 45

- Creación del comité de Epidemiología
- Formalización con periodicidad anual de las reuniones evaluativas del funcionamiento de las Divisiones Ambulatorias e Internación
- Desarrollar un Sistema de Costos hospitalario
- Implementación de un sistema de gestión de higiene y seguridad ocupacional

* **Objetivo general 3:** estimular la creación de una red de organizaciones sociales para el trabajo en conjunto de la problemática sanitaria, social y comunitaria dentro del área de influencia del Hospital.

- Definir población a asistir
- Mejorar reuniones con Comisiones Vecinales, organizaciones sociales y comunidad en general
- Mejorar la comunicación con los Centros de Salud del área de influencia

* **Objetivo general 4:** promover el desarrollo de nuevas modalidades de atención y organización, teniendo en consideración los cambios que se vienen produciendo dentro del Sector Salud con el objeto de dar respuestas válidas a las necesidades sanitarias de la población a asistir.

- Apertura del Hospital de Día e Internación Domiciliaria
- Implementación del Programa de Pacientes Crónicos
- Consolidación del modelo de Hospital por Cuidados Progresivos

* **Objetivo general 5:** incrementar las actividades de generación y difusión del conocimiento.

- Implementación de la Residencia de Medicina General

⁷ Proyecto del Hospital Dr. Horacio Heller para el quinquenio 2000-2005. Capítulo V, Objetivos y diseño de proyectos, página 47.

- Mantener las capacitaciones de pre y post grado vigentes

3-1-3 Análisis del Funcionamiento Institucional

Desde que se designara a la Comisión de Organización y Puesta en Marcha del Hospital Dr. Horacio Heller, con la Misión fundamental de conformar un Equipo de Trabajo que desarrolle la estructura, diseñe la organización, describa los procesos de trabajo y seleccione al personal que luego sería incorporado, fue una constante del grupo convocado, definir un modelo institucional que rompiera las clásicas estructuras verticalistas que durante varias décadas fueron (y aún lo son todavía), *modelos de organización hospitalarias*. El modelo propuesto para el Hospital Dr. Horacio Heller se basó fundamentalmente en una organización estructural de tipo matricial, y en la conformación de Sectores operativos de trabajo, integrados por distintas disciplinas que se debían relacionar entre sí, diseñando toda la metodología de atención directa o indirecta de pacientes, en unidades funcionales centradas en los procesos y en la búsqueda permanente de los resultados. Básicamente la propuesta fue la de desarrollar una institución distinta no solo en su estructura, sino en su funcionamiento y resultados, por lo que se buscó:

- Un diseño distinto que se debía adaptar a los mecanismos clásicos de la administración pública. Las dificultades se presentaron desde el diseño mismo de la estructura organizacional que no contemplaba modalidades funcionales introducidas (bonificaciones), hasta la modalidad de tener que elaborar y presentar la información de producción hospitalaria mediante el modelo tradicional, dado que, por ser el único establecimiento con estas características, no estaba previsto desde el Nivel Central de la Subsecretaría de Salud la incorporación de los datos tal como se producen en el nivel operativo.
- Tercerización de todos los servicios de apoyo del Hospital. Esta decisión, de avanzada en la provincia, permite que la conducción solamente se ocupe de la supervisión y funcionamiento de los servicios brindados por las empresas. Con el transcurso del tiempo, algunos de los problemas que surgieron estaban relacionados a la demora en el pago de los servicios, situación que por momentos provocó algunas dificultades de funcionamiento.-

- La implementación de nuevas técnicas de trabajo dirigidas hacia el área ambulatoria, (grupos terapéuticos, talleres, grupos de auto ayuda, visitas programadas, internación domiciliaria, etc.) que en algunos casos en el corto tiempo se vieron superadas por la alta demanda de pacientes y la dificultad de incrementar el recurso humano asignado a esa tarea, y en otros, como es el caso de la internación domiciliaria, no se pudo habilitar desde la inauguración del Hospital por falta de personal. Esta situación provoca a diario problemas en la entrega de los turnos a los pacientes, quienes habitualmente deben realizar largas esperas y a veces no logran obtener el turno de atención. Este tema ha generado numerosas quejas de la comunidad reclamando una solución, dado que a la demanda de falta de turnos se agregaron otras situaciones tanto o más graves, surgidas desde los mismos pacientes que concurren a atenderse, como ser agresiones físicas, psicológicas o morales hacia la gente que espera, comercialización ilegítima de los turnos que el Hospital entrega gratuitamente, etc. todo lo cual llevó a desarrollar estrategias desde la conducción a efectos de evitar estas situaciones.

- Un modelo de internación que si bien es novedoso y resulta altamente productivo al optimizar mejor los recursos tanto humanos como edilicios, no es del todo aceptado por el personal que siente que su tarea se ve recargada y les resta posibilidades de crecimiento individual. Este es el caso de enfermería, cuyo personal debe rotar por distintos sectores del Hospital mediante un programa de capacitación, manifestando no tener posibilidades de "arraigarse" ni "especializarse" en ningún Sector. Respecto al personal profesional médico, en general esta modalidad de trabajo es aceptada desde lo novedoso, lo funcional y lo laboral, dado que las posibilidades de obtener unidades de internación para aquellos pacientes que las requieran es más fácil que en los modelos tradicionales, pero se debe mantener una muy estrecha comunicación y relación entre éstos y el Sector de Enfermería, ya que si no se generarán conflictos de competencias en la decisión del destino del paciente en la internación.

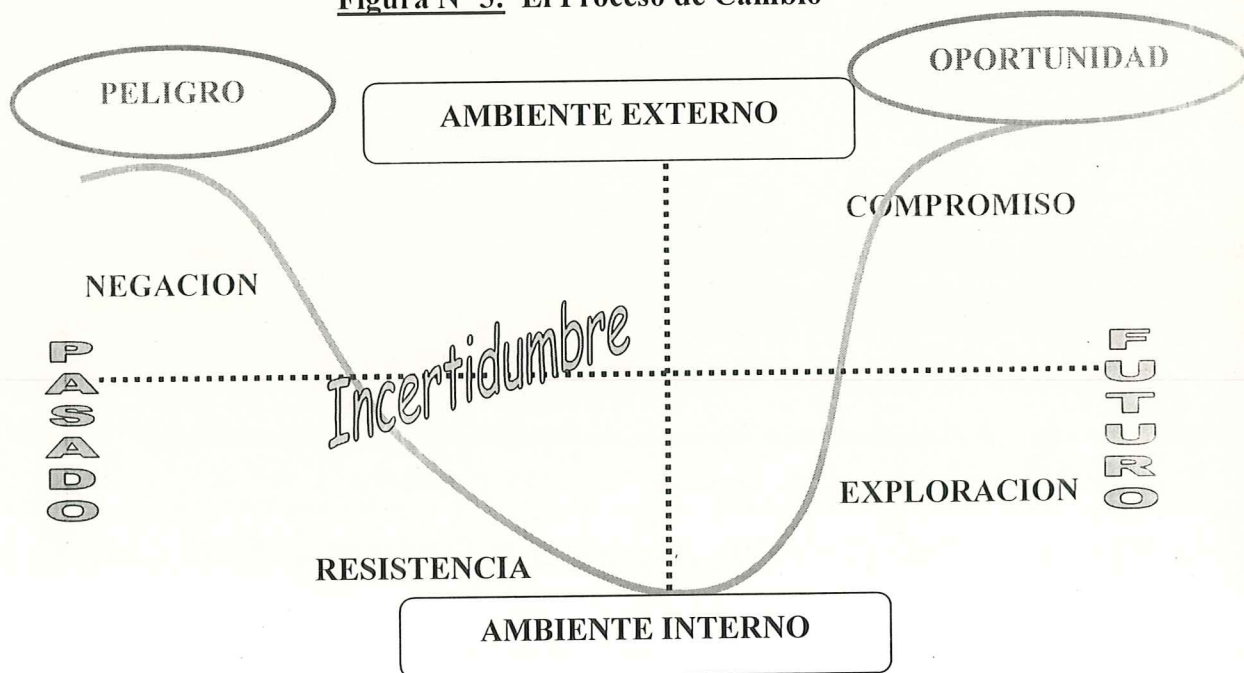
- La base del funcionamiento institucional del Hospital Dr. Horacio Heller al adoptar una estructura matricial para su organización y una internación bajo la modalidad de Cuidados Progresivos de Pacientes, son las *relaciones entre las personas*, la *comunicación* y el *conocimiento, reconocimiento y valoración de las funciones de cada uno*. Sabemos que cada persona tiene sus propios valores, ideologías, pensamientos, intereses, etc. que no en todos los casos concuerdan con los de la institución, por lo que no resulta extraño la generación de conflictos, cuyas soluciones

deberán estar en relación a la tarea de las conducciones y el grado de relación que se halla logrado en cada Sector de trabajo.

Entendemos que todos los cambios que se proponen para esta un nueva estructura de funcionamiento van a generar una reacción en los agentes del Hospital pero apostamos a que se podrán resolver mediante el diálogo y la progresiva aceptación al reconocerse que el funcionamiento hospitalario debe primar por sobre los intereses individuales de las personas, principalmente porque debemos responder con lógica y resultados concretos a los planteos y necesidades de nuestra comunidad.

No desconocemos que los cambios generan resistencia, pero también son oportunidades que no deben ser desaprovechadas en pos del desarrollo de los objetivos institucionales. En el cuadro que sigue⁸ se detallan con claridad las distintas etapas del cambio en las organizaciones. La línea del gráfico expresa el paso del tiempo, el cual puede ser variable tanto para las personas, como para las organizaciones. En el caso del Hospital Dr. Horacio Heller el proceso del cambio es amplio y muy dispar. Si lo analizamos por Sectores de trabajo, en algunos aún hoy tenemos resistencia (generalmente por intereses individuales de las personas) o falta de adaptación al cambio, pero en otros es admirable el compromiso y responsabilidad asumidos al observarse los resultados en las tareas cotidianas.-

Figura N° 5: El Proceso de Cambio



⁸ Góngora Norberto y Spadafora Santiago Gestión del Cambio Organizacional - Módulo 2, Gestión de Hospitales - Buenos Aires 2003

A efectos de realizar un análisis del funcionamiento hospitalario, y para comprender como se inserta (y es reconocido) en su medio a pesar de ser una institución muy joven, se propone analizar el contexto en el que se desarrolla su actividad, a efectos de entender como se relaciona con la sociedad en la que se inserta, y con los diferentes Sectores de trabajo dentro del ambiente hospitalario.-

En general, se suelen diferenciar claramente dos niveles de contexto organizacional, el inmediato, también denominado el ambiente de trabajo de la organización, y el mediato o general, conformado por todos los elementos externos que influyen en la organización.

3-1-3-1 El Contexto Inmediato, Ambiente de Tareas o Espacio

Interno

El contexto inmediato o ambiente de tareas del Hospital Dr. Horacio Heller está constituido por los grupos de personas que se desempeñan y se relacionan entre si. Dado que esta organización requirió de la incorporación de aproximadamente el 85% del personal para comenzar su funcionamiento, desde le principio se presuponía que amalgamar formas de trabajo, costumbres, tradiciones, modalidades de formación, etc. sería una tarea que demandaría arduos esfuerzos. Sabemos que cuando interactúan los distintos grupos de personas en las organizaciones, la emergencia de intereses personales de distinta índole y que no siempre puede ser resueltos en un clima organizacional adecuado, incrementa la desconfianza del agente para el logro de los objetivos, (tanto suyos como de la organización), y en algún momento se generará un conflicto. Al analizar la situación interna de nuestra Institución, surgen visibles conflictos dentro y entre los diferentes Sectores de trabajo, dado que las situaciones que surgen y requieren un tratamiento más o menos inmediato, suelen ser relegadas por la constante aparición de dificultades inherentes al funcionamiento de la nueva estructura. Esta priorización en la atención y solución de los problemas generaron desconfianza y recelo en una parte del personal hospitalario, lo cual provocó en forma paulatina dificultades de funcionamiento por problemas de comunicación.-

Otro aspecto a tener en cuenta, en el desarrollo del análisis interno de nuestra organización, es el relacionado a los *valores de las personas*, trascendental ya que a la situación mencionada anteriormente, se le debe incorporar este aspecto que tiene tanto o

más importancia, ya que hablamos de actitudes arraigadas en lo profundo de las personas. Cada uno de los integrantes de la organización tienen pautas de orientación de valores que se han ido conformando a lo largo de su vida, de acuerdo a sus experiencias, enseñanzas, culturas, tradiciones, etc. y que se ponen de manifiesto no solamente en las actividades laborales planificadas para su puesto de trabajo, sino en todas sus actitudes cotidianas. La sumatoria de estas experiencias apoyados en estos valores determinarán el comportamiento organizacional. Es función indelegable de la Conducción hospitalaria en sus diferentes niveles, el estimular convenientemente y en los momentos apropiados a sus integrantes, a efectos de hacer emerger las conductas beneficiosas existentes en su personal, intentando además transformar las actitudes que entorpecen el normal funcionamiento hospitalario.-

3-1-3-2-El Contexto Mediato o Ambiente Externo

Está compuesto por los elementos que influyen en forma indirecta en la organización, o sea que influye y actúa sobre el contexto inmediato o ámbito interno de la institución. Se incluyen todos aquellos actores que forman parte del desarrollo organizacional.

a) El Entorno Político:

Si bien es cierto, el gobierno político de la provincia del Neuquén desde tres décadas recae en un partido de extracción provincial, los sucesivos cambios democráticos en los cinco años de funcionamiento generó incertidumbre por la continuidad del modelo planteado. De todos modos las diferentes gestiones políticas del Ministerio de Salud avalaron el modelo pudiéndose continuar no solo con el proyecto original, sino también con el Proyecto propuesto por la actual conducción hospitalaria en el marco del Concurso de Directores realizado en el año 2000.-

Si bien, la década de los '80 marcó un paso importante en lo que se refiere a los procesos de reforma del Estado, la provincia del Neuquén no adhirió a muchos de estos cambios propuestos por el Nivel Nacional, y se mantuvo con su funcionamiento tradicional. En lo que se refiere al Sector de Salud, los cambios han sido escasos, y en muchas oportunidades, a pesar de haberse propuesto desde los lineamientos políticos, no se llevaron a cabo a veces por falta de consenso, y otras por estar muy arraigado en los agentes del estado y en la sociedad conductas tradicionales de difícil modificación.-

b) El Entorno Demográfico y Social

La zona oeste de la ciudad del Neuquén es la que ha presentado uno de los mayores crecimientos poblacionales de la provincia, concentrándose solo en el departamento Confluencia el 66.5% de la población provincial. Como consecuencia directa de este elevado crecimiento migratorio, en un contexto económico provincial y nacional muy difícil, es lógico esperar que los mayores problemas de su área programaban a estar relacionados con el aspecto social, económico y cultural, por la estrecha relación con los problemas de desocupación, marginación y pobreza. Es interesante analizar las siguientes cifras, dado que en este contexto desarrolla su actividad nuestro hospital.

- Hay un 42% de pobres⁹ siendo uno de los más altos indicadores de la Patagonia. Al estar determinado por el nivel de ingresos en los hogares, el deterioro económico de la población agravado por la falta de cobertura social, genera un exceso de la demanda de atención en los efectores del subsector Público de Salud.

- Respecto de la desocupación¹⁰, y efectuando un análisis hasta el año 2003, la misma creció al 16.7% (16732 personas en la ciudad, la mayor parte radicada en la zona oeste). Estos valores se elevan a un 20.9% si incluimos a los beneficiarios de la Ley 2128, y al 31.6%, si tomamos en cuenta a la población en edad económicamente activa excluidas del mercado formal de trabajo, con serios problemas de empleo y cobertura social.

- Un análisis especial merece la población inmigrante que empujados por la crisis nacional y regional del momento, adoptan en forma casi forzada esta ciudad como su lugar de residencia. Según datos del Registro Civil de la provincia del Neuquén¹¹, entre el año 2001 y el primer trimestre del 2002, 13.093 personas registraron su domicilio en esta ciudad, lo que implica un promedio mensual de 873 personas radicadas.-

⁹ Datos publicados en encuesta Permanente de Hogares por Juan Carlos del Bello, titular del INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) en base a Encuesta Permanente de Hogares, onda mayo-junio de 2002.

¹⁰ Datos de la Dirección Provincial de Estadística y Censo – Encuesta Permanente de Hogares, octubre de 2001

¹¹ Publicado en Diario Río Negro, sección Regionales de fecha domingo 5 de mayo de 2002

- En cuanto al lugar de origen de los nuevos pobladores, la mayoría provienen de la vecina provincia de Río Negro, seguidos de tucumanos, formoceanos y mendocinos, integrados con extranjeros, principalmente bolivianos, que suplieron la ola migratoria de los chilenos de la década anterior.

- Las principales causas de esta migración forzada está relacionada con las crisis regionales, que contribuyen al quiebre de los sistemas de salud y red social en sus lugares de origen.-

- Entre las consecuencias del cuadro de situación mencionado anteriormente, la situación más alarmante es la proliferación de los asentamientos irregulares sobre tierras fiscales, espacios verdes y baldíos, generalmente localizados sobre áreas con serios conflictos ambientales y legales para su urbanización, todo lo cual lleva a graves problemas de saneamiento básico, con proliferación de patologías en las que se requiere la coordinación de múltiples sectores para su tratamiento, a saber, educación, salud, municipio, organizaciones barriales, etc.

c) El aspecto Comunitario y Sanitario

Teniendo en cuenta la situación expuesta precedentemente, podemos inferir que el proceso Salud – Enfermedad está socialmente determinado por las características del lugar y las condiciones de los grupos sociales que lo componen. En otras palabras el paso de la Salud a la Enfermedad está condicionado por las características de estructura y organización de la sociedad.-

Si bien la crudeza de la realidad planteada se refleja en general en los Barrios de la zona de influencia del Hospital, hecho agravado por la constante aparición de nuevos asentamientos instalados durante los últimos dos años, la comunidad ha logrado algunas respuestas alentadoras a través de diversas organizaciones (Comisiones vecinales, Barriales, formación de grupos de Agentes Promotores Sociales y actividades de saneamiento básico, capacitaciones en elaboración de alimentos estacionales, etc.). Otro aspecto que también fue positivo para menguar las consecuencias de la situación imperante, fue la implementación de los componentes de la Atención Primaria de la Salud, con el objeto de trabajar en forma conjunta con la comunidad para conocer sus necesidades y planificar en consecuencia.

3-2 La Organización Matricial

Es el modelo organizativo adoptado por la conducción para implementar en el Hospital Dr. Horacio Heller, basándose en la premisa de la incorporación de equipos de trabajo para el desarrollo de las diferentes actividades hospitalarias. Este modelo de organización, también es llamado de *organización de proyectos*.-

Si un proyecto es “*una combinación de recursos humanos y de otro orden, aunados en una organización temporaria para el logro de un objetivo específico*”, la propuesta hospitalaria es la de encolumnar al personal en pos de lograr un objetivo único (Misión Institucional). Es en la organización de los Centros Quirúrgicos donde se evidencia con mayor claridad este tipo de organización, donde todo el personal del mismo trabaja mancomunadamente para la resolución del objetivo en común (el paciente que requiere de un determinado procedimiento quirúrgico). La diferencia con la implementación en la organización general del hospital, radica en que no tiene un final previsible; en el quirófano el equipo se disuelve luego de resuelta la cirugía, y cada agente vuelve a su dependencia original, enfermeros, instrumentadoras quirúrgicas, médicos, dejando de lado la dependencia momentánea que tenían a través de cirujano. El objetivo en común, la cirugía, ya había sido resuelta. Esto no sucede en esta propuesta hospitalaria, dado que la Misión del Hospital Dr. Horacio Heller, (“...brindar *Asistencia Personalizada, Integral y de Calidad a la población de su área de influencia*”)¹² no tiene un final previsible, por lo que estos equipos de trabajo se deberían mantener en forma permanente. Son soluciones organizativas a problemas derivados de la distribución del poder, adoptándose de esta forma una estructura matricial de carácter permanente.-

En este tipo de organización se transfiere la autoridad y responsabilidad para la realización del “proyecto” (por ej. la atención ambulatoria de pacientes, o en la internación, o la dación de turnos, etc.) a una persona del sector de trabajo que se trate (Jefe de Sector, Jefe de División, etc.), asignándosele el personal necesario que se extrae de las estructuras funcionales del establecimiento. Surgen así dos líneas de dependencias funcionales, una horizontal en relación a la actividad específica a realizar

¹² Proyecto Hospital Dr. Horacio Heller, noviembre de 2000. Capítulo IV - Visión, Misión y Valores, página 41.

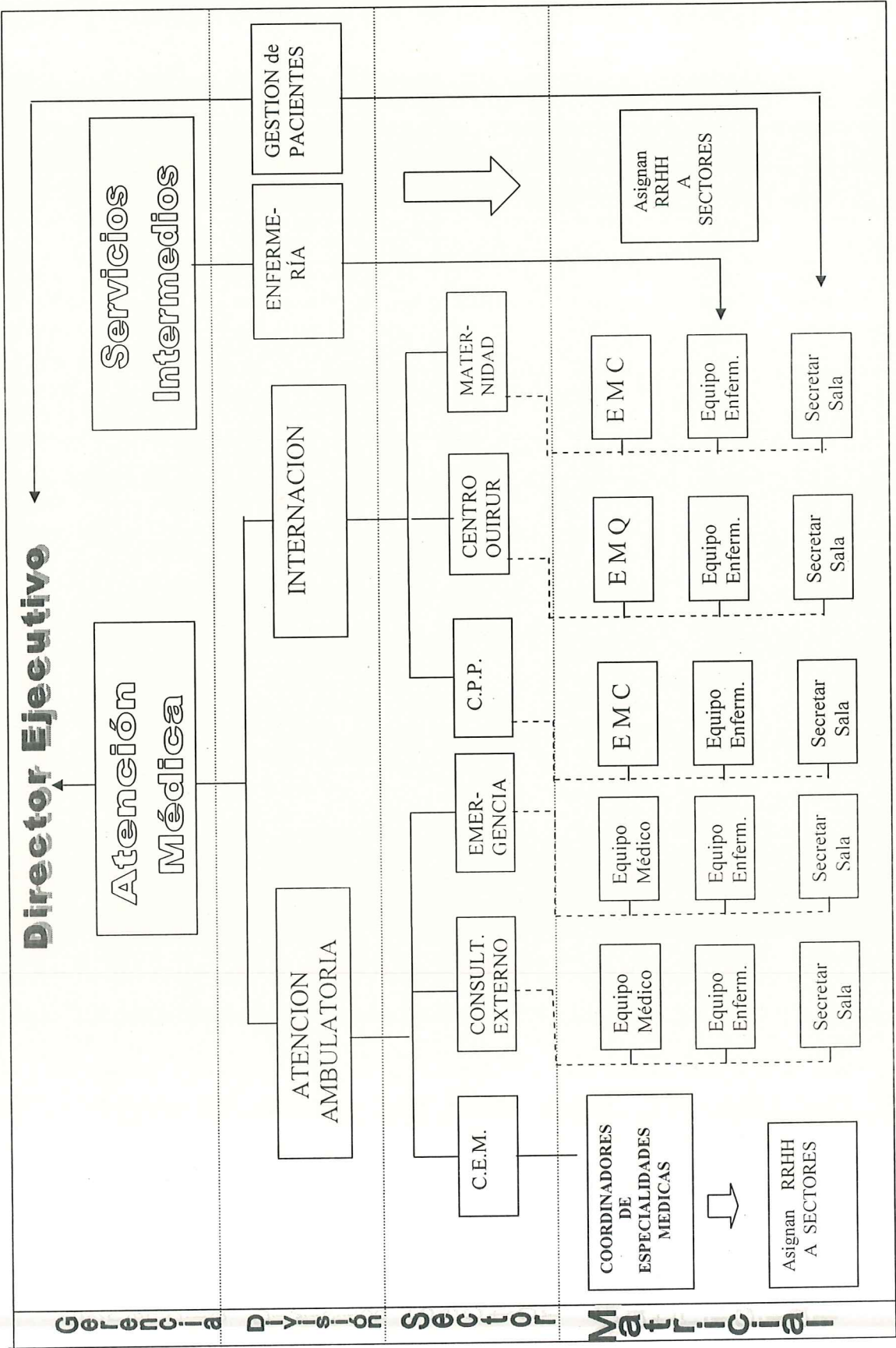
con un responsable del mismo, y otra vertical que tiene que ver con las líneas de mando formales y el apoyo institucional a cada proyecto u objetivos de trabajo.-

Para que esta modalidad laboral funcione adecuadamente, se requiere de una correcta coordinación entre sí y entre todos los Sectores de la institución. Es un proceso que debe ser continuo y debe afectar a todos los procesos de la organización. No debe ser una actividad esporádica o independiente, sino una acción preponderante y consustancial a la propia organización. La necesidad de coordinar surge de la división del trabajo para aumentar la eficacia de la organización, teniendo en cuenta los dos planos de trabajo que se describieron anteriormente (línea de trabajo horizontal y vertical). La complejidad de las tareas hospitalarias hace de la coordinación un elemento fundamental para el buen funcionamiento institucional.-

Según Mintzberg se pueden describir cinco mecanismos de coordinación como elementos esenciales para mantener unida a la organización:

- Adaptación mutua: toma un papel preponderante la comunicación informal, y el control de trabajo queda a cargo de los que lo producen.
- Supervisión directa: una persona se encarga de la supervisión de las demás, dándoles instrucciones y controlando sus tareas.
- Normalización de los procesos de trabajo: hace referencia a la estandarización de todos los procesos de trabajo, con el objeto de que cada agente sepa exactamente cual es su tarea dentro de la organización.
- Normalización de las capacidades y conocimientos: se refiere al diseño de cada puesto de trabajo, en el que se debe explicitar con toda claridad las especificaciones propias de la actividad que debe realizar.
- Normalización de los resultados: se relaciona con los objetivos institucionales, utilizándose el control de rendimiento como mecanismo de control. Los resultados se normalizan cuando se especifican.

Figura N° 6: Estructura matricial Hospital Dr. Horacio Heller



Como entidad de servicios, el hospital necesariamente requirió especializarse a efectos de diferenciar sus actividades, dando lugar a una división funcional, que surge de las funciones asistencial y auxiliar. En el caso del Hospital Dr. Horacio Heller la función asistencial la desarrollan unidades dependientes de dos líneas jerárquicas situadas en paralelo, la Gerencia de Atención Médica y la Gerencia de Servicios Intermedios con sus áreas dependientes: el Servicio de Enfermería, Kinesiología, Fonoaudiología, entre otras, y la función auxiliar la llevan a cabo las áreas administrativas y de servicios generales. Esta división de la función asistencial en dos líneas en paralelo, en la que por las características del trabajo obliga a desempeñarse juntos a médicos y enfermeros, crea una serie de conflictos en los núcleos de trabajo y entre los mandos intermedios. La organización de matriz ofrece un medio para romper esta barreras entre especialistas, permitiendo a su vez integrar a las distintas especialidades médicas y a los integrantes de los servicios de enfermería para trabajar en pos de un objetivo en común. Se incrementa la adaptabilidad y la coordinación, haciéndose un buen uso de los recursos humanos. Cada agente es responsable por la tarea que realiza, minimizándose la presión de los controles, y permitiéndose al personal de los niveles medios y bajos de la organización, a efectuar aportes que de otra forma no serían tenidos en cuenta.-

Sin embargo, uno de los puntos generadores de dificultades y conflictos más importante, está relacionado al doble flujo de autoridad, dado que la estructura sacrifica el principio de la unidad de mando, sustituyéndolo por la doble autoridad, ocasionando una doble dependencia en los agentes, orgánica y funcional (nuevamente está relacionado con los dos planos descriptos anteriormente). Esta dualidad en la fidelidad de dependencia y de responsabilidad afecta la actividad de funcionamiento de los equipos. Una forma de solucionarlo es dando un mayor relieve a los objetivos del equipo. Otra dificultad es el número importante de reuniones que habitualmente consumen mucho tiempo, pero que son necesarias para prestar atención a los inevitables conflictos que se generan en todos los grupos de trabajo.-

Es sin duda la implementación de esta característica organizacional una de las mayores resistencias a las que nos enfrentamos al proponer un cambio en la gestión hospitalaria, dado que la cultura tradicional no solo está arraigada en las personas por tradición, experiencias pasadas y conocimientos, sino que es el modelo que

habitualmente se ha implementado históricamente en las organizaciones, por ser el más conocido y el que en su momento generó un cambio importante.-

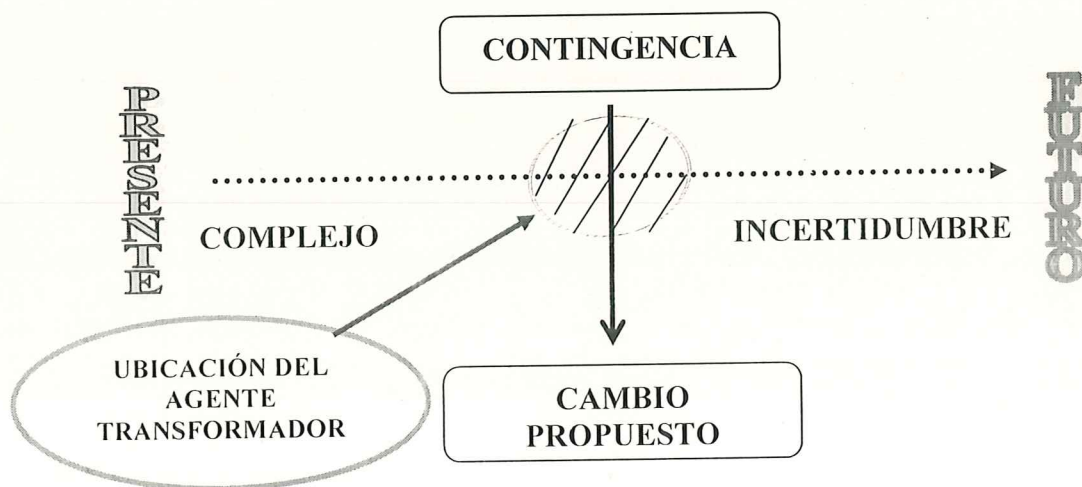
A efectos de poder generar y ayudar a lograr el cambio en las personas y los Sectores de trabajo involucrados, tanto la Conducción jerárquica como la Intermedia, deberán implementar *pautas para enfrentar esta resistencia* (participación activa en el cambio, recompensas a los cambios de conducta, etc.) *dirigir la transición* a efectos de “acompañar” al personal (desarrollar en conjunto imágenes a futuro, actividades que favorezcan el cambio, etc.) y dar *formas concretas a las propuestas de cambio* (comprometer a personas claves y construir estabilidad mediante la observación de las ventajas que genera)¹.-

Como se describe en párrafos anteriores, una forma de llevar adelante este proceso es a través de continuas reuniones de trabajo, que aunque insuman un tiempo considerable son claves para la aceptación y el reconocimiento de las nuevas propuestas. Quienes asuman esta responsabilidad, deberán ser capaces de transitar en forma equilibrada un espacio teórico que está conformado por dos líneas que se entrecruzan:

- Una que va de la Contingencia al Cambio que se propone
- Otra que es el Tiempo, que se desplaza desde el Presente al Futuro

En el gráfico que se detalla a continuación es posible visualizar los conceptos explicados precedentemente.

Figura N° 7: Estrategias para el cambio



¹ Góngora Norberto y Spadafora Santiago Gestión del Cambio Organizacional - Módulo 2, Gestión de Hospitales - Buenos Aires 2003

Figura N° 8: Diagrama matricial de Servicios Intermedios

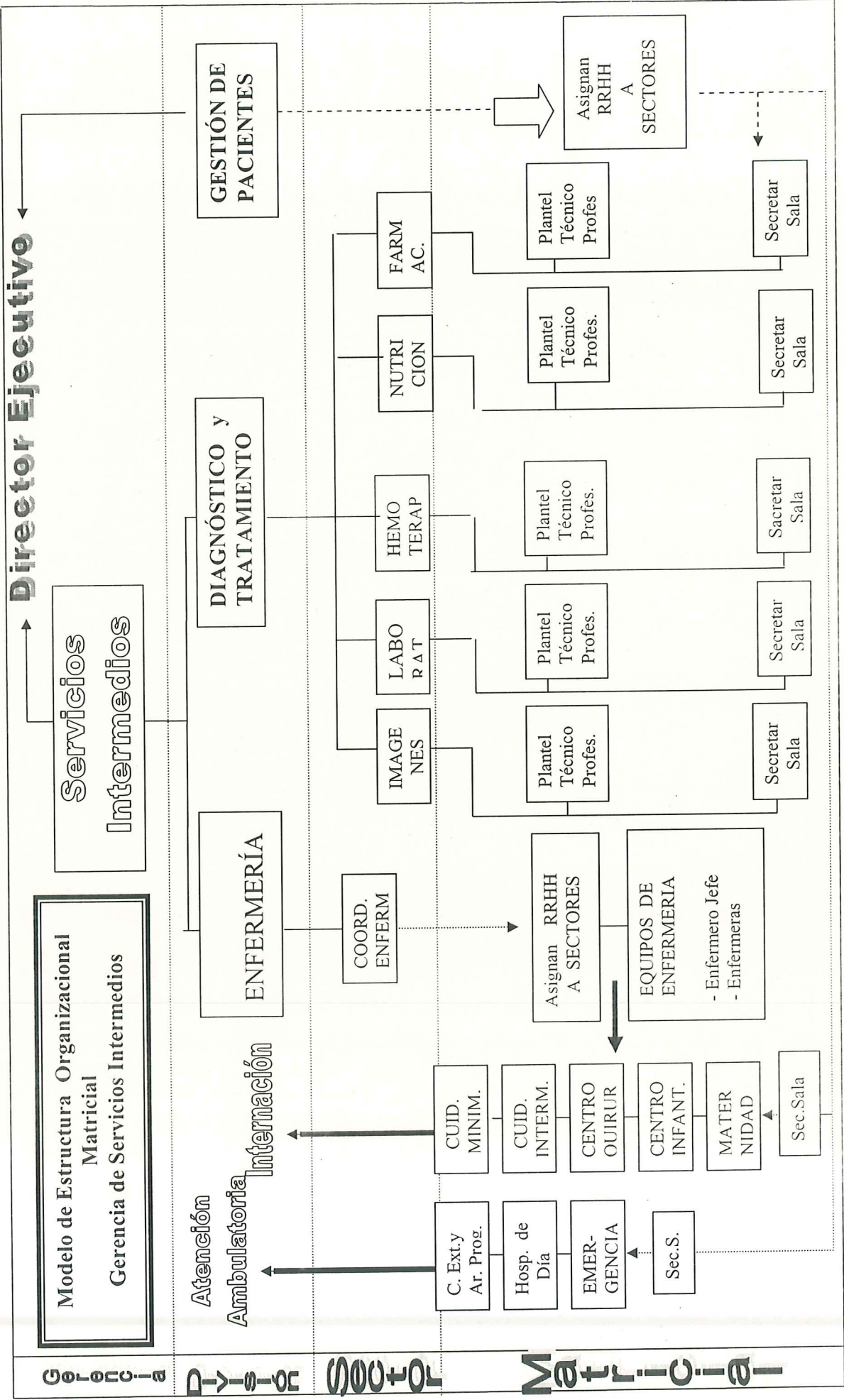
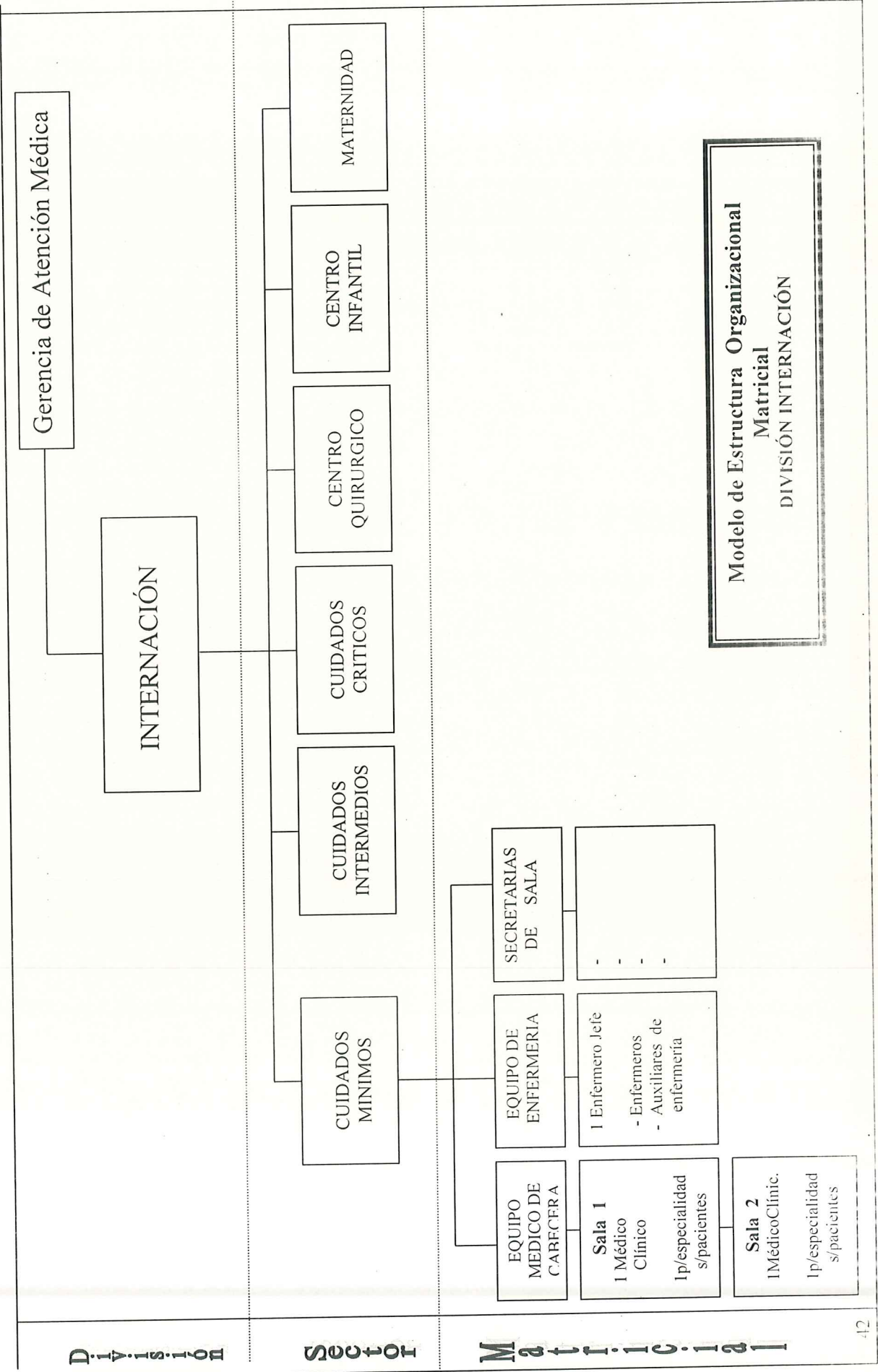


Figura N° 9: Diagrama matricial de Internación



Como vemos en los organigramas presentados en las páginas anteriores, una de las mayores dificultades que se deben afrontar en el funcionamiento de estas estructuras es la dualidad de las decisiones, lo cual frecuentemente genera conflictos intra o inter sectoriales. Existen tres razones fundamentales por las cuales se justifica el uso de estructuras matriciales en las organizaciones modernas, a saber:

- La existencia de la doble línea de mando hace necesario que quienes deban tomar decisiones, deberá hacerlo dentro de ese punto de equilibrio que media entre la contingencia y el cambio y la incertidumbre y el futuro deseado, de esta forma ambas líneas de mando encontrarán razonablemente balanceado su poder dentro de la organización.
- Otra razón fundamental radica en el importante número de datos e información que se maneja en todos los niveles, lo cual hace que se pueda delegar en las personas tareas específicas, sin perder el Jefe de Sector el conocimiento global del contexto y la capacidad de manejar las decisiones en ese medio.
- Por último, la conducción superior debe establecer las normas para el funcionamiento deseado el resto del personal contribuirá al mantenimiento de este proceso. Sólo los conductores de más alto nivel jerárquico tendrán la visión global de la institución, que le permitirá mantener expectativas superiores para la organización.

Toda organización que pretenda trabajar de forma matricial, debe incluir para su funcionamiento no solamente la estructura, sino el comportamiento y los sistemas, en definitiva debe primar la cultura matricial. En la medida que esto ocurra y se adopte como parte de la institución, se minimizarán las clásicas dificultades y conflictos que se generarán por la ya mencionada dualidad de mandos.

3-2-1 Ventajas de la estructura matricial

En base a la experiencia aportada por cinco años de trabajo bajo esta modalidad, se pueden definir las siguientes ventajas de la estructura matricial en nuestra organización:

1. Mayor flexibilidad y estabilidad de la organización.
2. Facilita las relaciones intersectoriales a través del contacto entre los miembros de la organización que cumplen distintas funciones.
3. Flujo de información más rápido, compartiéndose e intercambiándose el conocimiento.
4. Reducción de los conflictos entre diferentes funciones, y en especial el derivado por conflictos de objetivos.
5. Aumento de la motivación de los que trabajan en un proyecto común, aprovechándose la especialización para lograr una mayor eficiencia.
6. La combinación de personas y recursos que se utilizan para un objetivo en común pueden cambiarse fácilmente de acuerdo a las cambiantes necesidades de funcionamiento del Sector.
7. Se reducen los costos de funcionamiento

3-3 Los Cuidados Progresivos

3-3-1 Antecedentes e Historia:

La necesidad de actuar perentoriamente en el sitio de ocurrencia de los accidentes o enfermedades graves de aparición súbita, determinó que en la Inglaterra de 1885 se crearan los Servicios de Urgencias, que se radicaron inicialmente en las estaciones de bomberos; al año siguiente se extendió esta experiencia a Viena, en 1887 a Budapest, en 1903 a Kiev capital de Ucrania, y al constituirse la URSS, a todo ese territorio europeo. La efectividad de las acciones, y el ordenamiento de las causas de muerte en naciones desarrolladas determinó el nacimiento de sistemas análogos en las capitales y principales ciudades de los países industrializados, con alta calidad técnica y equipos sofisticados. En varias regiones del Tercer Mundo se crearon sistemas parecidos, con primacía de personal paramédico entrenado, sobre todo en funciones de reanimación cardio respiratoria.-

El concepto de **Cuidados Progresivos** ha sido empleado durante siglos por los japoneses, más tarde lo utilizó Florence Nightingale, y desde hace muchos años se aplicó también a los hospitales militares; sin embargo, la denominación de atención progresiva a pacientes fue usada originalmente a partir de 1956 por el Manchester Memorial Hospital, donde los cuidados progresivos se definieron como una clasificación sistemática de los pacientes de acuerdo con las necesidades observadas por el médico y la enfermera y teniendo en cuenta las facilidades del hospital, en forma que se dividían en distintas unidades, en Cuidados Intensivos, Cuidados Intermedios y Cuidados Mínimos.-

Entre las ventajas que sobresalían en este nuevo modelo de atención, que se generalizó y adaptó a las características de la salud pública y los hospitales de los países donde se implantó, figuraban:

- Mayor racionalidad y flexibilidad en la utilización de los servicios
- Reducción de los costos,
- Reducción de la mortalidad
- Retorno más rápido del paciente a la comunidad

A finales de la década de los 50, las salas de recuperación anestésica o postoperatorias fueron muy importantes para garantizar la atención progresiva a los pacientes graves y críticos, razón por la cual se les considera como el punto de partida para la aceptación a escala mundial, de este sistema asistencial.-

En nuestro país se estableció un Sistema de Clasificación de Pacientes, que tenía en cuenta la distribución del personal de enfermería para su atención en el área de internación, conociendo previamente la carga de trabajo². Mediante este sistema se distribuyen en categorías a los pacientes, de acuerdo con ciertas necesidades asistenciales, que pueden ser observadas clínicamente por la enfermera. A partir de estos conceptos, se toman en cuenta los siguientes aspectos para decidir el tipo de cuidado que un paciente debe recibir:

- ✓ Grado de dependencia de los pacientes
- ✓ Necesidades individuales

² Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Enfermería en Establecimientos de Atención Médica. Programa Nacional de Gestión de la Calidad.

- ✓ Atención directa e indirecta
- ✓ Características de la atención hospitalaria en el Sistema de Salud

El Sistema de Clasificación de pacientes en la internación basado en necesidades y grado de dependencia de enfermería en pacientes adultos, es la siguiente³:

- Categoría I - Cuidados Mínimos
- Categoría II - Cuidados Moderados
- Categoría III - Cuidados Intermedios
- Categoría IV - Cuidados Especiales
- Categoría V - Cuidados Intensivos

3-3-2 Internación por Cuidados Progresivos de Pacientes

Este modelo se basa en principios simples y de fácil comprensión y aplicación poniendo especial énfasis en los modelos matriciales de organización de las tareas.

La OPS adoptó la siguiente definición para el tema: *"el Cuidado Progresivo de Pacientes es la concepción mediante la cual se organizan los servicios según las necesidades de atención del mismo, de tal forma que el enfermo reciba los cuidados en el grado que los requiera, en el momento más oportuno, en el sitio o área de hospital más apropiado a su estado clínico, independientemente de la especialidad por la que recurre"*.

La modalidad de Internación por Cuidados Progresivos de Pacientes reemplaza la internación según servicios tradicionales, por otra adaptada a las necesidades de atención del paciente. A la clásica disposición vertical de agrupamiento por especialidad se le superpone una modalidad de organización horizontal que da homogeneidad a la atención de aquellos pacientes que presentan un similar grado de quebrantamiento de su salud, o una similar necesidad de prestaciones, prácticas y cuidados. Así, podemos encontrar en una misma sala pacientes traumatológicos, quirúrgicos, ginecológicos, clínicos etc, siendo identificada la pertenencia a la especialidad con una tarjeta de colores ubicada en la cabecera de la cama según código de colores preestablecido.-

³ Tomado textualmente del PNGC, Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Enfermería en Establecimientos de Atención Médica

Por lo antes expuesto y a fin de operativizar su funcionamiento, la internación del Hospital Horacio Heller fue dividida en sectores por intensidades de atención: Cuidados Mínimos, Cuidados Intermedios y Cuidados Críticos. Cada Sector de internación presenta treinta y seis camas, divididos en habitaciones de dos camas con baño privado. Para asignar cada paciente en el Sector adecuado, se tendrán en cuenta los requerimientos de carga horaria de trabajo que va a demandar tanto en atención médica como de enfermería y de infraestructura edilicia - oxígeno central, aspiración, aire comprimido, etc. -

Debemos mencionar que no incluimos en este modelo organizacional al sector de Maternidad, por considerarse el embarazo, parto y puerperio no complicado como una situación fisiológica de la mujer en edad fértil y no ser representativa de patología alguna. Este sector será atendido por médicos Tocoginecólogos. Si se hace necesario internar alguna complicación y/o patología agregada al mismo será derivada al sector de internación que indica la complejidad de la patología.

En este modelo de internación, las áreas de Pediatría y Neonatología (atendidos por Pediatras Generales) se encuentran sectorizadas con el fin de separarlas de la atención de los adultos, pero respondiendo al sistema de Internación por Cuidados Progresivos.-

Esta modalidad de atención por cuidados progresivos es completamente flexible en cuanto a la evolución clínica del paciente, dado que por ejemplo, enfermos que en su inicio por su estado ocupaban una cama de Cuidados Críticos, en el transcurso de su internación y evolucionando favorablemente se los podrá pasar a otro sector de cuidados, (Mínimos o Intermedios) y posteriormente egresar del hospital. Lo mismo ocurriría en la situación inversa.

3-3-2-1 Niveles de Organización

La atención en la internación se brinda a partir de 3 niveles de organización:

En el **primer nivel**, en cada sala de cada sector el denominado Equipo Médico de Cabecera (EMC), se encargará del cuidado diario y directo de los pacientes. Este Equipo Médico de Cabecera estará conformado por un profesional de Clínica Médica y un Especialista relacionado con la patología que motivara la internación del paciente, y podrá solicitar la interconsulta de cualquier otra especialidad si el estado de salud del enfermo así lo requiere.-

El Equipo Médico de Cabecera, reemplaza al médico único de cada paciente, efectúa su admisión, actualiza su atención, solicita estudios, propone, dispone y aplica terapéuticas y realiza todos los registros convencionales y legales. (Historias clínicas, solicitudes de estudios complementarios, etc.).

En el **segundo nivel**, las actividades de cada sector de cuidados (Cuidados Mínimos o Intermedios), son coordinadas por el Jefe del Sector. Disponen el ingreso y egreso de pacientes a su sector, organizan revistas o pases de sala, coordinan con otros niveles, autorizan y/o ejecutan determinadas terapéuticas, prácticas o procedimientos y son responsables por la eficiente y completa atención en el área, como asimismo del correcto llenado de la historia clínica al egreso del paciente.-

El **tercer nivel**, sería el encargado de conducir y controlar la operatoria global de la internación y su ajuste a las normas previstas. El responsable del mismo para nuestro funcionamiento es el Jefe de la División Internación, quien depende de la Gerencia de Atención Médica.

3-3-2-2 Funciones por niveles de organización

1º Nivel (*Equipo Médico de Cabecera*)

- Disponer la internación del paciente y asumir la responsabilidad técnica-asistencial en forma directa durante su estadía.
- Efectuar la evaluación diaria del paciente
- Confeccionar y actualizar la HC de los pacientes.
- Solicitar interconsultas y estudios complementarios cuando la patología del paciente así lo requiera.
- Entregar los pedidos de interconsulta en la secretaría del Sector y disponer el envío de los estudios complementarios para su realización.
- Cumplimentar diariamente el formulario "Indicaciones médicas". – medicación, dieta, cuidados especiales, controles, etc.-
- Efectuar el " Informe Diario " del estado del paciente, a éste y sus familiares.
- Proponer las altas, cambios de Sector y/o derivación a otros centros asistenciales de los pacientes bajo su responsabilidad.

- Otorgar el alta médica, confeccionar Epicrisis, efectuar el cierre de la HC y enviarla para su archivo.
- Orientar al paciente sobre tratamiento y control ambulatorio a seguir al alta.
- Firmar las certificaciones médicas de los pacientes internados.
- Confeccionar el certificado de defunción en caso de fallecimiento del paciente.
- Solicitar y tramitar la necropsia en caso de muerte dudosa, con la conformidad de los familiares y/o el juez.
- Identificar en la cabecera, con el color correspondiente, a la/s especialidades responsables del seguimiento y atención del paciente.
- Comunicar el alta del paciente a los Servicios de Enfermería y Estadística del Sector, para que los mismos efectúen los controles y registraciones pertinentes.

2º Nivel (*Jefe de Sector*)

- Coordinar el buen funcionamiento del Sector a su cargo.
- Supervisar la actuación de los médicos en la adecuada atención que se le brinde a los pacientes.
- Aceptar ingresos y altas del sector
- Elaborar con los médicos, propuestas de normas y procedimientos para la atención en el Sector de su competencia.
- Determinar los horarios de recorrida de sala.
- Seleccionar pacientes para ateneos
- Coordinar los horarios, guardias y licencias del personal médico asignado a su Sector, con los Coordinadores de Especialidades.
- Definir los requerimientos de médicos para el primer nivel.
- Solicitar al Coordinador de la especialidad que corresponda, la realización de las interconsultas determinadas por el equipo médico.

- Supervisar la apertura y actualización de las HC. (correcto llenado y documentación archivada.)
- Coordinar y Supervisar con el enfermero Jefe las tareas del Servicio de enfermería en el Sector.
- Coordinar con la Supervisión de Enfermería respectiva la prestación del Servicio en el Sector, en el marco de la programación establecida.
- Solicitar la aplicación de las sanciones que considere conveniente a fin de garantizar la adecuada atención de los pacientes, cuando a su juicio se detecte mal desempeño o incumplimiento de las normas preestablecidas por parte de profesionales y personal de enfermería asignado a su Sector.

3° Nivel (*Jefe de División Internación*)

- Organizar, coordinar y controlar las actividades tendientes a brindar asistencia clínica, quirúrgica y especializada a los pacientes internados en todos los sectores bajo su dependencia.
- Coordinar la participación asistencial de todas las especialidades para el adecuado diagnóstico y tratamiento de los pacientes internados.
- Coordinar las actividades asistenciales con otras áreas o servicios del hospital.
- Elaborar, implementar y controlar el cumplimiento de las normas de diagnóstico y tratamiento y de procedimientos.
- Solicitar la aplicación del régimen disciplinario para el personal designado o asignado en los Sectores bajo su dependencia, cuando lo considere necesario.
- Elaborar el programa de actividades, estimar las necesidades y confeccionar el proyecto de presupuesto anual del área.
- Establecer con la superioridad, políticas de atención en la internación.

3-3-3 Clasificación de Pacientes según Cuidados

La internación según Cuidados Progresivos de Pacientes, requiere disponer de parámetros que posibiliten realizar una clasificación de los pacientes, de acuerdo con las necesidades asistenciales que el estado del mismo demande.

Para ello se ha elaborado una guía con indicadores⁴ sobre aspectos a considerar sobre el estado que presenta el paciente al momento de su internación, teniendo en cuenta que se deberá realizar una evaluación de conjunto de los ítems, en forma global y no individual.

Hay que tener en cuenta la sumatoria de actividades que requiere cada paciente durante su internación y de esta manera ubicarlo en el sector que necesita para que su problema sea solucionado de la mejor manera posible en tiempo y forma, recibiendo una atención de calidad y con el personal capacitado para ello.-

En el Hospital Dr. Horacio Heller fue necesario realizar una adecuación de la modalidad de Internación por Cuidados Progresivos según la clasificación brindada por el Programa Nacional de Gestión de la Calidad en sus Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Enfermería en Establecimientos de Atención Médica, dado que su complejidad de atención y la inserción en el Sistema de Salud Provincial, lo hacen prescindir de la alta complejidad de atención (Unidad de Terapia Intensiva, o Cuidados Intensivos de la clasificación), por lo que los niveles de atención quedaron definidos de la manera que sigue:

3-3-3-1 Cuidados Mínimos:

Índice de horas de atención de enfermería = 1 horas.

Unidad de producción de enfermería = 20 u.p.e.⁵

- Paciente colaborador.

⁴ Basado en "Normas de Organización y Funcionamiento de Servicios de Enfermería en Establecimientos de Atención Médica". Programa Nacional de Gestión de la Calidad.

⁵ UPE: Unidades de Producción de Enfermería. Se determinan a partir de los tiempos que requiere cada tarea en particular. La determinación de los tiempos de cada tarea fue tomada del informe producido por los profesores de la Cátedra de Salud Pública II de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Rosario, sugiriéndose como conclusión del mismo, que la Unidad de Producción de Enfermería (UPE), tiene un valor de 3 minutos.

- Riesgos potenciales escasos.
- Se alimenta por sí solo.
- Observación y control de la alimentación, higiene, movilización y eliminación de excretas.
- Entrevistas, educación.
- Control de signos vitales hasta una vez por turno.
- Medicación por vía oral o parenteral hasta una vez por turno.
- Puede estar con venoclisis hasta 1500 ml./ día.
- Arreglo de la unidad una vez por día.
- Apoyo emocional.
- Información al paciente.
- Observación de la evolución y registros una vez por turno.

3-3-3-2 Cuidados Intermedios:

Índice de horas de atención de enfermería = 4.30 horas.

Unidad de producción de enfermería = 90 u.p.e.

- Paciente con dificultad para colaborar (niños, gerontes, etc.).
- Riesgos potenciales: caídas, escaras, infección, complicaciones.
- Observación, control y colaboración para la higiene, movilización, alimentación y eliminación de excretas.
- Entrevista, educación.
- Control de signos vitales hasta dos veces por turno.
- Medicación por diferentes vías hasta dos veces por turno.
- Oxigenoterapia con bigotera o máscara.
- Paciente con venoclisis hasta 3000 ml/día.
- Arreglo de la unidad más de una vez por día.

- Información al paciente.
- Observación de la evolución y registro dos veces por turno.
- Puede requerir pruebas especiales.
- Baño en cama e higiene parcial por turnos.
- Colocación de chata u orinal (control de eliminación).
- Traslado acompañado o en silla de ruedas. Dificultad en la movilización.
- Cuidado de la piel en puntos de presión.
- Uso de instrumentos de compensación de impedimentos funcionales, (sondas) y posturas (almohadas, arcos).
- Apoyo emocional al paciente y la familia.
- Paciente sometido a tratamientos específicos que requieren controles (punciones, medicación riesgosa, estudios especiales).
- Coordinación con otros profesionales para su atención.
- Requerimiento de kinesiología y/o apoyo psicológico.

3-3-3-3- Cuidados Críticos:

Índice de horas de atención de enfermería = 6 horas.

Unidad de producción de enfermería = 120 u.p.e.

- Paciente imposibilitado para colaborar.
- Riesgos potenciales: caídas, infección, escaras, complicaciones.
- Requiere movilización (rotación), colaboración para alimentación o alimentación enteral/parenteral, baño en cama o higiene perineal muy frecuente.
- Sonda vesical con control de diuresis horaria.
- Entrevista y educación a la familia.
- Control de signos vitales cada dos horas.
- Glasgow horario.

- Medicación riesgosa, requiere controlar las dosis, forma de administración y efectos.
- Oxígeno terapia sin A.R.M.
- Fluídoterapia continua por más de una vía de acceso periférico o central.
- Cambio de ropa de cama frecuente.
- Información al paciente y/o familia.
- Observación de la evolución y registro más de dos veces por turno.
- Puede requerir procedimientos invasivos de urgencia.
- Traslado en cama o camilla acompañado.
- Cuidado de la piel.
- Paciente sometido a tratamientos específicos que requieren controles (punciones, medicación riesgosa, estudios especiales).
- Coordinación con otros profesionales para su atención.
- Paciente en aislamiento.

3-3-4 Ventajas de los Cuidados Progresivos del Paciente

1. Aumenta la accesibilidad al sistema al terminar con los feudos personales de los jefes de servicio y pone los recursos a disposición del paciente. Se evita la paradoja de que un paciente con una patología traumatológica , por ejemplo, no se interna por estar la sala de la especialidad completa mientras otra sala posee camas libres. En este caso prima el criterio de que la cama es del primero que concurre en su demanda.
2. Se hace más flexible la utilización de los recursos adaptándolos en forma rápida y eficaz a las cambiantes necesidades que se puedan plantear en la comunidad que es la destinataria de nuestros esfuerzos , es la que demanda pero también aporta los recursos.
3. En caso de catástrofes o desastres que alteran la capacidad natural de respuesta de un efector, resulta mucho más sencillo la adaptación del hospital a la emergencia por contar ya con sectores predeterminados ,

personal y equipamiento adecuado para atender las distintas complejidades siendo solo necesario habilitar un sector para pacientes graves no recuperables.

4. En lo referente a enfermería resulta conocido el déficit de personal con adiestramiento profesional lográndose con este modelo un aprovechamiento más racional e intensivo del mismo, ya que con poco personal bien entrenado se pueden atender un importante sector de cuidados mínimos, mientras se destina el resto del personal al cuidado de pacientes que más lo necesitan, es decir se regula la energía asistencial en relación a los requerimientos de atención.
5. Desde los primeros momentos de la puesta en marcha del Hospital, se sabía que la dificultad más crítica la presentaría el personal de enfermería, puesto que sería el que garantizaría con su cuantía y especialización el verdadero concepto de Cuidados Progresivos; si esto no era aceptado la asistencia bajo esta modalidad de atención, no cumpliría sus objetivos.
6. Respecto a la parte profesional médica, el principal peso recaería sobre la especialidad de Clínica Médica, dado la característica de ser la especialidad responsable del 100% de las unidades de internación de la institución, excepción hecha de las camas del Centro Materno Infantil y Neonatología.
7. El paciente es visto como un todo bio, psico, social al existir un equipo médico de cabecera responsable de la atención y cuidado de la salud en la internación, todo lo cual genera mayor seguridad en los pacientes.
8. Se favorece el uso adecuado de la tecnología, conveniente, necesaria y suficiente a través de una apropiada redistribución interna.
9. El Hospital aumenta su comunicación con la comunidad, con la que se interrelaciona mejor a través de la extensión de sus servicios mediante la modalidad de talleres, grupos terapéuticos o actividades de promoción de la salud y capacitación de líderes de la comunidad, constituyéndose de esta forma en una institución de puertas abiertas que promueve y facilita la participación comunitaria.

3-4 Propuestas

A partir de los planteos, análisis y conclusiones a los que se arribara a través de la descripción de los dos modelos de organización hospitalaria en la provincia del Neuquén, aparece como alternativa superadora o al menos con capacidad suficiente para implementar conductas sanitarias pro activas, la propuesta de implementación en los diferentes hospitales provinciales, del modelo organizativo de funcionamiento y de gestión implementado en el Hospital Dr. Horacio Heller.-

Los modelos de gestión que actualmente están implementados en los diferentes hospitales provinciales, parten principalmente de la idea negativa de la esencia humana cuya natural tendencia es la de no asumir totalmente la responsabilidad de las tareas que les competen, no pudiendo organizar de esta forma, ni eficiente ni eficazmente su lugar de trabajo. Estos esquemas organizativos se caracterizan por la lentitud de las decisiones, y la dificultad para el control de las actividades, dado que este recae en agentes de la misma institución que poseen similares características y por ende, dificultades.-

Mediante la implementación de este modelo alternativo, donde se descentralizan las tomas de decisiones, se prioriza el modelo de gestión por resultados con un permanente análisis de los procesos, y se estimula la participación de los agentes de la institución, asociado a una distinta forma de organizar la atención de los pacientes en la internación (Internación por Cuidados Progresivos), se estima que se favorece y fortalece el desarrollo institucional, ofreciendo una más eficiente disponibilidad de la mayoría de los recursos con que cuenta la institución.-

Se pueden enumerar una serie de factores que justifican la implementación de este modelo de gestión en la organización hospitalaria de la provincia del Neuquén:

- Es apropiada para lograr adaptaciones rápidas relacionadas a los constantes cambios de los contextos en que se sitúan nuestros hospitales.

- Presentan una clara y definitiva orientación hacia la tarea, al sectorizar la estructura por funciones y no por especialidades.
- Tienen posibilidades de procesar múltiples tareas en paralelo, siendo fácil el entrecruzamiento de líneas funcionales.
- Favorece la adaptabilidad de la organización a su entorno, aumentando la coordinación interna, permitiendo que todos los agentes, indistintamente de la posición jerárquica que ocupen, puedan hacer contribuciones y aportes que generan una mayor confianza hacia la institución, favoreciendo el diálogo y la conformación de equipos de trabajo.

4 - Resultados

Se propone realizar en este contexto, una descripción resumida de las principales actividades asistenciales realizadas a lo largo del período analizado, en diferentes centros asistenciales tanto de la provincia como de afuera del país, tomando en cuenta para este análisis los Recursos Humanos y la dotación de Recursos Físicos con que cada uno de los efectores cuenta.-

Se decidió medir el rendimiento de los hospitales, analizando los resultados obtenidos durante el período de un año calendario, para lo cual se utilizan una serie de indicadores que intentan reflejar de manera generalizada, el desempeño hospitalario, a efectos de remarcar algunos de los logros obtenidos con esta nueva propuesta organizacional presentada.-

Para evaluar los procesos de cambio obtenidos mediante la implementación de un modelo distinto de gestión, se deben tomar en cuenta dos aspectos importantes, las personas y la tecnología que se les ha asignado para desempeñarse. Si bien es cierto, la dinámica de trabajo propuesta requiere y fomenta la participación de todos los agentes involucrados dado que en forma permanente se deben diseñar, rediseñar, evaluar y/o modificar procesos, esto solo se logrará si todos se comprometen en la tarea, y para ello es importante la información, la comunicación, la permanente adquisición de conocimientos y la evaluación crítica de los resultados obtenidos.-

Para la tarea propuesta, se han utilizado indicadores sencillos, utilizando datos que estaban al alcance de los diversos hospitales, como son los datos demográficos y de producción, por lo que de ninguna forma se pretende hacer una descripción de todos los indicadores que se podrían usar para medir el desempeño o funcionamiento institucional. Si bien es cierto, en nuestro Sistema de Salud existe una gran cantidad de datos que se obtienen mensualmente en todos los establecimientos hospitalarios, a la hora de pretender evaluarlos comparativamente con los resultados de otros países, resulta dificultoso por las diversas modalidades existentes al momento de analizar rendimientos hospitalarios, por lo que nos encontramos con que no siempre se encuentra toda la información requerida. Generalmente,

los datos de que disponemos se refieren a mediciones de tipo continuo, como valores numéricos, tasas o porcentajes, efectuándose a posteriori el análisis comparativo entre ellos.-

Se reconoce que a efectos de realizar un trabajo objetivo y que brinde la información necesaria para evaluar el funcionamiento de este nuevo modelo hospitalario - existe una gran amplitud y variabilidad en los parámetros de producción y no se debería dejar de lado el aspecto referido a la calidad de la atención brindada y los resultados percibidos por los usuarios tanto internos como externos -, solo se pretende realizar una evaluación inicial para dejar planteado el problema, dado que creo que un análisis de las características explicitadas anteriormente, excede los objetivos de este trabajo.-

A efectos de desarrollar un orden lógico en este análisis, describiremos a estos indicadores de desempeño de la atención hospitalaria en dos grupos, por un lado aquellos que miden las dificultades de accesibilidad del paciente a la Institución, y por el otro los que miden la productividad laboral tanto en forma global por parte de la institución, como individual referida a los profesionales o servicios que en ella se efectúan. Con el fin de contar con la información necesaria para obtener estos indicadores, describiremos primero algunos datos demográficos y de Recursos de los diferentes hospitales, a efectos de que se tengan en cuenta para la concreción del análisis que se plantea. A efectos de mantener el anonimato de las diversas instituciones que han sido estudiadas, se les asignó una letra a cada una de ellas, que será la que representará al Hospital en el presente trabajo

Tabla N°3: Recursos y Producción por efectores
Provincia del Neuquén - Año 2003

	<i>H.Heller</i>	<i>Hosp. A</i>	<i>Hosp. B</i>	<i>Hosp. C</i>	<i>Hosp. D</i>
Población del área ¹	105429	35243	35532	26123	14452
Número de Médicos	78	61	39	36	28
Número total Enfermeros	156	104	86	63	72
Número de Enfermeros	81	25	12	21	18
Número de Auxiliares	75	79	74	42	54
Número total de personal	388	315	222	186	225
Camas disponibles	120	72	50	45	60
Consultas anuales totales	184874	81707	87685	59702	43120
Egresos anuales totales	6892	4167	3246	3259	2224

Fuente: Datos proporcionados por Dirección de Información y Planificación de la Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén
Tabla de elaboración propia

¹ Datos proporcionados por Dirección de Información y Planificación – Dirección Provincial de Atención Médica, Subsecretaría de Salud – Provincia del Neuquén

4 - 1 Indicadores de acceso físico:

Si bien es cierto, los indicadores que miden la accesibilidad de los pacientes al hospital son muchos, solo utilizaremos en este caso aquellos que miden la relación de la población con el personal médico y de enfermería, como así también con la cama del hospital. Teniéndose en cuenta las diferencias áreas geográficas consideradas para los distintos hospitales, en todos los casos se tomó a la totalidad de la población del área de influencia desde el punto de vista sanitario para los distintos efectores. La población de los Centros de Salud dependientes de cada hospital se la consideró dentro del área hospitalaria, dado que ninguno de ellos cuenta con capacidad de internación. Para el caso de las consultas ambulatorias, se consideró exclusivamente a las que fueron realizadas dentro de cada hospital, no considerándose las realizadas en los Centros de Salud.-

Por regla general el concepto de *Accesibilidad* está referido a la presencia o no de barreras físicas o económicas, que le impidan a una persona acceder a los servicios que se brindan en el hospital público. Dadas las características del Sistema de Salud de la Provincia, con una muy buena distribución de efectores de primer y segundo nivel de atención, podemos inferir que en términos generales es poca la población que no puede acceder a la atención brindada en los hospitales públicos, dado que en los casos mas extremos las distancias no superarían los 5-6 kilómetros.

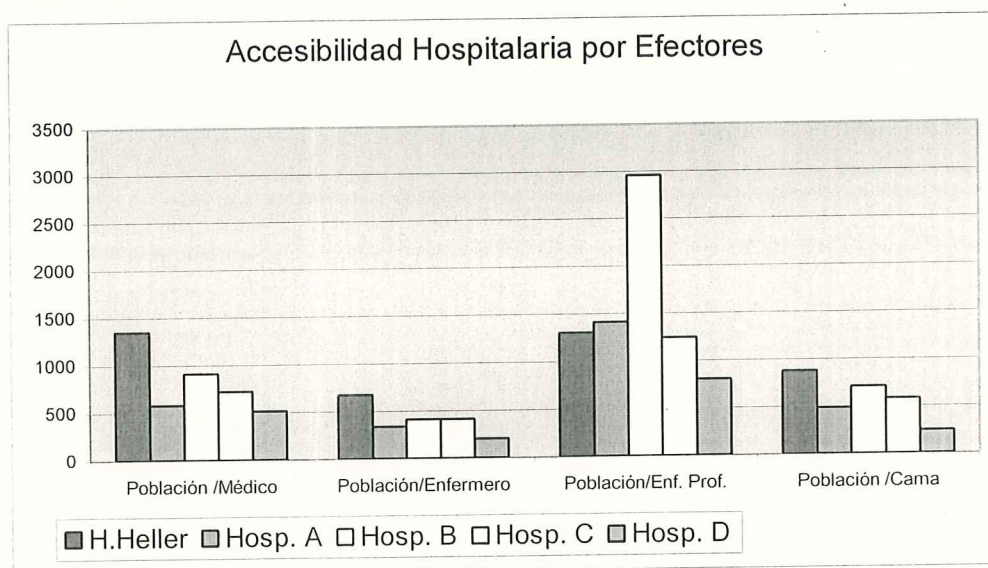
Si procedemos a analizar los datos de población de la tabla anterior y los relacionamos con los recursos humanos y las camas disponibles en los diferentes hospitales estudiados, es llamativa la diferencia existente en ellos, en cuanto a la accesibilidad que se le brinda a la población en general. En primer lugar es notoria la diferencia en la relación existente entre la población del área y el número de profesionales, dado que mientras en el Hospital Dr. Horacio Heller a cada profesional médico se le asignan 1349 personas, para el resto esta cifra varía entre 577 y 911 personas, diferencia importante a la hora de determinar una de las causales que dificultan la accesibilidad para la obtención de un turno profesional.-

Similar relación existe cuando se analizan las posibilidades de la población de acceder a una cama de internación, mientras en el Hospital Dr. Horacio Heller cada unidad hospitalaria se distribuye entre 878 habitantes, en el resto de los hospitales estudiados, varían entre 710 y 240 personas. Estos datos nos dan una pauta del diferente posicionamiento que cada establecimiento presenta al momento de ofrecer sus servicios hacia la comunidad a la que asiste.-

Tabla N°4: Accesibilidad hospitalaria por efectores

Provincia del Neuquén - Año 2003

	H.Heller	Hosp. A	Hosp. B	Hosp. C	Hosp. D
Población /Médico	1349	578	911	725	516
Población/Enfermero	675	338	413	414	200
Población/Enf. Prof.	1301	1409	2961	1243	802
Población /Cama	878	489	710	580	240



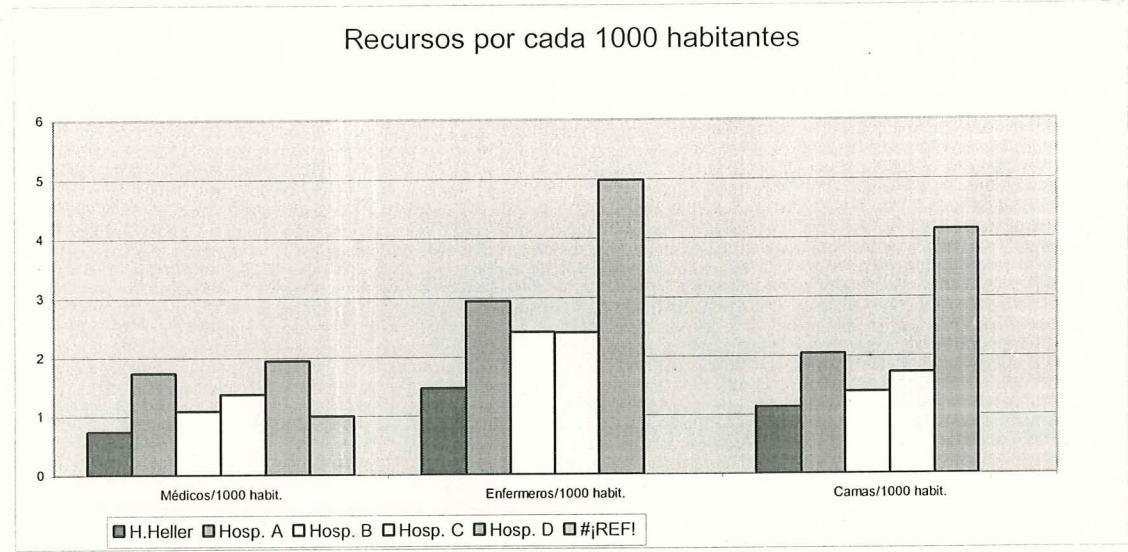
Fuente: Datos proporcionados por Dirección de Información y Planificación de la Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén
Tabla y Gráfico de elaboración propia

Resulta interesante cuando se analiza la tabla y gráfico anterior, que la relación de la población con el Servicio de Enfermería, también presenta marcadas diferencias. En el Hospital Dr. Horacio Heller es marcadamente superior el número de habitantes por enfermera respecto de los otros efectores. Si se considera que la presencia de un mayor número de Enfermeros profesionales indicaría una mejor calidad en la atención, salvo el Hospital D que presenta el más bajo número de habitantes por enfermería (tienen proporcionalmente el mayor número de enfermeros profesionales), y el Hospital B que presenta el más bajo número de enfermeros profesionales por cada 1000 habitantes, con el resto de los hospitales los valores son similares, lo cual podría estar dado por la política sanitaria provincial, que permanentemente ha jerarquizado la capacitación de este Sector de trabajo.-

Desde el punto de vista demográfico, se pueden analizar los servicios ofrecidos por cada efector por cada 1000 personas que habitan en la comunidad a la que deben asistir. La relación es inversamente proporcional a los datos que se muestran en la Tabla N° 2, y es otra forma de medir la accesibilidad hospitalaria. Este dato también lo podemos comparar con el que posee México cuya relación con respecto a los Médicos y camas se asemeja bastante a los datos del Hospital Dr. Horacio Heller, presentando el resto de los hospitales situaciones más ventajosas que los favorecerían en su oferta de servicios.-

Tabla N° 5: Recursos hospitalarios ofrecidos/1000 habitantes según efectores
Año 2003

	H.Heller	Hosp. A	Hosp. B	Hosp. C	Hosp. D	México
Médicos/1000 habit.	0.74	1.73	1.09	1.37	1.94	0.97
Enfermeros/1000 habit.	1.47	2.95	2.42	2.41	4.98	
Camas/1000 habit.	1.13	2.04	1.4	1.72	4.15	0.72



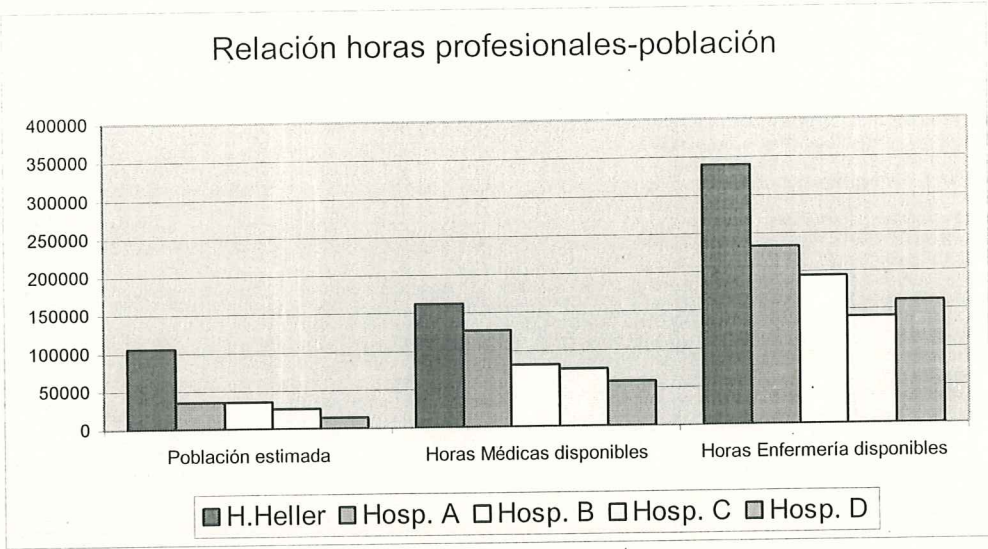
Fuente: - Datos proporcionados por Dirección de Información y Planificación de la Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén
- Dirección General de Evaluación del Desempeño de la República Federativa de México²
Tabla y Gráfico de elaboración propia

² Dirección General d Evaluación del Desempeño. Datos referidos a promedios nacionales, extractados de la página Web: <http://www.evaluación.salud.gov.mx/indicadores/resultados/2002>

Otra forma de analizar la accesibilidad de los usuarios al hospital, es a través de la oferta de horas profesionales (Médicas y de Enfermería) y la relación con la población total del área, visualizándose en un primer análisis que existiría una relación directa en cuanto al ofrecimiento de horas médicas o de enfermería y la población total de cada área. En términos generales, a mayor población, por lógica hay un mayor ofrecimiento de servicios hospitalarios, pero si vemos los resultados de la tabla anterior (Tabla N° 3), esta supuesta equidad deja de ser tal, ya que es el Hospital Dr. Horacio Heller el que peor índices presenta en cuanto a la relación Recursos Humanos de la institución respecto al área que atiende.-

Tabla N° 6: Relación Horas profesionales disponibles y Población según efectores
Provincia del Neuquén - Año 2003

	H.Heller	Hosp. A	Hosp. B	Hosp. C	Hosp. D
Población estimada	105429	35243	35532	26123	14452
Horas Médicas disponibles	162240	126880	81120	74880	58240
Horas Enfermería disponibles	340080	232752	194272	139776	160992



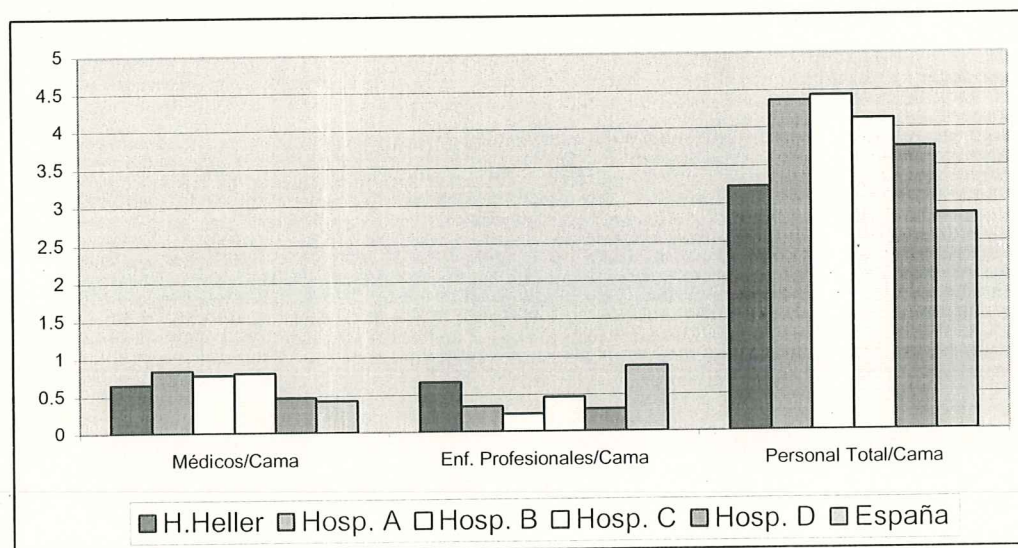
Fuente: Datos proporcionados por Dirección de Información y Planificación de la Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén
Tabla y Gráfico de elaboración propia

Por último, y para relacionar en forma interna cada institución con sus propios Recursos Humanos y las camas que presenta, se analizaron los datos del personal médico, enfermería y total de cada institución, relacionándolos con las camas que cada uno posee obteniéndose los datos que se explicitan en la Tabla N° 5, donde se pone de manifiesto al comparar los datos con un Hospital General de España que este país europeo le daría gran

importancia a la calidad del recurso humano de enfermería, evidenciado por un número de Enfermeros profesionales por cama, muy por encima de casi todos los hospitales provinciales, siendo el Hospital Dr. Horacio Heller el que más se acerca a este standard. Otro dato que llama la atención es la relación con el personal total hospitalario volviéndose a asemejar bastante el Hospital Heller con su homónimo español: de los hospitales provinciales es el que presenta el más bajo índice de personal por cama. Con respecto a la carga de profesionales médicos y su relación con las camas hospitalarias, es el hospital español el que presenta los más bajos índices (0.43 profesionales por cama) presentándose el Hospital Dr. Horacio Heller en la media del resto de los hospitales analizados. El Hospital D posee 0.47 médicos por cama (el más bajo de los analizados), y el Hospital A 0.84, el más alto valor. El Hospital Dr. Horacio Heller posee 0.65 profesionales médicos por cada cama de internación.-

Tabla N° 7: Relación Personal hospitalario/Camas según efectores
Provincia del Neuquén - Año 2003

	H.Heller	Hosp. A	Hosp. B	Hosp. C	Hosp. D	España
Médicos/Cama	0.65	0.84	0.78	0.8	0.47	0.43
Enf. Profesionales/Cama	0.67	0.34	0.24	0.46	0.3	0.87
Personal Total/Cama	3.23	4.37	4.44	4.13	3.75	2.86



Fuente: Datos proporcionados por Dirección de Información y Planificación de la Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén
Instituto Nacional de Estadísticas de España³
Tabla y Gráfico de elaboración propia

³ INE - Instituto Nacional de Estadísticas. Los datos obtenidos corresponden a promedios referidos para un hospital general, obtenidos de la página Web: <http://www.ine.es/inebase/cgi/um>

4 - 2 Indicadores de Producción

El número de usuarios que consulta en cada efector de salud, representa la demanda de los servicios sanitarios que brinda el Estado (es la medición de la cantidad de personas) y es posible estimarlos en base a los egresos y a las consultas efectivamente realizadas. Se utilizarán para este caso, las **consultas por ocurrencia**⁴, entendiéndose por ellas a todas aquellas que ocurren dentro de los límites geográficos que le corresponda al hospital que se esté analizando, independientemente del lugar donde vivan quienes consulten.-

Con los datos de producción y de Recursos Humanos y Físicos es posible analizar la carga laboral de la institución, en forma individual o global de cada una de ellas (Sectores o Servicios), pudiéndose relacionar y determinar la productividad laboral en cada caso.-

Los indicadores de producción están relacionados con la *eficiencia*, es decir, la producción por unidad de insumo laboral. El estado de la situación del período analizado se observa a través del comportamiento registrado por el número de consultas realizado y la cantidad de egresos.-

En la siguiente tabla, se han cruzado los datos de Recursos Humanos, Recursos Físicos y Demográficos, obteniéndose una serie de valores que nos permitirán efectuar el análisis de situación en que se encuentra cada efector.

Tabla N° 8: Indicadores de productividad laboral ambulatoria según efectores Provincia del Neuquén - Año 2003

	Hospital Heller	Hospital A	Hospital B	Hospital C	Hospital D
Población del área	105429	35243	35532	26123	14452
Consultas médicas totales	184874	81707	87685	59702	43120
Consultas médico/año	2370	1339	2248	1658	1540
Pacientes/hora médica	1.13	0.64	1.46	1.15	1.06
Consulta Habitante/año	1.75	2.31	2.46	2.28	2.98
Horas médicas/consulta	0.91	1.55	0.68	0.86	0.94

Fuente: Datos proporcionados por Dirección de Información y Planificación de la Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén
Tabla de elaboración propia

Cuando se analiza la tabla anterior, resultan significativos los datos obtenidos en relación al número de consultas por habitante, que en el caso del Hospital Dr. Horacio Heller

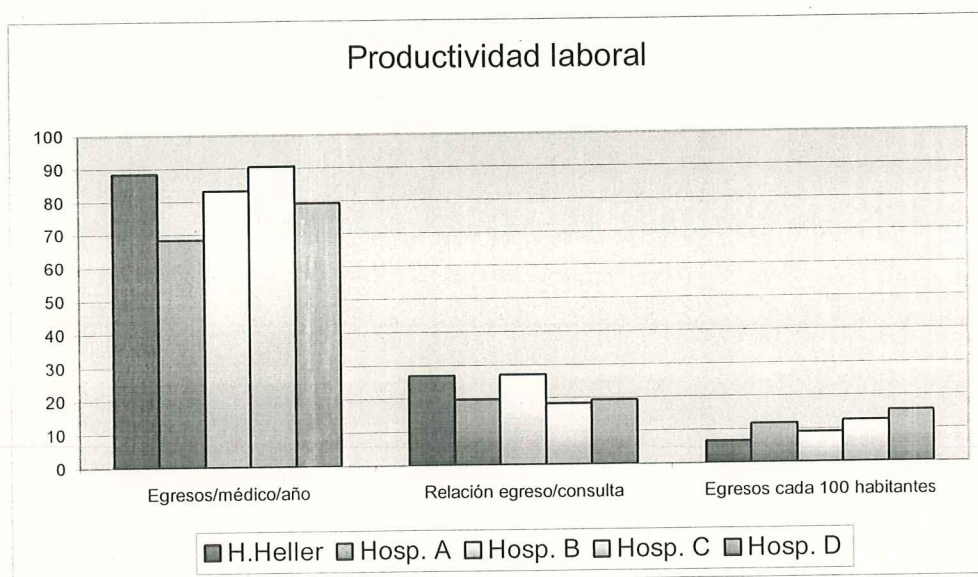
⁴ BARBIERI NELLY, DE LA PUENTE CATALINA, TARRAGONA SONIA – La Equidad en el Gasto Público en Salud – Capítulo 3 Identificación y definición de indicadores

asciende a 1.75, el más bajo de la serie, encontrándose los otros valores muy por encima de este dato. Con respecto a las consultas por Médico y por año también es en el Hospital Dr. Horacio Heller el sitio donde la concentración es mayor, sin por ello sobrecargar la actividad profesional.-

La producción de la internación se valora mediante los clásicos registros que analizan el porcentaje de camas ocupadas respecto del total ofrecido por cada institución (*porcentaje ocupacional de camas*), el número de días que cada paciente utiliza la cama hospitalaria en promedio (*promedio días cama de internación*), y el número de veces que la cama es utilizada para internar un paciente en el año (*promedio giro cama*). La duración promedio de las estadías de pacientes hospitalizados, junto con la tasa de ocupación de las camas hospitalarias son indicadores generalizados que miden la eficiencia de la institución.-

Tabla N° 9: Indicadores de productividad laboral en internación según efectores
Provincia del Neuquén - Año 2003

	H.Heller	Hosp. A	Hosp. B	Hosp. C	Hosp. D
Egresos totales	6892	4167	3246	3259	2224
Egresos/médico/año	88.36	68.31	83.23	90.52	79.42
Relación egreso/consulta	26.8	19.6	27.01	18.31	19.38
Egresos cada 100 habitantes	6.53	11.82	9.13	12.47	15.38



Fuente: Datos proporcionados por Dirección de Información y Planificación de la Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén
Tabla de elaboración propia

La relación de egresos por consulta ambulatoria marca diferencias entre los diferentes hospitales, dado que mientras en el Hospital C se internan un paciente cada 18 consultas, en el Hospital Dr. Horacio Heller este hecho ocurre cada 27 pacientes, es decir, la frecuencia de que un paciente se interne es menor en Neuquén que en el resto de los efectores estudiados. Cuando se determina la relación con respecto a la población en general, se observa que en el caso del Hospital Dr. Horacio Heller cada 100 habitantes se registran 6.53 egresos, mientras que para el resto esta cifra se eleva hasta 15.38 veces, es decir, casi 15 pacientes por cada 100 habitantes son internados por alguna causa, más del doble de lo que ocurre en la zona analizada para el Hospital Heller.-

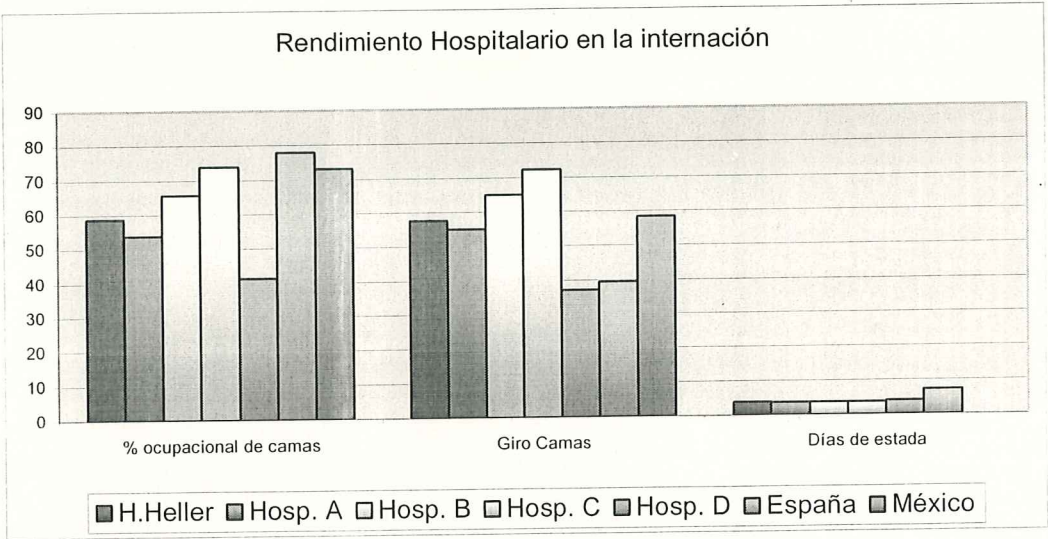
Estos datos están en relación con el promedio de los Días de Estada que son muy similares para los distintos hospitales, y marcadamente inferior para el hospital español con el cual contrastamos estos datos. En este caso el valor no es trascendente porque desconocemos las características del mencionado hospital, si bien fue descripto como un hospital general, que no atiende pacientes crónicos ni subespecialidades médicas.-

El análisis del Porcentaje de Ocupación de Camas puede corresponderse con el tamaño del establecimiento y está en relación con la población que debe asistir, y en forma directa con la accesibilidad que el sistema le brinda a cada habitante del lugar. Recordemos que en el caso del Hospital Heller, cada cama hospitalaria es ofrecida a 878 personas, mientras que en el resto con variaciones muy amplias, cada unidad se ofrece a 240 personas en el caso del Hospital D, o a 710 en el Hospital B.-

El rendimiento hospitalario que se obtiene de los recursos con que cuentan las diferentes instituciones analizadas son marcadamente diferentes, desde el Recurso Humano, que en relación a la población es proporcionalmente inferior para el Hospital Heller, a la disponibilidad del uso de camas donde también existe una diferencia manifiesta, pudiéndose estimar que en el contexto analizado, el Hospital Dr. Horacio Heller se hallaría en situación de desventaja en relación a la oferta de salud que efectúa a la población de su área de influencia, pero presenta indicadores de producción que lo harían más eficiente en la respuesta que brinda.-

Tabla N°10: Datos de producción de Internación según efectores
Provincia del Neuquén - Año 2003

	H.Heller	Hosp. A	Hosp. B	Hosp. C	Hosp. D	España	México
% ocupacional de camas	58.69	53.72	65.69	73.83	41.31	77.95	73.12
Giro Camas	57.62	55.11	64.92	72.19	37.07	39.34	58.45
Días de estada	3.85	3.69	3.69	3.67	4.13	7.23	



Fuente: Datos proporcionados por Dirección de Información y Planificación de la Subsecretaría de Salud de la Provincia del Neuquén
Tabla y Gráfico de elaboración propia

Conclusiones

El objetivo principal de este trabajo es el demostrar que el modelo organizacional del Hospital Dr. Horacio Heller que se caracteriza por su Internación por Cuidados Progresivos de Pacientes, integrado a una organización de tipo matricial, con un permanente análisis de los procesos de atención de la salud y de los resultados obtenidos, asegura una mejor utilización de los recursos de salud. A través de los datos de producción, las relaciones entre el número de agentes que integran la institución, la población de su área de influencia, las características demográficas y los recursos físicos ofrecidos, se obtienen una serie de datos que son categóricos al menos desde los aspectos exclusivamente sanitarios.-

La finalidad principal de esta iniciativa es la de ofrecer estos datos de producción obtenidos, contrastándolos entre diferentes hospitales, tratando de identificar las áreas críticas de funcionamiento, e intentando vislumbrar si un cambio organizacional en la gestión hospitalaria o estructural de la organización, podrían mejorar estos indicadores.-

En forma global, se puede decir que en el Hospital Dr. Horacio Heller se obtuvieron mejores indicadores de producción respecto a los analizados en los otros establecimientos hospitalarios, con un menor número de Recursos Humanos proporcionalmente y un mayor número de población a su cargo. De todos modos, estas conclusiones no nos permiten afirmar que por ello este Hospital es mejor que los otros, dado que seguramente existen otros indicadores que no han sido utilizados o bien otros estudios que pudieron haber sido realizados con resultados diferentes a los obtenidos en esta oportunidad y que no han sido publicados y por lo tanto se desconocen.-

En general, surge del análisis de los datos que la mayoría de los Hospitales públicos de Neuquén, presentan una buena accesibilidad hacia los pacientes, que evidentemente puede estar relacionado con el Plan de Salud Provincial, al igual que el llamativo alto porcentaje de personal de Enfermería Profesional en los niveles operativos, y la inexistencia absoluta de empíricas en esta especialidad.-

Del análisis comparativo con hospitales del interior provincial, se pone de manifiesto que posiblemente relacionado con su ubicación geográfica en la capital neuquina, asociado a una importante concentración poblacional, el Hospital Dr. Horacio Heller se encuentra en franca desventaja con sus homónimos del Sistema de Salud Provincial, dado que cuenta con una mayor proporción de población para atender y un menor número relativo de profesionales. Por otro lado, la accesibilidad a la internación también favorece a los hospitales del interior provincial, dado que la relación de las camas con respecto a la población que le corresponde atender es significativamente mayor.-

Cuando se efectúa el análisis del rendimiento de la internación, se observa que en general los parámetros muestran un mejor aprovechamiento de las camas disponibles en el Hospital Dr. Horacio Heller con respecto a los otros. De todos modos, llama la atención el alto número de internaciones que se registran en los hospitales del interior, que pueden estar relacionadas con el nivel socio-cultural de la población, y la mayor necesidad de control y observación de aquellos pacientes que por vivir en áreas rurales o despobladas alejadas, se les dificulta el acceso a la consulta profesional hospitalaria.-

Los datos de rendimiento obtenidos también se midieron y contrastaron con los promedios de producción hospitalarias y relación de recursos humanos y físicos presentados por dos países con similares condiciones culturales y sociales a la nuestra como son España y México, observándose que en general las diferencias no trascendentales que se evidencian pueden estar relacionadas con estos aspectos culturales y demográficos mencionados anteriormente.-

Del análisis específico de los datos, surge que la relación del número de personal respecto a las camas asignadas, al igual que los datos de producción en la internación de estos hospitales, se asemejan más a los valores presentados por el Hospital Heller que los que se observan en los otros hospitales provinciales.-

Existen dos aspectos que no se han tomado en cuenta al momento de plantearse esta “evaluación de funcionamiento hospitalaria”, que están referidos a dos áreas perfectamente diferenciadas entre sí, la del *clima organizacional o ambiente de trabajo*, que se debería tener en cuenta al efectuar una evaluación de funcionamiento, y la de los *aspectos actitudinales*, que se evidencian tanto desde los niveles de conducción dentro de la institución, como de los estratos superiores. Dado que estos aspectos ponen de manifiesto cualidades humanas como son las actitudes, compromisos, valores o responsabilidades asumidas y que generalmente se ubican en

la esfera de lo subjetivo, son muy difíciles de medir y en general cuando se valora el funcionamiento global de la institución, pasan desapercibidos, remitiéndose a los resultados como hechos “esperables” para el funcionamiento de cualquier institución, o “habituales” en cuanto a la producción de información en tiempo, calidad y cantidad, o “normales” cuando se requiere información de funcionamiento o comunicación entre las personas.-

Ahora bien, se sabe que estas características que enunciamos anteriormente no son habituales en la práctica hospitalaria, quizás por existir un cierto cansancio o desgaste entre los empleados públicos hospitalarios, pero también subjetivamente dado que no ha sido posible medirlo en esta oportunidad, se puede decir que esta situación se evidencia en menor grado en el Hospital Heller. En la práctica cotidiana estas diferencias difíciles de medir son las que caracterizan a las organizaciones posicionándolas en forma diferente, y ubicando en este caso a nuestro Hospital en una situación distinta con respecto a los otros.-

En general, desde el planteo realizado al inicio del trabajo proponiéndose un modelo de Internación por Cuidados Progresivos inmerso en una organización con estructura matricial, se estima que sin analizar el grado de aceptación entre el personal hospitalario, o la gravedad de los conflictos que pueda acarrear la doble dependencia, el funcionamiento hospitalario medido por el rendimiento de sus recursos, es superior a los que presentan las instituciones con organizaciones tradicionales.-

La propuesta fundamental de este Trabajo, radica en implementar modelos hospitalarios similares a los del Hospital Dr. Horacio Heller en otros hospitales de la provincia del Neuquén, preferentemente en aquellos a los que por decisión política se les construirán nuevas estructuras edilicias. Creo que es importante que se aproveche el cambio hospitalario para trabajar con la totalidad de los empleados sobre esta implementación, aún sabiendo que todo cambio genera un profundo malestar entre las personas a las que está destinado, provocando negación y resistencia, pero se deberá ser capaz de capacitar y conmover al personal para que este cambio deje de ser una incertidumbre, brindándoles la posibilidad de participar en las modificaciones de los procesos de trabajo, a través del diálogo y la fluida comunicación. Si esto se logra, posiblemente la visión negativa y el rechazo dejen paso a la exploración de esta nueva metodología de trabajo.-

Con el objeto de dejar planteado este tema a efectos de profundizar su estudio, el realizar encuestas de opinión entre los usuarios externos e internos nos permitirá corroborar si el mejor rendimiento hospitalario que evidenciamos a través de este estudio, tiene relación directa con un

mejor bienestar en el ambiente laboral, o si solo es la muestra de una modalidad diferente de trabajo. Recordemos que la principal característica de este tipo de organizaciones, es la participación, la escasa formalización, la pequeña complejidad y la alta descentralización en la toma de decisiones, con un predominio importante en los mecanismos de coordinación por ajuste mutuo, por lo que al menos en teoría, se ofrecerían los mecanismos para la participación de los agentes en la construcción de su ambiente laboral.-

Ahora bien, con los datos obtenidos en el presente estudio no es posible llegar a una conclusión categórica respecto a si el modelo organizacional que presenta el Hospital Dr. Horacio Heller presenta ventajas al momento de evaluar el funcionamiento institucional. De todos modos, es posible estimar que si bien esta metodología no es relevante para concluir objetivamente sobre los resultados que se consideraron a priori, si se deja explicitado que a efectos de no dejar de lado el aspecto organizacional y laboral institucional, los resultados obtenidos pueden ser útiles para retomarlos y plantear la realización de un estudio más amplio. Un proyecto de tipo cuali-cuantitativo, de costos, de calidad, o bien de satisfacción tanto del usuario interno como externo, posiblemente nos permitiría analizar y arribar a una conclusión más objetiva.-

El Hospital Dr. Horacio Heller sirvió como elemento demostrativo de que es posible efectuar cambios en los modelos tradicionales de las organizaciones hospitalarias, aprovechando las oportunidades brindadas por el inicio de una gestión política que apoyó prácticamente en forma incondicional esta propuesta y tomando como fortalezas el ingreso de un importante número de agentes que no pertenecían a la Administración Pública Provincial, pero que desde el inicio optaron por este modelo y se comprometieron para llevarlo adelante. También existieron dificultades, vivenciadas en las debilidades propias del personal de salud de los hospitales, especialmente de algunas áreas de trabajo en particular, que aunque fueran de reciente ingreso, pronto adoptaron las cualidades que caracterizan a la “generalidad de los empleados públicos”, ocasionando en más de una oportunidad, serios conflictos laborales. Por último, deben ser tenidos en cuenta como una amenaza al modelo de trabajo, los cuestionamientos y dificultades planteados por sectores opuestos a la política institucional, que al no adoptar un modelo clásico de organización, demuestran en el aspecto laboral actitudes de insatisfacción y malestar provocando con cierta frecuencia la aparición de conflictos.-

Por último y a modo de conclusión final, tal como describen diversos autores sobre el tema de Cambio en las Organizaciones, toda tarea que se emprenda en este sentido requerirá de

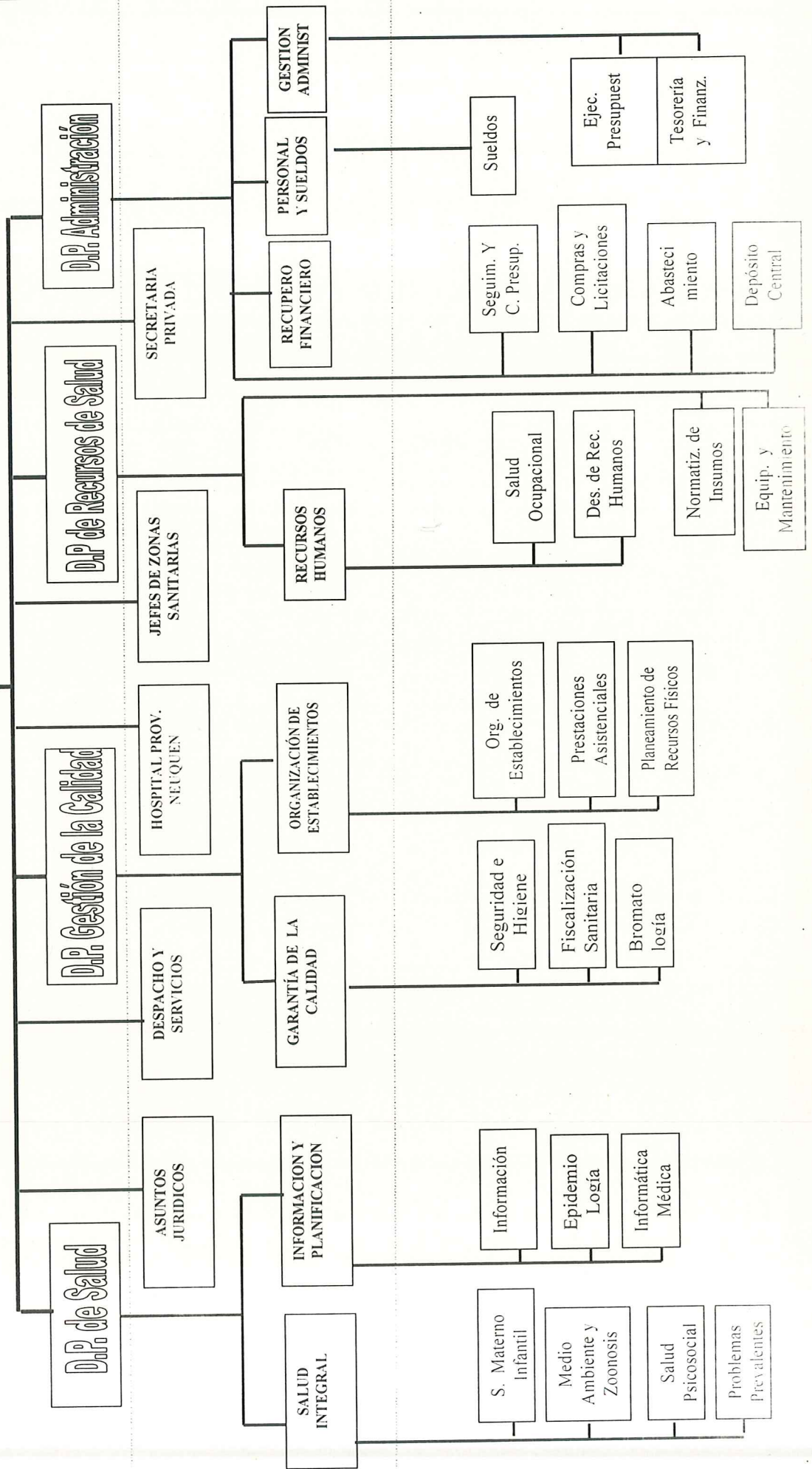
una dosis importante de compromiso, con frecuentes retrocesos y dificultades, dado que la esencia humana no está preparada para enfrentarse y asumir grandes desafíos. Si asumimos que sin lugar a dudas, este cambio vale la pena llevarlo adelante, y logramos entusiasmar y comprometer a los actores involucrados, seguramente se podrán sobrellevar las dificultades que a lo largo del proyecto se presentarán.-

Bibliografía

1. **MORGAN GARETH** Imágenes de la Organización (México 1989) Capítulo 2. La organización como máquina
2. **SONIS ABRAHAM** y colaboradores Medicina Sanitaria y Administración de la Salud – Tomo II Atención de la Salud Capítulo 9 Funciones del Hospital.
3. **SANTASUSAGNA LLUIS BOHIGAS** Control de Gestión en el Hospital Capítulo 3 La organización del Hospital
4. **MINTZBERG H.** La estructuración de las Organizaciones Edición 1988 Barcelona Capítulo 2 Las cinco partes fundamentales de la organización
5. **GONGORA NORBERTO** Modelo Multidimensional para el análisis Organizacional
6. **GONGORA NORBERTO y SPADAFORA SANTIAGO** Gestión del Cambio Organizacional - Módulo 2 Gestión de Hospitales - Buenos Aires 2003
7. **CLELAND D. Y KING W.** Systems Analysis and Project Management, 2º ed. (New York: Mac Graw Hill, 1975), página 184
8. **LAWRENCE PAUL R., KOLODNY HARVEY F. y DAVIS STANLEY M.** Teoría de las Organizaciones – Unidad 4, El lado humano de la organización matricial – Traducción al español: José Luis Pariente F.
9. **KNOWLES JAMES, LEIGHTON CHARLOTTE y STINSON WAYNE** Indicadores de Medición del Desempeño del Sistema de Salud – Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe – Setiembre de 1997.
10. **ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD** Gerencia de la Calidad, Volúmen III - Serie HSP-UNI - Manuales operativos Paltex
11. **Dirección General de Evaluación del Desempeño, México** - Datos nacionales obtenidos de pagina WEB: www/evaluación.salud.gov.mx/indicadores/resultados/2002
12. **Instituto Nacional de Estadísticas, España** - Datos obtenidos de la página WEB: www.inc.es/inebase/cgi/um

Anexos

Subsecretario de Salud



PROVINCIA DEL NEUQUEN - MINISTERIO DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL -
PERSONAL TOTAL POR AGRUPAMIENTOS, SEGÚN LUGAR DE DEPENDENCIA -
DICIEMBRE DE 2003

HOSPITAL	TOTAL	PROFESIONALES				ENF.	NO PROFESIONALES				
		MED.	BIOQ.	.	.		AG.S.	Y	ADM.	EST.	S.GEN.
TOTAL PROVINCIAL	4522	851	77	105	184	1386	140	356	477	176	770
NIVEL CENTRAL	225	22	5	0	20	17	0	18	108	8	27
NEUQUEN	1175	291	18	5	53	377	0	124	101	37	169
HOSP.H.HELLER	388	78	9	6	27	156	0	34	36	25	17
BOUQUET ROLDAN	266	59	5	4	17	74	0	39	21	8	39
AREA PROGRAMA	198	41	0	17	26	70	0	4	13	10	17
JEFATURA ZONA MET.	39	11	0	3	1	4	0	2	8	2	8
ZONA METROP.	891	189	14	30	71	304	0	79	78	45	81
CENTENARIO	153	26	4	7	3	45	5	13	8	12	30
PLOTTIER	132	22	3	4	4	30	3	10	8	8	40
SENILLOSA	46	6	0	2	0	11	1	5	3	1	17
S.P.D.CHADAR	63	8	1	2	0	19	9	4	5	1	14
RINCON D.L.SAUCES	53	6	2	3	0	18	1	3	4	2	14
EL CHOCON	23	2	1	1	0	7	0	2	1	2	7
JEFATURA ZONA I	14	1	0	0	2	1	0	2	5	1	2
SUBTOTAL ZONA I	484	71	11	19	9	131	19	39	34	27	124
ZAPALA	315	71	5	5	6	104	11	19	33	10	51
MARIANO MORENO	33	3	0	1	0	10	4	2	3	1	9
LAS LAJAS	46	6	1	1	0	15	4	3	3	1	12
BAJADA DEL AGRIO	23	2	0	1	0	7	5	0	1	1	6
LONCOPUE	70	6	1	2	0	20	7	2	7	2	23
EL HUECU	28	3	0	1	0	8	5	1	1	1	8
ALUMINE	65	9	2	2	0	21	7	3	6	2	13
JEFATURA ZONA II	13	2	0	1	1	1	0	1	3	1	3
SUBTOTAL ZONA II	593	102	9	14	7	188	42	30	58	19	24
CHOS MALAL	225	28	3	5	3	72	9	13	18	7	67
TRICAO MALAL	21	2	0	1	0	8	4	0	1	0	5
BUTA RANQUIL	44	7	1	2	0	11	9	1	2	1	10
ANDACOLLO	49	6	1	2	1	13	9	2	1	2	12
LAS OVEJAS	34	5	0	1	0	6	3	0	1	2	5
EL CHOLAR	20	2	0	1	0	8	2	0	1	1	5
JEFATURA ZONA III	16	1	0	0	1	2	0	2	4	1	5
SUBTOTAL ZONA III	409	51	5	12	5	123	38	18	29	15	113
SAN MARTIN D.L.A.	186	36	4	5	6	63	6	14	19	5	28
JUNIN D.L.A.	118	20	2	5	3	36	12	7	7	3	23
VILLA LA ANGOSTURA	53	10	2	2	2	16	4	2	2	3	10
LAS COLORADAS	20	3	0	1	0	6	3	0	1	0	6
JEFATURA ZONA IV	14	1	0	0	3	2	0	0	5	1	2
SUBTOTAL ZONA IV	391	69	8	13	14	123	26	23	34	12	69
CUTRAL CO	222	39	4	6	5	86	5	17	21	9	30
P.HUINCUL	47	6	1	4	0	15	2	3	5	0	11
PIEDRA DEL AGUILA	41	5	1	1	0	11	4	3	3	2	11
PICUN LEUFU	33	5	1	1	0	10	4	2	1	2	7
JEFATURA ZONA V	11	1	0	0	0	1	0	0	5	0	4
SUBTOTAL ZONA V	354	56	7	12	5	123	15	25	35	13	63

CONSULTA AMBULATORIA SEGUN ESTABLECIMIENTOS Y ZONAS SANITARIAS
PROVINCIA DEL NEUQUEN - AÑO 2003

ESTABLECIMIENTO	CONDICION					
	TOTAL	1º VEZ	ULTERIOR	SE IGNORA	OBSTETR.	CONTROL EMBARAZO
TOTAL	1823030	1219586	579972	23472	63699	42728
H. NEUQUEN	257230	139951	93780	23472	7976	2133
H. BOUQUET ROLDAN	110441	82139	28302	0	3241	3755
H. HORACIO HELLER	184874	127032	57842	0	7072	5721
CENTROS DE SALUD	186318	115693	70625	0	7983	14784
ZONA METROPOLITANA	738836	464815	250549	23472	26272	3017
H. CENTENARIO	123346	93689	29657	0	4867	3017
H. PLOTIER	93137	70014	23123	0	3575	2141
H. SENILLOSA	34946	28825	6121	0	539	684
H. RINCON DE LOS SAUCES	42253	28385	13868	0	1831	1568
H. S.PATRICIO D.CHAÑAR	44806	32214	12592	0	639	842
H. EL CHOCON	8001	5710	2291	0	85	96
SUBTOTAL ZONA I	346489	258837	87652	0	11536	8348
H. ZAPALA	115397	75370	40027	0	4296	2790
H. MARIANO MORENO	10383	5668	4715	0	63	186
H. LAS LAJAS	21416	16331	5085	0	366	383
H. BAJADA DEL AGRIO	5857	4762	1095	0	88	77
H. LONCOPUE	37096	26168	10928	0	1185	719
H. EL HUECU	9438	4003	5435	0	265	273
H. ALUMINE	34837	18696	16141	0	491	583
SUBTOTAL ZONA II	234424	150998	83426	0	6754	5011
H. CHOS MALAL	61926	40842	21084	0	2440	1596
H. TRICAO MALAL	4872	3117	1755	0	2440	1596
H. ANDACOLLO	23216	17332	5884	0	528	522
H. BUTA RANQUIL	17042	12025	5017	0	762	517
H. LAS OVEJAS	10437	6166	4271	0	259	261
H. EL CHOLAR	5555	4229	1326	0	91	79
SUBTOTAL ZONA III	123048	83711	39337	0	6520	4571
H. SAN MARTIN D.L.ANDES	86524	53901	32623	0	3145	2949
H. JUNIN D.L.ANDES	59742	37329	22413	0	1471	1550
H. VILLA LA ANGOSTURA	37826	28256	9570	0	0	345
H. LAS COLORADAS	6629	4089	2540	0	137	144
SUBTOTAL ZONA IV	190721	123575	67146	0	4753	4988
H. CUTRAL CO	118141	84030	34111	0	6726	3676
H. PLAZA HUINCUL	30892	23675	7217	0	0	529
H. PIEDRA DEL AGUILA	18613	12878	5735	0	632	443
H. PICUN LEUFU	21866	17067	4799	0	506	378
SUBTOTAL ZONA V	189512	137650	51862	0	7864	5026

INDICE DE RENDIMIENTO HOSPITALARIO
PROVINCIA DEL NEUQUEN - AÑO 2003

ESTABLECIMIENTO	DIAS DE FUNCIONAM IENTO	TOTAL	ALTAS	DEFUNCION ES	PAC. DIAS	CAMAS DISP.	DIAS ESTADA	PROM. PAC. DIAS	PROM. CAMAS DISP.	PROM. DIAS EST.	% OCUP. CAMAS	GIRO CAMAS	TASA MORTAL.
TOTAL PROVINCIAL	365	43547	42832	715	195860	372692	191097	554.84	1055.78	4.39	52.55	41.25	1.64
NEUQUEN	365	11943	11599	344	71279	99779	70479	195.28	273.37	5.90	71.44	43.69	2.88
HELLER	365	6892	6796	96	25622	43657	26504	7.01	119.61	3.85	58.69	57.62	1.39
BOUQUET ROLDAN	365	2092	2062	30	12231	23473	16163	33.51	64.31	7.73	52.11	32.53	1.43
TOTAL ZONA METROP.	365	21467	20989	478	11213	169318	110028	304.69	463.88	5.13	65.68	46.28	2.23
EL CHOCON	365	156	156	0	5234	10239	11728	14.34	28.05	75.18	51.12	5.56	0.00
SEÑILLOSA	365	251	249	2	800	4380	791	2.19	12.00	3.15	18.26	20.92	0.80
CENTENARIO	365	1244	1230	14	4906	9667	4656	13.44	26.48	3.74	50.75	46.97	1.13
PLOTTIER	365	1415	1401	14	5584	13086	5055	15.30	35.85	3.57	42.67	39.47	0.99
RINCON DE LOS SAUCES	365	898	891	7	1994	5110	1988	5.46	14.00	2.21	39.02	64.14	0.78
SAN P. DEL CHANAR	365	532	532	0	1680	3650	1313	4.60	10.00	2.47	46.03	53.20	0.00
TOTAL ZONA I	365	4355	4299	56	15521	36494	15012	42.52	99.98	3.45	42.53	43.56	1.29
ZAPALA	181	2084	2006	28	7001	13032	7510	38.68	72.00	3.69	53.72	28.25	1.38
MARIANO MORENO	365	258	257	1	655	3650	655	1.79	10.00	2.54	17.95	25.80	0.39
LAS LAJAS	365	391	389	2	1605	8395	938	4.40	23.00	2.40	19.12	17.00	0.51
BAJADA DEL AGRIO	365	150	148	2	1240	3285	647	3.40	9.00	4.31	37.75	16.67	1.33
LONCOPUE	365	486	479	7	2193	9490	2540	6.01	26.00	5.23	23.11	18.69	1.44
EL HUECU	365	352	350	2	921	4380	918	2.52	12.00	2.61	21.03	29.33	0.57
ALUMINE	365	697	696	1	1951	6935	1860	5.35	19.00	2.67	28.13	36.68	0.14
TOTAL ZONA II	365	4502	4454	48	18104	49167	16008	53.45	145.16	3.56	36.82	31.01	1.07
CHOS MALAL	365	2224	2200	24	9046	21900	9192	24.78	60.00	4.13	41.31	37.07	1.08
TRICAO MALAL	365	159	158	1	683	4015	683	1.87	11.00	4.30	17.01	14.45	0.63
BUTA RANQUIL	365	384	382	2	1664	3650	1593	4.56	10.00	4.15	45.59	38.40	0.52
ANDACOLLO	365	472	469	3	2116	6935	1774	5.80	19.00	3.76	30.51	24.84	0.64
LAS OVEJAS	365	363	361	2	1178	3650	1118	3.23	10.00	3.08	32.27	36.30	0.55
EL CHOLAR	365	165	164	1	463	2920	465	1.27	8.00	2.82	15.86	20.63	0.61
TOTAL ZONA III	365	3567	3530	37	14245	43070	13879	39.03	118.00	3.89	33.07	30.23	1.04
SAN M. DE LOS ANDES	365	3259	3223	36	12166	16478	11967	33.33	45.15	3.67	73.83	72.19	1.10
JUNIN DE LOS ANDES	365	1398	1381	17	5842	13534	5605	16.01	37.08	4.01	43.17	37.70	1.22
VILLA LA ANGOSTURA	365	512	507	5	1929	6205	1911	5.28	17.00	3.73	31.09	30.12	0.98
LAS COLORADAS	365	187	186	1	845	5110	842	2.32	14.00	4.50	16.54	13.36	0.53
TOTAL ZONA IV	365	5638	5574	64	21487	41299	21208	58.87	113.15	3.76	52.03	49.83	1.14
CUTRAL CO	365	3246	3216	30	11989	18250	11971	32.85	50.00	3.69	65.69	64.92	0.92
PLAZA HUINCUL	365	293	292	1	919	4015	803	2.52	11.00	2.74	22.89	26.64	0.34
PIEDRA DEL AGUILA	365	561	557	4	1585	6432	1586	4.34	17.62	2.83	24.64	31.84	0.71
PICUN LEUFU	365	330	329	1	804	5110	817	2.20	14.00	2.48	15.73	23.57	0.30
TOTAL ZONA V	365	4018	3986	32	15290	33344	14962	47.93	104.53	3.72	45.86	38.84	0.80

PRODUCCION HOSPITAL Dr. HORACIO HELLER - AÑO 2003 -

ENFERMERIA			VACUNAS APLICADAS		
	Ambulatorio	Emergencia	TOTAL	1°	Refuerzo
Inyectables	4898	15906	20804	BCG	1212 77
Curaciones	7216	3835	11051	HV "B"	1203 0
Nebulizac.	2109	5194	7303	SABIN	565 693
C. Signos V.	7204	116627	123831	Cuad. Bact.	575 570
Vis. Domic.	303	238	541	Triple Viral	659 68
Ot. Prest.	3547	8015	11562	Triple Bact.	0 100
C. Niño Sano	920		920	Doble Ad.	12 1409
TOTAL	26197	149815	176012	Anti Saramp.	695 491
				TOTAL	4921 3408

HEMOTERAPIA		LABORATORIO				
GRD	406					
PFC	64					
Albúmina	36					
Plaquetas	21					
Unid. Transf.	527	Determinac.	186659	35983	53991	276633
Aféresis	0	Pacientes	33130	8491	16543	58164
Donantes	1419	Unidades	532195	128176	244769	905140

DIAGNOSTICO POR IMÁGENES				ANATOMIA PATOLOGICA	
	Ambulatorio	Internación	Urgencias	TOTAL	
Radiografías	16563	1659	7670	25892	Papanicolau 2388
Ecografías	8906	1042	413	10361	Biopsias 17
Unid. Rx.	17958	2630	8111	28699	PQ 1798
					TOTAL 4203

LECHE ENTREGADA (en Kilogramos)				CONTROL MENOR 6 AÑOS	
	Desnutridos	Peso Estac.	Riesgo Soc.	TOTAL	
< 2 años	2034	9	9734	11777	Eutróficos 1018
2-6 años	2312	4	8523	10839	Desnutridos 100
Embaraz.	148	0	511	659	Sobrepeso 126
TOTAL	4494	13	18768	23275	Sin Datos 455
					TOTAL 1699

CONSULTA EXTERNA		ODONTOLOGIA	
		Pac. Atend.	14510
Ambulatorio	107270	Altas Escol.	262
Guardia	77604	Altas Emb.	47
TOTAL	184874	Altas D. Esp.	619

CARDIOLOGIA	
Ergometrías	49
ECG	2101
Holter	20
Ecocardiogr.	132
TOTAL	2302

DISTRIBUCION CONSULTA EXTERNA			
MED GRAL	43725	NUTRIC.	1068
PEDIAT	16091	PSICOLOG.	2121
C. MEDICA	11644	S. SOCIAL	2684
T GINECO	9661	KINESIO	4731
CIRUGIA	5467	FONOAUD	1111
OT. ESPEC	20682	ODONTOL.	14514
GUARDIA	77604	TOTAL	26229
TOTAL	184874		

OTROS PROCEDIMIENTOS		
Partos	948	1226
Cesáreas	278	
Ciruj. Urg.	1208	3551
Ciruj. Prog.	2343	

ENF. INF. CONTAG.	
Tbc	7
Sida-HIV	11
Hepat. A	76
Diarrea	4221
Acc. Tránsito	471
Acc. Laboral	314
Acc. Hogar	1675

PRODUCCION INTERNACION				
	Cuid. Progr.	Obstetricia	Neonatalog.	PROMEDIO
% Ocup.	61.17	43.92	80.68	61.92
D. Estada	3.18	2.50	6.36	4.01
Giro Camas	70.5	64.14	45.80	60.14
Egresos	5026	1411	455	6892

PRODUCCION DE INTERNACIÓN - HOSPITAL HELLER
AÑO 2003

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS Y PARTOS - HOSPITAL HELLER - AÑO 2003													
	Enero	Feb.	Marzo	Abril	Mayo	Junio	Julio	Ago.	Set.	Oct.	Nov.	Dic.	TOTAL
Partos Eutóc.	78	63	70	72	67	62	82	72	77	71	77	76	867
Cesáreas	23	26	21	15	30	27	23	27	18	19	22	27	278
Ot. Distocias	3	6	10	5	8	8	7	8	6	12	0	8	81
% Cesáreas	22.12	27.37	20.79	16.30	28.57	27.84	20.54	25.23	17.82	18.63	22.22	24.32	22.68
Total Partos	104	95	101	92	105	97	112	107	101	102	99	111	1226
Programadas	158	150	190	194	213	217	220	215	235	235	153	163	2343
Urgencias	98	87	108	103	106	103	102	94	97	109	105	96	1208
Total Cirugías	256	237	298	297	319	320	322	309	332	344	258	259	3551
Suspendidas	12	11	14	11	16	8	11	14	22	7	11	9	146
% Suspendidas	7.59	7.33	7.37	5.67	7.51	3.69	5.00	6.51	9.36	2.98	7.19	5.52	6.23

Mes	Cuidados Mínimos				Cuidados Intermedios				Cuidados Críticos				Obstetricia				Neonatología			
	% Ocup.	D. Est.	Giro C.	Total	% Ocup.	D. Est.	Giro C.	Total	% Ocup.	D. Est.	Giro C.	Total	% Ocup.	D. Est.	Giro C.	Total	% Ocup.	D. Est.	Giro C.	Total
Enero	70.46	3.27	5.32	158	49.87	3.25	4.32	199	64.92	4.02	5.75	14	40.18	2.39	5.18	114	77.10	6.92	2.40	24
Febrero	67.62	4.83	4.90	139	44.74	2.99	3.75	163	57.14	3.80	5.00	11	44.64	2.40	5.05	111	74.64	6.14	4.20	42
Marzo	70.56	4.80	7.01	196	52.32	2.90	4.74	208	58.47	3.42	5.38	19	38.27	2.69	4.36	96	71.61	6.06	3.60	36
Abril	65.20	3.90	6.11	167	50.67	3.96	4.26	207	44.17	3.13	3.88	6	49.85	2.58	5.82	128	73.33	5.79	4.20	42
Mayo	62.85	2.46	7.26	206	57.74	3.38	5.14	229	52.02	2.50	6.50	20	51.76	2.72	6.05	133	64.52	4.85	3.60	36
Junio	60.76	2.36	6.72	190	69.30	3.75	5.09	225	65.83	2.98	6.13	16	46.21	2.66	5.23	115	92.67	5.80	4.00	40
Julio	61.40	2.87	7.69	214	66.00	4.51	6.10	264	75.81	3.46	7.00	15	33.43	2.37	4.23	93	90.32	9.29	2.80	28
Agosto	67.96	2.40	6.67	194	59.22	3.26	4.87	222	74.19	3.48	6.65	12	50.29	2.42	5.86	129	90.32	6.02	4.30	43
Set.	70.06	2.38	6.95	197	65.42	3.63	5.45	237	81.67	2.88	7.25	13	59.74	2.51	7.47	115	92.00	8.04	4.50	44
Oct.	66.99	2.74	8.03	233	53.68	3.30	4.90	224	56.45	3.57	6.13	21	41.35	2.43	5.18	114	90.32	6.77	4.40	43
Nov.	60.00	2.36	7.43	211	55.93	3.42	4.68	202	59.58	3.02	5.75	9	42.12	2.37	532.00	117	62.67	5.50	3.80	38
Dic.	59.46	3.19	6.77	190	50.32	4.50	4.72	212	50.40	2.55	6.63	14	48.68	2.45	6.45	142	88.06	6.23	4.00	40
TOTAL	65.28	3.13	6.74	2295	56.27	3.57	4.84	2592	61.72	3.23	6.00	170	45.54	2.50	49.41	1407	80.63	6.45	3.82	456

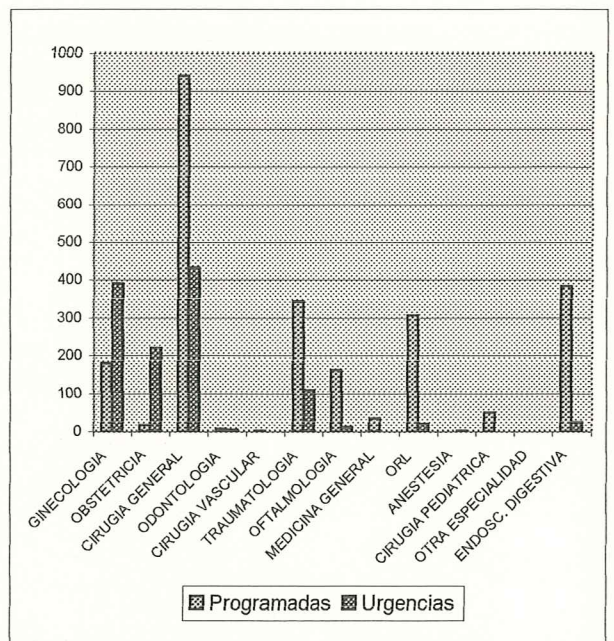
Mes	Cuidados Progresivos				Obstetricia				Neonatología			
	% Ocup.	D. Est.	Giro C.	Total	% Ocup.	D. Est.	Giro C.	Total	% Ocup.	D. Est.	Giro C.	Total
Enero	58.19	3.34	5.86	371	40.18	2.39	6.35	114	71.36	4.85	5.36	24
Febrero	53.68	4.41	6.52	313	44.64	2.40	7.60	111	74.64	4.63	4.59	42
Marzo	59.00	5.56	5.56	423	38.27	2.69	5.96	96	71.61	4.25	4.39	36
Abril	54.98	4.85	5.87	380	49.85	2.58	7.82	128	71.56	5.79	4.20	42
Mayo	58.95	3.95	5.98	455	40.15	2.72	6.05	133	64.52	4.85	4.69	36
Junio	60.25	4.60	5.72	431	46.21	2.66	7.36	115	69.60	5.80	5.62	40
Julio	59.36	3.28	6.71	493	33.43	2.37	5.60	93	80.32	5.65	3.85	28
Agosto	64.24	5.64	6.98	428	45.69	2.42	5.86	129	81.65	5.36	4.30	43
Set.	62.73	3.21	6.21	447	51.5	2.51	7.47	114	80.12	4.6	4.50	44
Oct.	56.69	3.08	5.77	478	41.35	2.43	7.31	114	82.36	5.10	4.40	43
Nov.	57.65	2.91	6.64	422	42.12	2.37	5.32	117	62.67	4.90	3.80	38
Dic.	54.32	3.57	5.98	383	48.68	2.45	6.45	142	80.20	4.25	4.38	40
TOTAL	58.3367	4.04167	6.14	5029	43.5058	2.50	6.60	1407	74.2175	5.00	4.56	456

PROMEDIO HOSPITAL			
% Ocup.	D. Est.	Giro C.	Total
56.58	3.53	5.86	509
57.65	3.81	6.24	466
56.29	4.17	5.30	555
58.80	4.41	5.96	550
54.54	3.84	5.57	624
58.69	4.35	6.23	586
57.70	3.77	5.39	614
63.86	4.47	5.71	600
64.78	3.44	6.06	606
60.13	3.54	5.83	635
54.15	3.39	5.22	577
61.07	3.46	5.80	570
53.69	3.85	5.76	6192

PRODUCCION CENTRO QUIRURGICO HOSPITAL HELLER - AÑO 2003

MODALIDAD	Total	%
Programadas	2427	66.68
Urgencias	1213	33.32
Total General	3640	100

ESPECIALIDAD	Programadas		Urgencias		Total General	
	Total	%	Total	%	Total	%
GINECOLOGIA	181	7.46	390	32.15	571	15.69
OBSTETRICIA	17	0.7	220	18.14	237	6.51
CIRUGIA GENERAL	941	38.77	432	35.61	1373	37.72
ODONTOLOGIA	6	0.25	5	0.41	11	0.3
CIRUGIA VASCULAR	2	0.08	0	0	2	0.05
TRAUMATOLOGIA	344	14.17	108	8.9	452	12.42
OFTALMOLOGIA	162	6.67	12	0.99	174	4.78
MEDICINA GENERAL	34	1.4	0	0	34	0.93
ORL	307	12.65	20	1.65	327	8.98
ANESTESIA	0	0	2	0.16	2	0.05
CIRUGIA PEDIATRICA	50	2.06	0	0	50	1.37
OTRA ESPECIALIDAD	0	0	0	0	0	0
ENDOSC. DIGESTIVA	383	15.78	24	1.98	407	11.18
Total	2427	100	1213	100	3640	100



CIRUGIAS SUSPENDIDAS	
Cirugías Programadas	2427
Cirugías Suspendidas	189
Porcentaje Suspendidas	7.79

CAUSA DE SUSPENSIÓN	Total	%
Inasistencia del Paciente	73	38.62
Falta de Tiempo Quirúrgico	36	19.05
Estado Clínico del Paciente	27	14.29
Falta de Personal	23	12.17
Falta de Material	11	5.82
Falta Equipo Médico	6	3.17
Otros Motivos	6	3.17
Falta Cama de Internacion	3	1.59
Negación del Paciente	2	1.06
Falta de Ropa	1	0.53
Res. Clínica de la Patología	1	0.53
TOTAL	189	100

