

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autor: Eduardo Ducasse

MODELO DE GESTIÓN DE UN SERVICIO DE CIRUGIA

2005



Citar como: Ducasse, E. (2005). Modelo de Gestión de un Servicio de Cirugia.
[Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

Indice de contenidos

Índice de contenidos	Páginas
	2
1. Introducción.	
1.1. Presentación del tema.	3
1.2. Interés orientador del trabajo.	6
1.3. Ubicación espacial.	7
1.4. Estructura del trabajo.	7
2. Planteamiento del tema.	
2.1 Identificación del problema.	9
2.2. Contexto.	12
2.3. Situación de partida.	12
2.4. Objetivos del presente trabajo.	17
3. Desarrollo.	
3.1. Análisis del tema.	18
3.2. Encuadre teórico y antecedentes.	18
3.3. Propuesta.	35
4. Resultados.	
5. Conclusiones	
6. Bibliografía.	
7. Anexos.	

RESUMEN

Sabido es que la gran mayoría de los hospitales públicos se financian por rentas generales, con recursos del tesoro central de la jurisdicción a la que pertenecen y por ello, éstos son utilizados sin cuestionamientos respecto a su eficiencia o rentabilidad.

Las caracteriza asimismo, el altísimo gasto en recurso humano, el que en casi todos los casos supera los dos tercios del presupuesto general de una determinada institución, y sin embargo la administración, control y gestión del mismo suele estar por fuera de la Dirección del Hospital y dependiendo en general de la administración centralizada.

Las ineficiencias que esta realidad genera son muchísimas puesto que no se identifica, en la gran mayoría de los casos, la autoridad de mando con la autoridad real, encontrándose muchas veces la solución de los problemas por fuera de los niveles internos de la organización con la multiplicidad de situaciones que ello genera.

Sumado a ello, la falta de un presupuesto por programa o individualizado, que permita identificar los gastos, impide que se evalúen los costos reales de los productos hospitalarios.

El escenario se completa, con el manejo desde la administración central de las compras y la provisión de insumos, los que no siempre responden a las necesidades individuales de una determinada organización, y muchas veces en pos de lograr mejores precios por medio de compras de mayor volumen se pierde la continuidad de determinadas prestaciones.

Sin duda el viejo Hospital Julio Perrando resulta un claro ejemplo de este esquema de administración, puesto que presenta dependencia del sistema central: respecto al presupuesto, las funciones de compra y provisión de insumos y la administración de sus recursos humanos.

Cabe concluir entonces que, la gestión financiera de los hospitales de la provincia resulta ser prácticamente nula y este es un escollo importantísimo a la hora de evaluar los resultados de la gestión hospitalaria.

Cambiar los modelos no siempre es la solución. Pero en el caso particular la planificación estratégica no puede ser implementada con el modelo de gestión hospitalaria que utiliza hoy la provincia de Chaco.

La implementación de un nuevo modelo de gestión como herramienta de las políticas de salud requiere que se definan las prioridades, se determinen las estrategias y se programe la reforma de las estructuras, no como un simple retoque de los viejos procedimientos o un achicamiento de la estructura.

Su utilización permite un replanteo radical de la totalidad del proceso, en busca de importantes avances en materia de equidad, integralidad y calidad de los servicios los que sin duda se encuentran en una estrecha relación con la utilización de los recursos, los costos y el tiempo que de satisfacción de la demanda.

Necesariamente el presupuesto debe ser una herramienta de análisis económico y de gestión para lo cual es necesario especificar las actividades a desarrollar el producto que se desea alcanzar y las unidades de gestión involucradas en cada caso.

Imprescindible resulta la existencia de un sistema de control de gestión sobre la base de responsabilidades claramente delimitadas que asegure para el nivel central: la función de regulación, monitoreo y control del conjunto del proceso para prevenir y estar alerta pro cualquier deterioro en las prestaciones de los servicios del hospital.

Objetivos de la Implementación de un Nuevo Modelo de Organización y Gestión Hospitalaria en la Provincia de Chaco, que desde luego se internalice en todos los

Servicios Hospitalarios.

La meta es lograr que el Servicio de Cirugía del Hospital Julio Perrando, se presente como una empresa descentralizada y autónoma respecto de la administración central, con un centro de costos independientes dentro de la estructura administrativa estatal, y además, una organización ofreciendo servicios hospitalarios de calidad, de eficacia y con eficiencia.

Para ello, resulta imprescindible una transferencia de responsabilidades cuya naturaleza dependerá de múltiples factores y generara interdependencias.

El principal objetivo del cambio en el financiamiento del Servicio de Cirugía, es cubrir los gastos operacionales, de remuneraciones e inversiones, permitiendo el crecimiento y desarrollo de la organización del Servicio.

El modelo institucional resultante reflejará, seguramente, un compromiso entre criterios técnico-organizativos y criterios político-institucionales, así como la instalación de una cierta estructura de autoridad y un sistema de control externo..

PALABRAS CLAVES

Modelo de gestión

Trabajo por objetivos

Organización sistémica

Guías clínicas

Procesos

Indicadores

INTRODUCCION

Un indicador es una expresión matemática, generalmente un cociente del tipo tasa o proporción, aunque puede ser cualquier otro tipo de cociente que cumpla las reglas de *relevancia* (sirve para conocer el fenómeno, lo representa adecuadamente), *precisión* (la medición se desvía poco o nada del valor "real") *sensibilidad* (el indicador varía en consonancia con las variaciones producidas en el objeto que se estudia) y *especificidad* (es poco afectado por la acción de otras variables) que resume, como tal, y expresa cuantitativamente, una relación que permite llamar "objetivamente" la atención sobre un problema o aspecto relevante del mismo. Como toda expresión matemática, *NO es el problema*, sino una simplificación del mismo, útil para observar relaciones con otros fenómenos y apreciar su desarrollo, su procesamiento y comparación a través del tiempo y del espacio. Es la expresión sencilla de un fenómeno complejo y, como tal, posee los inconvenientes y las ventajas de la síntesis.

En lo que a la salud se refiere, cada nivel de actuación requiere de indicadores ajustados a las necesidades de decisión correspondientes. Esta observación parece necesaria en este momento por alguna confusión que podría estar planteándose ante la notable proliferación de publicaciones que se suceden en relación con los temas del monitoreo, de la evaluación de los sistemas de salud, de la eficiencia clínica, y de la gestión en general.

Para establecer el rendimiento de las unidades de producción (los hospitales y servicios en general) empleamos *indicadores para la evaluación administrativa y técnica de los establecimientos y personal actuante*. Estamos familiarizados con los indicadores utilizados para evaluar el gerenciamiento de los servicios de internación: promedio de estadía, porcentaje ocupacional, giro de camas; además, consultas por hora médica, costo de la consulta, del egreso, etc, son otros de los tantos indicadores conocidos y empleados desde hace tiempo.

La *evaluación de la calidad del trabajo clínico* no es ya una empresa librada a la profesionalidad del médico actuante, ni aún sólo determinada por el arbitrio de expertos: el jefe del servicio ("le patron" para los franceses), los "académicos" o los profesores. Hoy se acude a indicadores más precisos y menos subjetivos. El HEDIS es un importante hito al respecto, que incluye además indicadores para evaluar la eficiencia administrativa. La Universidad de Harvard fue partícipe principal en la elaboración del CONQUEST 2.0, una muy extensa base de datos, importante herramienta para la elaboración de indicadores para esta tarea y otras relacionadas con ella.

En el campo de la salud pública se hace empleo de *indicadores para la evaluación de las políticas nacionales y/o del comportamiento de los sistemas de salud*. Al análisis de las tasas de mortalidad (condensadas en la producción de tablas de vida y el cálculo de la expectativa de vida al nacer y para cada año específico) se fue agregando la determinación de tasas de incidencia y prevalencia para diversas patologías. La prolongación de la vida ha llevado al incremento de patologías crónicas con la consecuencia de las mediciones de la calidad de vida y de los niveles de discapacidad. Una nueva percepción de la equidad requiere de adecuadas mediciones de la distribución entre los grupos de la población, de los beneficios aportados por los avances científico-tecnológicos que están revolucionando el campo de la práctica médico-asistencial. El Informe anual del

Banco Mundial de 1993 introdujo además fuertes consideraciones respecto de la valoración económica de las acciones, lo cual refuerza la variable económica en mediciones que suelen dejarla de lado. De todo esto surge que los indicadores que habremos de usar de aquí en más para la evaluación nacional o de sistemas, serán muy diferentes de los tradicionales, incluyendo variables de calidad de vida, costo-beneficio de políticas o medidas particulares y de impacto en grupos expuestos o receptores de acciones.

El *gerenciamento de sistemas de salud* a través de agencias tomadoras de fondos que luego los asignan a la compra de servicios exigía, desde hace tiempo, del empleo de indicadores más objetivos. La experiencia de los HMO en los EUA, el efecto de las reformas en Europa creando los "cuasi markets" han impuesto paralelamente el desarrollo de una amplia gama de indicadores para medir el efecto de tales procesos, siendo el HEDIS la mayor herramienta diseñada hasta el momento al respecto. En nuestro medio se está tomando conciencia de esta necesidad, aunque es obvio que falta mucho camino por recorrer para llegar a disponer de un buen elenco de indicadores de control.

Resumiendo.

En este estudio se plantea la necesidad de operar indicadores en relación con los niveles en que se puede gestionar y analizar las problemáticas de salud:

1. Nivel nacional (eventualmente regional o superregional)
2. Nivel de sistemas y de programas para poblaciones o problemas definidos.
3. Nivel de establecimientos y unidades de producción de servicios en general
4. Nivel de desempeño y eficiencia clínicos.

Esta discriminación no es un simple ejercicio académico. Corresponde a una realidad operativa neta: son claramente diferentes las cualidades requeridas para la conducción de (y evaluación en) cada nivel, y correspondientemente también son diferentes los indicadores a emplear porque se modifican cualitativamente los hechos u objetos a considerar.

Para mayor claridad, y con especial referencia a los *indicadores de eficiencia y efectividad clínica*, parece oportuno glosar recomendaciones producidas en el seno de la ISQua:

Indicador clínico es definido como la "*medición de la gestión clínica y/o los resultados de un programa de atención de salud*".

Los indicadores pueden referirse a medición de circunstancias de procesos o medición de resultados, preferentemente referidos a un proceso clínico significativo (o complicaciones de un procedimiento mayor) claramente identificable/s, eventualmente importante además por su costo (económico y/o social).

Deben estar claramente definidos según pautas consensuadas acerca de su significado y condiciones de aplicación; tener especificidad (dependen o relacionarse esencialmente con el factor o proceso que se intenta medir) y por ende poder ser sometidos a procesos de validación y comparación, para así ser confiables.

Se dará preferencia, en la presente investigación, a aquellos más ampliamente aceptados, útiles y prácticos, con mayor impacto social y/o económico, desarrollados originalmente en un ambiente o institución de prestigio académico y profesional reconocidos.

Por último, deberán ser permanentemente sometidos a un efectivo y regular proceso de evaluación y revisión para su perfeccionamiento (del indicador y del sistema de medición).

1.1. Presentación del tema y propósito del trabajo.

Los médicos han ido aprendiendo anatomía, fisiología, patología, farmacología, diagnóstico por imágenes, clínica, etc. El tener acceso a bibliotecas, maestros inteligentes, ateneos de discusión, luego teleconferencias, Internet, los ha llevado a concluir que iban hacia una mejor medicina, indiscutiblemente. Pero: ¿Tenían objetivos?, ¿los medían?, ¿cómo los medían?, ¿qué método usan para llegar a los objetivos? La inducción, gerenciamiento, rectoría, administración o monitoreo de políticas, sistemas, servicios, establecimientos, unidades de salud, como cualquier estructura productora de bienes o servicios, requiere de métodos y procesos racionales. Cuando además los resultados (sean éstos finales o intermedios) pueden ser objeto de medición, se agrega un elemento importante: una evaluación cuantitativa, sobre la cual pueden construirse deducciones e interrogantes, comparaciones en tiempo y espacio, mucho más precisas y menos dependientes de la subjetividad del observador.

1.2. Interés orientador del trabajo.

El método. En nuestra cultura no está incorporado el método. Falta la metodología. En la práctica médica de todos los días, se conversa en grupo —no en equipo— y se dan por sentado muchas cosas (prejuicios), se dan órdenes verbales, o personalizan las acciones (que todo pase por uno), existe una ausencia de instructivos que permitan el inicio de un sistema necesario para homologar el lenguaje, delegar, generar el nuevo hábito.

En ocasiones hemos observado algunos intentos primitivos de colocar hojas escritas en sectores de instrucciones de la salud. Esto ha terminado siendo un montón de papeles nuevos y viejos que ya nadie lee. Indudablemente estos no son instructivos. No hay una metodología, tampoco un modelo de instructivo ni un sector (control de la documentación) que supervisa la tarea. Los instructivos han de seguir un método: Consensuarlo, escribirlo, aplicarlo y auditarlos. Los instructivos, con el tiempo son revisados, indicando la mejora continua. La presencia de instructivos se asocia a registros. Esto es, lo que decimos que hacemos, lo registramos.

Con base en lo antedicho, ¿por qué es necesario desarrollar este trabajo?. Porque se pueden asignar altas posibilidades a que no existe un modelo de gestión, ergo, demostrado (o no) esto, se presentarán elementos para elaborar un diagnóstico de la situación actual en función de una posible implementación de un Sistema de Gestión de Calidad y un tablero de control con las herramientas básicas que dicho sistema utiliza (como son los procesos, instructivos, registros, indicadores, resultados, auditorías, otros), con vistas a la mejora permanente y continua del servicio.

¿Quiénes se beneficiarán y por qué?. Se beneficiarán los pacientes, los médicos, los enfermeros, los técnicos, los anestelistas, los administrativos, el Hospital, el Estado. Si se demuestra el problema, es posible asignar un modelo de eficiencia y esto produce resultados sistémicos favorables.

TODOS se benefician de la excelencia.

¿Cuál es la relevancia del estudio?. ¿En qué grado el estudio es importante para el área en la cual se investigará?. ¿Cómo se justifica el estudio?. La relevancia está dada por tres aspectos:

- El descubrimiento: innovación, creatividad, nuevos conceptos e ideas, nuevos planteos de problemas aún no explorados.
- Justificación: aspectos de procedimientos, metodológico, mediciones precisas, herramientas estadísticas.
- Aplicación: relevancia en cuanto a cambios en las formas de intervención sobre la sociedad, generación de nuevas pautas de comportamiento o nuevas políticas.

1.3.Ubicación espacial.

El presente estudio consiste en la realización de un análisis situacional del sector de Cirugía de un hospital público, en este caso, el Hospital General Julio C. Perrando de la ciudad de Resistencia en la provincia del Chaco.

1.4.-Estructura del trabajo

El presente trabajo se llevó a cabo teniendo en cuenta la estructura planteada por la cátedra. En una primera se presenta el mismo, con una introducción en la que se hizo hincapié en los puntos relevantes de la temática planteada; a su vez se expuso el interés que guía la realización del estudio y se ubica espacialmente la organización analizada.

En la segunda parte se identifica el problema específico, situándolo en un contexto exacto y se describe la situación de partida, es decir, el estado de cosas actual respecto del tema a estudiar.

En la tercer parte, se expuso un análisis detallado del problema planteado y sus antecedentes y estado del arte, seguido por la propuesta elaborada por el investigador.

En una cuarta parte, se analizan los cambios o el impacto que tendría dicha propuesta en caso de llevarse a la práctica.

Finalmente, se exponen las conclusiones arrojadas por el estudio y su relación con el encuadre teórico del mismo.

2. PLANTEAMIENTO DEL TEMA.

2.1. Identificación del problema.

Abordaje de la situación actual

Abordar cualquier realidad social o, aspecto de ella, requiere reconocer de donde venimos y los males que padecemos para que con su correcta identificación, diagnóstico y tratamiento podamos encontrar las herramientas que nos permitan adoptar las decisiones correctas.

Y el proyectar, diseñar e implementar un cambio en una organización, en este caso en el ámbito del Servicio de Cirugía del Hospital Perrando, requiere necesariamente de esta mecánica de trabajo.

Por ello debemos tener en cuenta que las organizaciones públicas crecieron, y dentro de estas las instituciones hospitalarias, en forma desmedida y en muchos casos desorganizadamente, todo lo cual generó la existencia de un gran número de ineficiencias, así como de estructuras burocráticas.

En este contexto, la pérdida de la visión estratégica ha hecho que muchas de estas instituciones funcionen como un agregado de personas que no participan, no se reconocen como parte, ni reconocen las verdaderas misiones y funciones de la organización.

Esta realidad puede ser aprehendida correctamente en sus fortalezas y debilidades por observadores ajenos a la misma, pero que cuenten con la estrecha colaboración de quienes la generan y participan de ella en el día a día.

El Estado, en este caso, como el guardián último de la salud de la población debe asegurar que los servicios sanitarios sean prestados, en forma continua, asegurando a la población no sólo su acceso, sino su calidad. Sin embargo muchas veces estos requerimientos a la luz de una organización que ha perdido la visión de su misión estratégica, resulta casi de imposible materialización.

Y en ese contexto es que el Estado, debe priorizar las necesidades de la población y generar las herramientas que den respuesta a las fallas detectadas. Construir un nuevo modelo de gestión que priorice los mecanismos adecuados para el control de los recursos, la prestación de los servicios y la satisfacción del usuario.

Para ello, resulta imprescindible cubrir en muchos casos la escasez, dispersión e inexistencia de normativa que permita aprehender en forma acabada la organización, su misión y funcionamiento, sobre la base epidemiológica y social de la Población la que sin duda resulta prioridad de cualquier proyecto sanitario que pretenda tener éxito.

Esto caracteriza asimismo, el altísimo gasto en recurso humano, el que en casi todos los casos supera los dos tercios del presupuesto general de una determinada institución, y sin embargo la administración, el control y gestión del mismo suele estar por fuera de la Dirección del Hospital y dependiendo en general de la administración centralizada.

Las ineficiencias que esta realidad genera son muchísimas puesto que no se identifica, en la gran mayoría de los casos, la autoridad de mando con la autoridad real, encontrándose muchas veces la solución de los problemas por fuera de los niveles internos de la organización con la multiplicidad de situaciones que ello genera.

Sumado a ello, la falta de un presupuesto por programa o individualizado, que permita identificar los gastos, impide que se evalúen los costos reales de los productos hospitalarios.

El escenario se completa, con el manejo desde la administración central de las compras y la provisión de insumos, los que no siempre responden a las necesidades individuales de una determinada organización, y muchas veces en pos de lograr mejores precios por medio de compras de mayor volumen se pierde la continuidad de determinadas prestaciones.

Sin duda los actuales Hospitales Públicos resultan un claro ejemplo de este esquema de administración, puesto que presentan dependencia del sistema central: respecto al presupuesto, las funciones de compra y provisión de insumos y la administración de sus recursos humanos.

Cabe concluir entonces que, la gestión financiera de los hospitales de la provincia resulta ser prácticamente nula y este es un escollo importantísimo a la hora de evaluar los resultados de la gestión hospitalaria, y por tanto de los Servicios, como en este caso el de Cirugía.

La implementación de un nuevo modelo de gestión como herramienta de las políticas de salud requiere que se definan las prioridades, se determinen las estrategias y se programe la reforma de las estructuras, no como un simple retoque de los viejos procedimientos o un achicamiento de la estructura.

Su utilización permite un replanteo radical de la totalidad del proceso, en busca de importantes avances en materia de equidad, integralidad y calidad de los servicios los que sin duda se encuentran en una estrecha relación con la utilización de los recursos, los costos y el tiempo que de satisfacción de la demanda.

Necesariamente el presupuesto debe ser una herramienta de análisis económico y de gestión para lo cual es necesario especificar las actividades a desarrollar el producto que se desea alcanzar y las unidades de gestión involucradas en cada caso.

Imprescindible resulta la existencia de un sistema de control de gestión sobre la base de responsabilidades claramente delimitadas que asegure para el nivel central: la función de regulación, monitoreo y control del conjunto del proceso para prevenir y estar alerta pro cualquier deterioro en las prestaciones de los servicios del hospital.

Así, con la propuesta que surja del presente trabajo, se pretende aportar soluciones a temas tales como:

Los tiempos de espera prolongados para intervenciones quirúrgicas, la realización de cirugías programadas en horarios de guardia, tiempos de internación excesivos, complicaciones infecciosas por encima de tasas internacionales, ausencia de insumos críticos en tiempo y forma, déficit en mantenimiento preventivo, ausencia de guías clínicas, indicadores de procesos y resultados, reinternaciones dentro de las 72 hs del alta, incompleta confección de historias clínicas no protocolizadas, epicrisis no resueltas.

Todo lo anterior conforma un modelo de atención informal, establecido en el tiempo, configurando un sistema no planificado, que es lo que se pretende resolver.

Por lo tanto, para comenzar a modificar estas problemáticas, se hace necesario:

- Cambiar el estilo personal: transformar el modo en que la gente, sobre todo los líderes, abordan su tarea y su vida personal. La búsqueda de calidad transforma la relación con los empleados, con los usuarios y con los proveedores.

- Reorientar la capacitación y la construcción de equipos. La capacitación y la formación de equipos no bastan para el éxito a menos que estén reforzados por cambios en el modo de trabajar
- Participar personalmente. Sin un liderazgo competente y constante los proyectos de cambio fracasan. La gente que trabaja aporta mayores esfuerzos cuando hay un liderazgo orientador.
- Ser paciente, pues los resultados demoran. Estar dispuesto a aguardar uno, dos o más años para tener resultados significativos.
- Combinar medidas rápidas con cambios sistémicos a largo plazo.

En la presente investigación se afirma que sin aprendizaje colectivo no puede haber mejoramiento continuo. El aprendizaje colectivo se afirma si los individuos disponen de un modelo mental compartido para convertir recursos y energía vital en productos y servicios que sirvan a la comunidad.

2.2. Contexto

El hospital Julio C. Perrando fue creado hace mas de 90 años y cuenta con 1160 empleados que se desempeñan diariamente en él. De este total, 868 corresponden al personal de planta; 91 al personal que trabaja mediante contrato de servicio; 186 al personal que se desempeña mediante contrato de obra y 13 al personal afectado a otras reparticiones.¹

El presente trabajo se realizará en el Servicio de Cirugía del Hospital Perrando de la ciudad de Resistencia, Chaco, cuyo nivel 6 de complejidad, lo posiciona como un centro de referencia provincial, no sólo por este motivo sino también por ser centro de derivación de Chaco, Corrientes, Formosa, norte de Santa Fe y Paraguay.

2.3. Descripción de la situación

Dificultades actuales:

➤ Ausencia de política explícita.

Si bien ya hemos mencionado la existencia de elementos que permiten señalar actitudes hacia una mejor calidad en las actividades, que redunden en los pacientes, el servicio y los empleados, no hay una definida política empresarial escrita, conocida e internalizada por todos los integrantes.

Este déficit condiciona que los objetivos sean interpretaciones individuales, sin trabajo en equipo, sin disciplina metodológica, ausencia de índices de gestión y evaluaciones para confirmar las hipótesis de que "acá se trabaja bien...".

➤ No esclarecimiento de las funciones de la jefatura de servicio.

No hallamos las funciones de la jefatura del servicio, en cambio observamos que había una presencia excesiva en casi todas las áreas y tareas. Casi todo pasaba por allí...

La jefatura médica no establecía política de calidad y por lo tanto la no definición de objetivos impedía el accionar independiente de todos sus integrantes.

Diríamos que es necesario contestar mas preguntas: ¿Qué hacer?, ¿Cómo hacer?, ¿Cuándo hacer?, ¿Para qué hacer?. El no tener política impide realizar la fundamental tarea de la dirección:

¹ Fuente: Trabajo de campo realizado por alumnos de la Lic. En Relaciones Laborales: "Investigación estructural del hospital Julio C. Perrando: áreas de Guardia y Administración." Vacca, Gabriela. Lugo, Marcelo. Winkler, Carolina. Zini, Ángela. 2000.

➤ Falta de organigrama del servicio

La no asignación del mismo trae confusión en cuanto a tareas y responsabilidades.

Cierta vez se le pregunto a una secretaria, por qué el paciente X no tenía una droga para su tratamiento. La respuesta fue que dicha droga era entregada por las Obras sociales –recupero de gastos - y no por el Servicio, y que en el caso que se estaba tratando, el trámite lo hacía otra secretaria. Ella se ocupaba del mismo trámite, pero para otra Obra Social. Dos personas haciendo el mismo trabajo... Es difícil entender porque una secretaria no se encarga del mismo trámite para todas las Obras Sociales.

Falta de organización... en este caso Organigrama.

➤ Falta de uniformidad escrita de relación con Obras Sociales

La forma y tipo de trabajo o prestación con las distintas Obras Sociales, no se acompaña de contratos escritos que indiquen su vigencia o actualidad.

La facturación a una Obra Social se hace así desde hace varios años... sin contrato o con un contrato de años de vigencia. En algunos casos – ciertas Obras Sociales – no exigen contratos establecidos. ¿Contrato implícito?

➤ No – identificación de un responsable de verificar que los documentos del Servicio de Cirugía existan, sirvan, estén actualizados, lo conozcan todos y se cumplan

¿Cuál es el procedimiento utilizado para facturar a las mutuales?, ¿es ese el último en vigencia?, ¿cuál es el instructivo para hacer una transfusión de sangre?, ¿cuál es el instructivo que indica los requisitos con los proveedores de Servicios?. Todas estas preguntas no tienen respuesta, pues no esta sistematizado una estructura de política / procedimientos / instructivos / registros y responsable del mantenimiento, difusión del mismo.

➤ No se verifican lineamientos para compras

Es observable la presencia de cierto ordenamiento en las compras habituales de insumos para las cirugías, traducido en: cantidad, calidad, precio y contacto para la negociación, así como condiciones de pago.

La compras no tradicionales pasan por dirección y allí se deciden.

No hay procedimientos escritos para compras de insumos o servicios habituales o no programados.

Los proveedores de insumos son varios, y se constata un exagerado tiempo en la búsqueda del mejor precio, la necesidad de contar con menos y mejores proveedores y tener una evaluación periódica de los mismos.

La ausencia de requisitos con los proveedores de Servicio impide homologar el lenguaje, trabajar juntos tras un mismo objetivo –pues habitualmente cada parte considera lo mejor de una manera- y realizar evaluaciones en función de esos acuerdos. Es decir, ¿se cumplen los requisitos?. Y si no se cumplen, ¿qué actitud se toma para mejorar?. Cuando llega un insumo a la Institución, en un horario no habitual, ¿cuáles son los requisitos para su aceptación de ingreso a la Empresa?. Por ejemplo, ¿qué pasa si llega una caja conteniendo ampollas de Antibióticos y está mojada?

➤ Ineficiencia en la confección y archivo de la documentación del paciente

Si bien existen los datos de las historias clínicas, epicrisis de los pacientes al alta, registro de los análisis periódicos realizados, radiografías de tórax o electrocardiogramas.

Sin embargo y habida cuenta de la existencia de varios ítems que presentan los pacientes en cirugía, como ser:

- Tiempo de espera en cirugías programadas
- Días de internación
- Cirugías postergadas
- Tasa de Infecciones de heridas
- Historia Clínica completada al ingreso
- Complicaciones post-operatorias
- Tasa de reinternaciones dentro de las 72 hs
- Cirugías postergadas por razones de equipamiento obsoleto

Esta enorme cantidad de datos, exige en el actual sistema de gestión una gran carga de tiempo para su recolección, estadísticas o análisis circunstancial.

No hay un modelo sistémico del registro de la información, y observamos "vacíos" entre las prescripciones que el médico realiza, adonde suele faltar firma y sello, y correlación actualizada de la medicación que hace el enfermero. Esto significa: el enfermero podría estar "repitiendo" los esquemas terapéuticos por no sistematización de la información.

También faltan requisitos que definan cual es la medicación que el enfermero hace *sin* pedir autorización escrita del medico.

➤ Los procesos son reconocidos en forma implícita

Si bien (esto ya fue señalado antes) hay una distribución de las tareas por áreas bien reconocidas, no existen los procesos en cada área en forma escrita. Con esto queremos decir que *no hay diagramas de flujo donde este por escrito identificado todo el recorrido del proceso principal.*

Por lo tanto no hay una sistematización que permita prever una uniformidad en las acciones de todo el personal...

➤ Ausencia de requisitos inter-áreas

Se observa, en general, que las distintas áreas trabajan con "cierto" grado de relación generada por las actividades cotidianas, producto del "hábito" de hacer las tareas de tal o cual manera.

Sin embargo, no existen requisitos explícitos entre las distintas áreas que permitan establecer relaciones conocidas por las partes y así mejorar y asegurar la continuación de los procesos que conduzcan a objetivos deseados a priori.

➤ Registros de la Calidad

Es observable la presencia de registros en algunas áreas, pero no están numerados e incorporados a un sistema. Esto lleva a que no exista un índice de registros numerados, al que todos tengan acceso y lleva a la posibilidad de que cada integrante de la empresa quiera hacer una "planilla" (sinónimo de registro) y por lo tanto se produzca una anarquía en tal sentido, lo que impide un seguimiento estadístico necesario para la marcha del servicio y toma de decisiones.

➤ No hay un programa de auditorías de la calidad

Si bien hemos señalado en otra parte que hay auditorías en algunas áreas de la institución, no hay *un sistema* de auditorías sobre la base de instructivos y/o formularios para las mismas, y no se comprueba un cronograma de auditorías programadas.

Por lo tanto hay una falta de la herramienta principal en la mejora continua de la calidad.

➤ Capacitación sin ordenamiento sistémico

Hay una clara, visible y demostrable actitud hacia la capacitación del personal médico, basado en la iniciativa individual y dirigido hacia el conocimiento científico, pero no sobre organización, sistemas o modelos de gestión por resultados.

No es demostrable la presencia de un programa inicial y continuo, y evaluaciones periódicas o sistematizadas (pues hay algunas aisladas).

Hay capacitación para la acción... pero no hay objetivos o índices de gestión que permitan medir o evaluar el resultado de la capacitación.

➤ Falta de seguimiento de las actividades brindadas al paciente una vez que se retira de la institución

No hay normativas, procedimientos o instructivos, además de registros de las actividades que se desarrollan en el intervalo de tiempo en el que el paciente está fuera de la institución.

No se establecen por escrito los requisitos del paciente recién ingreso, tanto administrativos como médicos o de enfermería.

No se detectan círculos de mejora para el análisis de las causas de reinternaciones dentro de las 72 hs del alta.

➤ Manejo de las Estadísticas

Hay estadísticas relacionadas con las actividades que se desarrollan en la institución.

La investigación revela que –sin embargo– no hay indicadores estadísticos por áreas que permitan conocer cuál es el objetivo que cada área persigue.

Además, hay áreas de mayor “actividad” en cuanto a estadísticas –internación quirúrgica– y otras como post-operatorio, infecciones de heridas –complicaciones– que son deficitarias.

Pero, como en otros temas, vemos que las estadísticas no están formando parte de un sistema.

Así, el problema detectado, centro del presente estudio, se manifiesta a través de:

- Cirugías postergadas
- Tiempo de espera prolongados
- Ausencia de insumos críticos
- Altas tasas de días de internación
- Infecciones en heridas
- Reinternaciones frecuentes dentro de las 72 hs del alta
- Prescripciones medicas no actualizadas
- Equipamiento obsoleto

2.4. Objetivos del trabajo

Este trabajo propone analizar, definir el estado actual de funcionamiento del Servicio de Cirugía del Hospital Perrando, identificando las principales debilidades, con el objetivo de plantear los cambios necesarios a partir de las fortalezas existentes hacia un nuevo modelo de gestión descentralizado, autónomo, con visión de organización sistémica, con valores compartidos, con guías clínicas, con medicina basada en la evidencia, por procesos, indicadores, tasas de producción que permitan establecer presupuestación, y tomas de decisiones en base a relaciones coste-efectivo.

- Realizar un análisis situacional del servicio de cirugía del hospital Julio C. Perrando para comprender e interpretar el funcionamiento del modelo actual de gestión.
- Aportar, basado en este análisis, elementos para una propuesta de gestión que contribuya a la optimización del servicio de cirugía del Hospital Julio C. Perrando.
- Indagar respecto de las características funcionales actuales del servicio de cirugía del Hospital General Julio C. Perrando.
- Aportar una reflexión sobre la base de objetivos alcanzados en el Servicio de Cirugía.
- Iniciar la búsqueda causal de cirugías programadas postergadas, altas tasas de internación, tasas de infección por encima del estándar internacional, falta de insumos, reinternaciones precoces.

3. DESARROLLO

3.1.-Análisis del Tema

Los clientes, los competidores del mercado interno y los mercados externos globalizados, producen amenazas y oportunidades globales y específicas a las organizaciones, lo cual genera la necesidad de analizar la ventaja de realizar cambios estratégicos organizacionales y/o competitivos.

Las exigencias, entonces, de los mercados en forma conjunta o aislada, provocan el análisis y toma de decisiones estratégicas, acerca de implantar o no sistemas de gestión en calidad.

Pero de que se trata?

La gestión de calidad puede referirse a distintos aspectos de la actividad de una organización, de un servicio de salud: el producto o servicio, el proceso, la producción o sistema de prestación del servicio o bien, entenderse como una corriente de pensamiento que impregna a toda la organización.

Existen diversas acepciones sobre el concepto de gestión de calidad organizacional, pero concretamente se la puede entender como una filosofía estrechamente relacionada con el marketing y los recursos humanos.

Da lugar a un estilo de dirección y gestión, orientador de la organización o servicio hacia el cliente externo y la satisfacción de sus necesidades y hacia el cliente interno y el fomento de su motivación, formación y participación.

Si la decisión estratégica es analizar el actual modelo informal, hacia un modelo de gestión de calidad, implicará consiguientemente, redefinir en forma clara y explícita el sistema de valores.

"Los sistema de gestión de calidad tienen como metodología, modificar los hábitos, crear nuevas pautas culturales como la reflexión, el análisis de los problemas, la duda como instrumento del conocimiento, el trabajo cooperativo, en equipos, la mejora en la comunicación. El sistema de gestión de calidad tiene una filosofía: el cambio cultural" (Ducasse.1999).²

Ello es dificultoso ya que requiere trabajar adecuadamente la nueva cultura y luego de conseguirla, hay que recrearla y sostenerla continuamente, dado que a veces la presión del trabajo, la falta de motivación, entre otros, van desgastando y desvirtuando las concepciones originales.

La uniformidad de la cultura, se refiere que no pueden existir y convivir, en una misma organización (como es común observar), culturas diferentes entre áreas. A tal fin, debe crearse y consolidarse una ambiente propicio en donde se desarrollen naturalmente los cambios culturales. Ese ambiente requiere, necesariamente un ida y vuelta, en donde el empleador brinde respeto por el ser humano y sus potencialidades, lo motive adecuadamente y construya un compromiso en el trabajo. Por otra parte el personal deberá manifestar identificación, compromiso, lealtad y colaboración permanente.

Para eso hace falta la participación de todo el personal tanto en la toma de decisiones que afecten su puesto de trabajo como el entorno organizacional en el que se inserta, es decir, *"la participación es el involucramiento psicológico de las personas en situaciones de trabajo en equipo que las estimulan a contribuir a la*

² Ducasse, Eduardo. Tesis de Maestría en Calidad. 1999.

obtención de metas del equipo y a compartir la responsabilidad de estas" (Davis-Newstrom.1996).³

La participación bien entendida es emocional y mental, el individuo compromete su ego, no solo sus habilidades.

Algunos administradores confunden esto último con participación, confunden el dinamismo (celebrando reuniones, pidiendo opiniones) con participación, la participación no es conseguir la aprobación de los empleados de algo que por lo general ya ha sido decidido, sino involucrar su creatividad y escuchar realmente sus ideas.

Esta participación mejora la motivación de los empleados ya que impulsa a las personas a aceptar responsabilidades por las actividades del grupo y ven en esto una forma de realizar lo que ellos quieren, así comienza a fluir el "nosotros" en lugar de "ellos" y los problemas comienzan a ser nuestros y no de "ellos".

"Claro que es necesario tener en cuenta para el logro de la participación y de un programa de gestión de calidad la condición sine qua non de la presencia de un líder instrumental-democrático (uniendo conceptos de Bales y Lewin), ya que por un lado es requisito fundamental una formación profesional optima, inteligencia y capacitación permanente (el líder instrumental es el que mas sabe) y por otro lado este líder debe trabajar en grupo asegurando la participación equitativa de todos sus miembros (el líder democrático es quien asume sus responsabilidades y las participa, se asegura de que todos los miembros manejen la información, que coordine y mantenga la unidad)." (Vacca. 2002)⁴

Por esto el líder de hoy debe lograr :

- Que las directrices sean dictadas y decididas por el grupo, estimulado y asistido por el líder
- Que el grupo esboce las acciones y técnicas para alcanzar el objetivo, solicitando consejo al líder cuando es necesario; este sugiera dos o mas alternativas para que el grupo escoja. Las tareas ganan nuevas perspectivas con los debates.
- Ser un miembro normal del grupo, en espíritu, sin encargarse mucho de las tareas. El líder es objetivo y se limita a los hechos en sus críticas y logros.

De esto se desprende que la participación y existencia de un líder democrático permiten la cohesión del trabajo en equipo, el compromiso con la organización y la optimización de la comunicación como herramienta para el logro de los conceptos mencionados. Además permite manejar de la mejor forma la resistencia de todo el personal a los cambios que supone la aplicación de una nueva gestión.

Esta resistencia se puede definir como el o los comportamientos de los actores del servicio, tendientes a desacreditar, retardar o impedir el cambio porque constituye una amenaza contra sus necesidades de seguridad, de status, autoestima o interacción social; pero, si bien el ser humano tiende a resistirse al cambio, también siente el deseo de nuevas experiencias y de recibir los premios que acompañan al cambio, ergo, es en esos aspectos en los que el líder debe hacer hincapié, teniendo en cuenta dos puntos fundamentales:

³ Davis – Newstrom. *Comportamiento humano en el trabajo: Comportamiento organizacional*. Ed. Mc Graw Hill. México. 1996.

⁴ Vacca, Gabriela. *Tesis de Licenciatura en Relaciones Laborales*. 2002.

- El cambio será un éxito o un problema, según la habilidad con que se administre para atenuar en lo posible la resistencia.
- El cambio se realiza con mucha lentitud y "no termina abruptamente sino que se pierde en la vida de la organización o servicio"(Húngaro.2000),y exige un alto precio en plantación y recursos.

a. Variabilidad de la práctica médica.

Uno de los temas más debatidos en la bibliografía médica es la variabilidad de la práctica clínica. Este hecho es observado por todos los agentes involucrados directa e indirectamente en el proceso clínico: pacientes y familiares, profesionales sanitarios y gestores.

La visión intuitiva que considera que "no hay enfermedades sino enfermos" ha llevado, en muchas ocasiones, a la justificación de esta variabilidad. Sin embargo, en contraposición a esta idea, se ha ido imponiendo el enfoque epidemiológico, que reconoce que, si bien cada acto clínico es único e irrepetible, existen muchos aspectos clave del mismo que permiten la posibilidad de ser sistematizados. Gracias a este enfoque se ha facilitado el aprendizaje de los profesionales y la mejora continua de su actividad.

Existen algunos factores que influyen en la variabilidad de la práctica clínica. Uno de ellos es la ausencia de información suficientemente contrastada en muchos de los aspectos diagnósticos y terapéuticos; otro motivo es el desconocimiento por parte de los clínicos de estándares de calidad; en otras ocasiones, la insuficiente observación y detección de síntomas y signos clínicos por parte de los profesionales lleva a actuaciones no adecuadas; la falta de organización interna y la falta de coordinación entre las diferentes unidades involucradas en los procesos asistenciales, así como entre los estamentos médico y de enfermería, es otro factor que facilita la falta de sistematización de las pautas clínicas; asimismo, la presentación de las enfermedades no es homogénea.

Por tanto, se podría afirmar que existe una variabilidad justificada de la práctica clínica, como consecuencia de la individualidad de cada caso clínico y de la aceptada por la falta de suficiente evidencia científica, y una variabilidad no justificada, que se derivaría, principalmente, de aspectos organizativos, de conocimiento y de actitud de los profesionales.

La sistematización de los procesos surge, principalmente, como consecuencia de esta variabilidad no justificada. Con dicha sistematización se pretende asegurar que los procesos asistenciales se lleven a cabo manteniendo unas pautas de actuación homogéneas, y mostrando unos niveles de calidad óptimos.

Existen diversos métodos para sistematizar los procesos asistenciales. Los más utilizados son los protocolos, las guías de práctica clínica y las vías clínicas (*clinical pathways*).

El protocolo es un conjunto de recomendaciones que, habitualmente, hacen referencia a la indicación, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento, cuyo objetivo es asegurar la calidad del proceso clínico y de los resultados. Suelen considerar, además, las observaciones y alternativas, y ayudan a la toma de decisiones en un plan de cuidados.

La guías de práctica clínica son recomendaciones a las que se les exige un alto rigor científico (medicina basada en la evidencia), con mayor ámbito de aplicación

(nacional, regional...) y realizados, habitualmente, por un grupo representativo cualificado (Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, Sociedad Científica, etc.).

Guías clínicas

Las Guías clínicas (GC) representan planes asistenciales para procesos de curso clínico habitualmente predecibles, en las que se detallan secuencialmente las actividades clínicas y otras relacionadas, así como la responsabilidad de los profesionales en cada una de dichas actividades, verificando las diferentes actuaciones prefijadas y las posibles variaciones surgidas en el desarrollo del proceso asistencial.

Los primeros modelos sobre los que desarrollaron las GC, se remontan a las Técnicas de proyecto de red (1950, industria de petroquímica, construcción, y ordenadores; 1958, Program Evaluation and Review Technique-PERT y Submarino Polaris [Estados Unidos]). "Dentro del mundo sanitario, las primeras experiencias se desarrollaron en proyectos administrativos de investigación médica (1968) , planificación de reestructuración de un hospital (1969) y centro comunitario de salud mental (1975) . En procesos clínicos, los primeros datos fueron aportados por Zander (New England Med Center, Boston) y Grudich y Romito , entre los años 1988 y 1992, y uno de los motivos principales de su aparición era el pago prospectivo de los procesos, la necesidad de la contención de costes y la variabilidad no deseada. Desde entonces, se han extendido enormemente, sobre todo en países anglosajones, y actualmente es uno de los métodos habituales para facilitar la gestión de procesos clínicos.

En España, su implantación ha sido posterior, refiriéndose las primeras experiencias alrededor de 1997. Sin embargo, a partir de este momento, ha tenido una difusión importante por todo el país . Tanto las iniciativas individuales de diversos centros como la red de hospitales (Plan de Calidad del Insalud, 1999-2001).

Las primeras referencias bibliográficas sobre la utilización de los *pathways* en procesos clínicos se remontan a 1988. Zander, del New England Medical Center de Boston, fue el primer autor reconocido. Poco tiempo después, otros autores (Romito, en 1990, y Grudich, en 1991) prosiguen el desarrollo sostenido de las GC. Es a partir de 1993, cuando se produce un incremento sustancial en el número de publicaciones. En nuestro país, las primeras referencias publicadas se producen a finales de los noventa, siendo a partir de 1999 cuando se desarrollan más intensamente.

La denominación del concepto GC es muy variada, principalmente en el mundo anglosajón (*clinical pathways, critical pathways, pathways, care protocols, multidisciplinary pathways of care, care maps, care pathways, critical pathways guidelines*, etc.). Los términos más utilizados en español son: Guías clínicas y trayectorias clínicas.

Las GC son herramientas muy útiles para facilitar la gestión de procesos asistenciales y aportan algunas ventajas con respecto a protocolos y GPC, como por ejemplo:

1. Integran la atención (médica, de enfermería, administrativa, etc., así como de diferentes servicios).
2. Definen las responsabilidades de cada profesional.
3. Establecen la secuencia definida en el tiempo (día a día, hora a hora o por fases; en el ingreso o incluyendo, además, pre y posthospitalización).
4. Exigen la verificación de todas las actuaciones.
5. Facilitan la implementación de protocolos/algoritmos/GPC.

6. Incluyen otros aspectos, como la información del hospital, del servicio y del proceso, consentimiento informado, informe de alta; actividades; dieta, etc.
7. Incorporan habitualmente un cuestionario de satisfacción del paciente específico del proceso asistencial.
8. Aplican indicadores y estándares específicos de la vía clínica.
9. Facilitan la evaluación del proceso
10. Definen claramente el consumo de recursos (defecto y exceso): pruebas complementarias, interconsultas, fármacos, etc.

Además, son perfectamente compatibles con los protocolos y guías de práctica clínica, ya que, dentro de la GC, pueden ser incorporados, facilitando su cumplimiento.

Las GC requieren una serie de principios básicos para poder cumplir su misión. Estos son:

- Han de estar centradas en el paciente.
- Deben reflejar el modelo de cuidados requerido.
- Se deben aplicar a un proceso o procedimiento habitual.
- Deben poderse individualizar.
- Se conciben como herramientas para coordinar, desarrollar, monitorizar y evaluar el proceso asistencial.
- Deben orientarse a la mejora continua.
- Tienen que proveer metas referentes a resultados de salud y estancia.
- Deben ser de utilidad para la planificación del alta y la gestión de camas.
- Han de considerar el consumo de recursos.
- Implican necesariamente trabajo en equipo; deben involucrarse los diferentes profesionales que forman parte del proceso asistencial.

Asimismo, la correcta selección del proceso o procedimiento al que se va a aplicar la VC es de gran importancia. Algunos de los criterios que pueden orientar para dicha selección son:

- Curso clínico habitualmente predecible.
- Proceso de elevada prevalencia.
- Estancias elevadas.
- Costes elevados.
- Variabilidad no justificada.
- Participación de varias especialidades en el proceso.
- Posibilidades de mejora.
- Existencia de reclamaciones y/o quejas reiteradas.
- Referencias conocidas de existencia de estándares elevados (*benchmarks*) en otros servicios.

Dentro de la especialidad de cirugía general y del aparato digestivo se han desarrollado gran cantidad de GC. Las que con más frecuencia han sido publicadas son: colecistectomía, colectomía (por cáncer y diverticulitis), mastectomía, antirreflujo, tiroidectomía, cáncer de mama, herniorrafia inguinal, apendicetomía, eventrorrafia y resección de intestino delgado.

Las resistencias al cambio organizacional como representación de los problemas detectados

Los líderes están preparados para cualquier eventualidad, incluyendo las resistencias esperadas cuando se reta al sistema o a la organización a que ejecute con estándares superiores. La lógica a encontrar, según establecida, es la siguiente: Se siente una necesidad por hacer algo diferente, la cual es particularmenteracional y principalmente intuitiva. Es una necesidad que presiona para abrir la organización

o la sociedad hacia nuevas maneras de hacer las cosas. La organización busca ayuda en la gestión de crear las condiciones que permitan matricular a la población de equipos en el desafío del cambio y la transformación. Sin embargo, a menos que haya apoyo completo y constante de la base final de poder y autoridad, tales esfuerzos conducirán a resultados erráticos en el mejor de los casos.

Se movilizan las resistencias organizacionales. Eso puede suceder instantáneamente o muy subrepticia y gradualmente. Los líderes que intentan lograr cambios en sus sistemas seguramente confrontarán orgullos lastimados, ansiedad, ruptura del equilibrio social, coaliciones y un "jamaqueo" cultural. La resistencia se manifiesta por una variedad amplia de astutas estrategias de defensa. El primer paso en manejar las mismas es reconocerlas por su nombre. Algunas defensas típicas son silencio, signo de aburrimiento, indiferencia, sueño, inacción, bochorno por tener que aceptar un apoyo personal valioso, tener siempre algo que hacer que interfiera, vivir en crisis en vez de en un ambiente de planificación, acusaciones de todos tipos, falta de seriedad, leer periódicos en una reunión importante, ausencia de interés por pensar en torno al cambio, posponer las cosas indefinidamente, procrastinar, sabotaje político deliberado, manipular cínicamente, ignorar que las soluciones significan acciones personales que hay que adoptar, y finalmente ocultar la hostilidad. Todas estas acciones de resistencia pueden racionalizarse con un supuesto manto de objetividad profesional. Estas estrategias de resistencia se verbalizan de modos muy típicos: "Esto es peligroso", "No necesitamos cátedras", "¿Cómo se pondrán a trabajar estas ideas para mil empleados?", "Yo soy muy práctico", "Terapia subsidiada", "Estamos sobrecargados", "Estoy aquí porque mi jefe me dijo que viniera", "Tenemos estas reuniones, pero las cosas no cambian", "Ahora, regresemos a trabajar".

La resistencia es una interferencia en el proceso de crecimiento. Las expresiones típicas son proyección, desplazamiento (que puede ser somático), negación, entorpecimiento, y sublimación. La resistencia hay que abordarla con un realismo vigoroso. La ventilación profunda de la resistencia conduce a las raíces de sus causas. Una vez se sabe a que uno se enfrenta, se puede manejar la misma.

La solicitud de hacer la mente del liderazgo más operacional, en la medida en que no es auténtica, tiene muchas respuestas. La lucha por el cambio, en cierto sentido, es sobre entender cómo trabajan las mentes. En la psicoterapia, la comprensión de la naturaleza interior conduce a la sanación y crea poder personal. Esa es la teoría que produce conocimiento como fundamento necesario para el cambio. Otra perspectiva consiste en desarrollar técnicas y destrezas para la transición, enfatizando que el Superhombre o la Superchica no viven en la organización, por lo que la gente por sí misma debe buscar contestaciones constructivas. A veces los líderes tendrán que cuestionar las mismas preguntas que se hacen para enfatizar que el cambio siempre es dialógico, que requiere la contribución de aquellos que verdaderamente se interesan por esa gestión de modificar patrones de comportamientos. Es importante establecer el costo de la resistencia (emocional y financieramente) para la salud de la organización. Se va creando una masa crítica según se demuestra un compromiso y una perseverancia sustentable por parte de los que toman las decisiones que son los auspiciadores de estas iniciativas.

Las transformaciones graduales de las organizaciones ocurren como brilla el sol después de un gran aguacero, como un día despejado después de una larga noche. La idea es hacer de la nueva conciencia de la cultura una condición permanente capaz de rebasar la reincidencia habitual del status quo. El llamado hacia el modelaje se basa en la teoría que el liderazgo del cambio es contagioso.

b. Enfoque sistémico.

La utilización del enfoque o pensamiento sistémico aportó también a la mejora cualitativa.

Todos los objetos son sistemas o componentes de sistemas. Este principio o postulado vale tanto para las cosas concretas o materiales, como para las ideas. Vale para átomos, personas, sociedades y sus componentes, así como las cosas compuestas de los mismos. También vale para las ideas: no hay ideas sueltas o independientes, sea en el conocimiento ordinario, científico, técnico o humanístico.

No se podría entender, elaborar o aplicar una idea sin relación con otras ideas. En otras palabras, las ideas sólo existen como miembros de sistemas de ideas, los que a su vez son ideales.

Por ejemplo, pensamos el concepto "dos" como un número entero y lo relacionamos con los conceptos de pareja, los dos lados de una moneda, etc. Y combinamos conceptos formando proposiciones tales como "los números son objetos ideales, no concretos". Las proposiciones son minisistemas conceptuales.

La idea de que todo objeto es un sistema, o parte de tal, caracteriza al enfoque sistémico. Esta es la alternativa tanto al individualismo (o atomismo), como al holismo (u organicismo). El primero ve los árboles, pero no ve el bosque, mientras que el segundo, ve el bosque pero no los árboles. En cambio, el enfoque sistémico facilita la percepción de los árboles (y sus componentes y entornos) así como de los bosques (así como la de sus componentes y entornos). Lo que vale para los árboles y bosques, también vale para todo lo demás, en particular para las personas y los sistemas sociales de que ellas forman parte.

El enfoque sistémico es moderno.

El sistema cardiovascular sólo fue reconocido por William Harvey a comienzos del siglo XVII; los astrónomos no hablaron del sistema solar antes de fines del mismo siglo; el estudio de los sistemas digestivos, nervioso, endocrino, inmune y otros subsistemas del cuerpo humano es más reciente; y la ingeniería de sistemas es aún más reciente.

La mayoría de nosotros nos especializamos a punto tal que, tendemos a olvidar que siempre tratamos con sistemas. A veces, nos molesta tener que analizarlos, o bien somos demasiados cortos de vista o perezosos, para ubicarlos en sus contextos.

En otras palabras, la mayoría de los expertos adopta un enfoque sectorial en lugar de sacar partido del enfoque sistémico. Ellos mismos, o quienes les escuchan, terminan por pagar caro la adopción del enfoque sectorial. Esto es particularmente evidente, en lo que respecta a los problemas humanos, pues estos son polifacéticos y se dan en sistemas, no de a uno.

Las limitaciones y el fracaso práctico de los enfoques individualistas (o atómico) y holista (o globalista), hacen que un número creciente de expertos en todos los campos, adopte más o menos tácitamente, el enfoque sistémico. Se está tornando cada vez más evidente, que la mayoría de los objetos con que tratamos, particularmente en lo social, son sistemas multifacéticos y, como tales, están fuera del alcance de los especialistas estrechos. Estamos aprendiendo gradualmente, a veces a altos costos, que el mejor experto es el multidisciplinario. Ya no despreciamos al generalista, a menos, claro está, que sea un aficionado en todo lo que trata.

También estamos aprendiendo que los modelos de caja negra, por serviciales que sean, son superficiales. Estamos aprendiendo que, si queremos saber cómo funciona un sistema, o si queremos mejorar su diseño, o repararlo, debemos

conjeturar o exhibir su composición y su estructura, así como explorar el entorno con el que interactúa.

En suma, estamos aprendiendo a abordar los problemas de manera sistémica, aun cuando no empleemos esta expresión.

Un corolario metodológico importante de esta trivialidad, es que ningún subsistema de la sociedad puede modelarse adecuadamente a menos que tenga en cuenta algunas de las variables exógenas que caracterizan a los demás subsistemas.

Por ejemplo, un modelo realista del sistema político tendrá que contener, no sólo variables palitológicas, tales como el nivel de participación popular y la intensidad del control social. El modelo deberá incluir también, variables biológicas tales como: la población total, las tasas de natalidad y mortalidad y la distribución de las edades; variables culturales tales como: el nivel de escolaridad y el acceso a fuentes de información; y variables económicas tales como: el producto bruto interno, su análisis en sectores y su distribución entre los diversos grupos sociales.

Puesto que toda sociedad está dividida en cuatro subsistemas - biológico, económico, cultural y político - no puede desarrollarse de manera armoniosa y durable a menos que las cuatro marchen al compás. En particular, los modelos exclusivamente biológicos (o exclusivamente económico, cultural o político) del desarrollo, están condenados al fracaso. Ejemplo de ello es el desarrollismo consistente en el favorecimiento exclusivo de la industrialización y los planes de saneamiento y estabilización económica propugnados por el fondo monetario internacional; el modelo de desarrollo democrático, sin concomitantes económicos y culturales propugnados por el liberalismo clásico; y el modelo culturista de la UNESCO.

Por el mismo motivo, están condenados al fracaso los planes unilaterales de ayuda internacional. El desarrollo auténtico y sostenido de una sociedad, es integral. Desgraciadamente, la mayoría de los expertos en desarrollo, continúan adoptando enfoques sectoriales. Aún no han comprendido que los sistemas sólo pueden entenderse, rediseñarse y manipularse de manera sistémica.

Podemos a través del proceso de instrumentación del sistema de la calidad, ir detectando cambios en las personas. Aparece la modificación de valores.

Los valores argumentales, esto es aquellos que se graban en la infancia de los individuos, están relacionados con las modalidades y condicionamientos que tendrá nuestra existencia.

Los valores contra argumentales, son aquellos que ingresan al individuo por una vía de comunicación, filtrada por el nivel consciente. Es necesario la presencia de la voluntad del individuo para que se lleven a cabo. Por ello decimos, que la calidad es un proceso de desculturización -desaprender- para iniciar una nueva culturización.

Generar nuevos hábitos... Por eso es que la calidad genera resistencias.

El hábito es por definición, la mejor manera de hacer las cosas sin pensarlas. Cambiarle el hábito a las personas es generarle un problema. Imagine Ud. que deba atarse los cordones de los zapatos de una forma distinta a lo habitual de un día para el otro. ¿No se tentaría a hacerlo como antes?

Debe lograrse la participación de la gente, que tengan una capacitación continua asociada a sus necesidades dentro del proceso. El compromiso y el autocontrol a través de sus propios indicadores de gestión. El gran cambio cultural de trabajar con normas escritas, procedimientos y registro de las tareas realizadas. Cambios culturales que generen la posibilidad de seguimiento en las acciones: el follow-up. Empezar una tarea, saber cómo y cuándo terminarla.

Los actores

Así entonces podemos definir los actores: cirujanos, médicos, evaluadores pre-operatorios, enfermeras, técnicos, instrumentistas, anestelistas, recepcionistas, recuperación post-operatoria.

Los niveles

Microgestión: aquellos estrechamente relacionados con el proceso quirúrgico, como servicios auxiliares, hemoterapia, laboratorio, diagnostico por imágenes, cardiología, bioingeniería, estadísticas, archivos.

Mesogestión: docencia e investigación, gerencia administrativa, recursos humanos, compras, recupero de gastos, dirección del hospital, modelo de gestión hospitalaria, programas.

Macrogestión: centros de salud de atención primaria, hospitales de menor complejidad, ministerio de salud publica, política sanitaria, programas de

3.2. Encuadre teorico y antecedentes

La manera en la que el problema planteado afecta a los diferentes niveles y componentes de la organización, es:

A nivel microgestión:

- Falta de capacitación en admisión, en registros, informática, estadísticas, requisitos de ingreso al Servicio, referencia y contrareferencia con centros de salud y hospitales de menor complejidad.
- Indefinición del área preoperatoria con guías clínicas, interacción con servicios auxiliares, registros, indicadores de gestión.
- Excesos de cirugías postergadas o tiempos de espera prolongados por ausencia de sistema informativo, programación, planificación, comunicación del RRHH, falta de insumos o equipamiento inadecuado.
- Altas tasas de infección por déficit en capacitación, guías clínicas de abordaje en bioseguridad o cuidados perioperatorios.
- Falta de apoyo en tiempo y forma en cirugías programadas: transfusiones, colangiografías, biopsias congeladas

A nivel mesogestión:

- Falta de insumos programados en servicios auxiliares de cirugía: laboratorio, diagnostico por imágenes, estadísticas, archivos, compras
- No definición de presupuestos por servicios
- Indefinición de la tasa de producción de los servicios
- La guardia medica atiende pacientes quirúrgicos de consultorios externos de cirugía por horarios restringidos de estos últimos
- Referencias inadecuadas de la atención primaria al hospital
- Ineficiencia en la contrareferencia

A nivel macrogestión:

- Modelos de políticas centralizadas
- Ausencia de presupuestos
- Mala asignación de los recursos
- Modelo administrativo burocrático
- Ausencia de administración en RRHH
- Falta de premios/castigos o incentivos por producción
- Programas provinciales no evaluados, renovables ni cuantificables
- Déficit en políticas de prevención

.Antecedentes.

Porque y como enfrentan los países la reforma del sector salud

En los últimos años, muchos gobiernos en todo el mundo han emprendido vastas iniciativas de política e implementación para reformas sus sectores de la salud.

Estas reformas con frecuencia se centran en los medios para mejorar el acceso, la calidad, la eficiencia y la sustentabilidad de los servicios y sistemas de salud.

Entre estas iniciativas se encuentran debates acerca de las funciones que desempeñan los respectivos sectores públicos y privados, las metas del sistema de la salud y los meritos relativos de la medicina curativa, preventiva y los servicios de salud publica.

Durante el desarrollo de estos movimientos de reforma, parte del trabajo ha sido la identificación de los problemas que afectan el desempeño del sistema de la salud, las causas para una situación deficiente de la salud y las estrategias y técnicas específicas para el diseño e implementación de las reformas.

Los gobiernos han emprendido iniciativas (y los donantes internacionales las han apoyado) para mejorar o mantener el desempeño de servicios de salud prioritarios específicos (salud infantil, planificación familiar) ,los tipos o niveles de proveedores de salud (hospitales, redes de distrito) ,el ordenamiento administrativo y financiero (seguros, organizaciones para el mantenimiento de la salud, estructuras descentralizadas a nivel de distritos),o la asignación de los fondos públicos (estimación de las cargas de enfermedades y la definición de servicios de salud eficientes en función de los costos).

Existe una amplia gama de partes interesadas en reformar el sector salud. Sus puntos de vista a menudo difieren en función del papel que desempeñan en el sistema de la salud, y del punto de partida de los sistemas de atención de salud en que funcionan en la actualidad y que intentan reformar.

Estos fluctúan desde sistemas que se basan totalmente o en gran medida en servicios de salud financiados y prestados por el estado, como es el caso de las economías socialistas y en transición de la antigua Unión Soviética, Europa oriental y África; sistemas mixtos estatales, de seguridad social y del sector privado, como aquellos que se encuentran en América Latina; organizaciones mixtas gubernamentales y no gubernamentales y los nacientes sistemas del sector privado con fines de lucro en África, Asia y el cercano oriente; y los sistemas mixtos estatales y desarrollados del sector privado del sur de África, Asia y el cercano oriente.

En estos sistemas tan diversos alrededor del mundo, muchos funcionarios gubernamentales, personal de la salud, planificadores de la salud y otros participantes desean, en primer lugar, aumentar el acceso a los servicios de la salud y centrarse en su prestación.

Los economistas de los ministerios de planificación y finanzas, como asimismo aquellos que participan en instituciones de investigación, posiblemente hagan hincapié en la eficiencia y en la rentabilidad de los servicios.

Otros economistas y partidarios de la salud publica posiblemente hagan hincapié en la equidad.

Algunos profesionales de la salud publica y directores de programas de salud, podrán insistir en mejorar la calidad, condición de salud y tasa de mortalidad globales de la nación, sin consideraciones de costo.

Los donantes internacionales podrán insistir en la sustentabilidad de los programas y proyectos una vez finalizada su ayuda.

Los consumidores desearan tener acceso a una mejor atención de salud según su propia definición, y a precios que puedan costear.

Pero existe un común denominador a todos ellos ; es la necesidad de la instalación de modelos de gestión organizacionales planificados, con políticas, misiones y visiones internalizadas institucionalmente, definición de procesos, indicadores de gestión, instalación de cuadros de mandos integrales, una fuerte inversión en recursos humanos orientados en la capacitación para la gestión por resultados en un escenario de menores costos y mayor efectividad clínica y financiera, evaluable a través de auditorias.

Descripción de modelos de gestión. Criterios para su designación

La validez de un modelo de gestión por resultados solo es sustentable si es posible evidenciar su implementación, ser de carácter universal aplicado a diferentes culturas, esto es reproducible, y su aplicabilidad puede ser demostrado en distintos sectores, sean públicos o privados.

Amerita la demostración de los siguientes ejemplos ,que los mismos representan modelos de gestión aplicados a Hospitales de Alta Complejidad, Servicios monovalentes, Servicios que funcionan dentro de un Hospital Publico o Privado, lo que le confiere una alta probabilidad de iniciar los cambios de modelos en áreas menores de organizaciones muy complejas, generando así un modelo pasible del efecto cascada.

A continuación se presentaran ejemplos de modelos de gestión implementados a nivel nacional e internacional.

Algunos han tenido un alcance organizacional del nuevo modelo, otros-en cambio-abarcaron un servicio, pero todos comparten un común denominador, consistente en:

- Definir la misión y objetivos
- Establecer una planificación estratégica
- Incluir el tema costos en las toma de decisiones
- Hablar de presupuestos
- Definir procesos e indicadores
- Formar grupos de mejora
- Establecer mecanismos de evaluación

Modelo 1

El Hospital de Valparaíso, en Chile ha propugnado un modelo Organizacional de mejora continua, progresivo en diferentes Servicios.

Después del proceso de planificación estratégica, se estableció la visión estratégica para sus procesos y sus objetivos estratégicos del siguiente modo:

Entregar prestaciones de salud de calidad a la población de su área jurisdiccional, entendiéndose por Calidad: Plena Satisfacción de los Usuarios con Eficiencia y Efectividad.

- Mejora de la Calidad de la Atención a sus usuarios.
- Mejora de la Calidad de Vida de los que brindan la atención.
- Reducciones del tiempo que demoran los procesos.
- Contención de Costos.

Obtener procesos satisfactorios para los usuarios y el personal que brinda el servicio, rápidos y de bajo costo.

- Resolución lista de espera cirugía general.
- Mejoras en los flujos de traslados de los pacientes post operados y de información a los familiares.
- Difusión de Normas de Prevención de Infección Intrahospitalaria por Enfermera Supervisora a todos los funcionarios.
- Mejoras en la utilización de las camas a través del cambio funcional en un sector de Cirugía
- Proceso preparación ropa de Pabellón y redistribución del proceso y personal a Esterilización, Clima Laboral, Habilitación de vestuario de Pabellón.
- Rediseño flujo de pacientes post operados y estructura física
- Rediseño vestuario médico y sala de estar
- Implementación Cirugía experimental endoscópica abierta a la docencia de la 5ª Región
- Mejoramiento del proceso de preparación del paciente quirúrgico
- Mejoramiento de la información al usuario externo de Cirugía

Centralización de preparación de ropa para uso quirúrgico y material para esterilizar

- Rediseño de los procesos de atención de pacientes y orientación de las actividades hacia las necesidades prioritarias. Creación Unidad Cuidados Especiales.
- Mejoramiento en el recurso humano por aumento dotación por redistribución en el Hospital
- Capacitación de todos los funcionarios por curso Interno
- Implementación proyecto humanización de la atención del usuario
- Monitoreo hemodinámico invasivo, implementación monitoreo arterial
- Evaluación y estudio de costos de pacientes con Pancreatitis Necromorrágica
- Hospitalizados en Unidad Cuidados Especiales.

En este modelo podemos resaltar la importancia de definir políticas organizacionales, la misión, los presupuestos, la utilización de procesos, guías clínicas lo que lleva a los diferentes servicios a sumarse en los valores compartidos de la organización.

Esto en el Servicio de Cirugía del Hospital Perrando sería una debilidad por la falta de políticas claras del ministerio y por ende del Hospital, lo que obligaría a instalar una "isla" dentro del sistema, con dificultades en las inter-relaciones con otras áreas asistenciales.

Modelo 2.

PLAN ESTRATÉGICO DE OSAKIDETZA. Servicio Vasco de Salud. 1998-2002

Gestionar las diferentes organizaciones que conforman el ente Osakidetza bajo un modelo basado en la Filosofía y en los sistemas de la calidad total e introducir la mejora continua como garantía de eficacia y eficiencia en la provisión de servicios sanitarios.

- Promover un cambio cultural hacia la calidad total en todos los ámbitos y centros de Osakidetza.
- Sistematizar los métodos de garantía y mejora continua de calidad en todos los centros y servicios / equipos de Osakidetza.
 - PROGRAMAS COORDINADOS POR LA ORGANIZACIÓN CENTRAL
 - EVALUACIÓN CON EL MODELO EFQM
 - GESTIÓN POR PROCESOS
 - SISTEMAS HOMOLOGADOS DE GARANTÍA DE CALIDAD
 - OTROS ELEMENTOS DE LA POLÍTICA DE CALIDAD

Informe sobre el Proyecto Nacional para la Gestión Clínica de Procesos Asistenciales. Tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal (II). Desarrollo de la vía clínica. Pedro M Ruiz-López^a Elías Rodríguez-Cuellar^a Juan Alcalde^a Ignacio Landa^a Eduardo Jaurieta^a los participantes en el proyecto (*El listado de participantes se incluye al final del artículo.)

^aSección de Gestión de Calidad de la Asociación Española de Cirujanos.

El análisis de los procesos debe ser una condición previa a la selección de indicadores, al establecimiento de estándares o niveles de calidad y a la sistematización de los procesos o vías clínicas. Siguiendo este esquema, se presenta un cuadro de indicadores, así como el diseño de vía clínica para la cirugía del carcinoma colorrectal, con el propósito de poner a disposición de los cirujanos herramientas que sirvan de referencia para conocer su situación respecto a los datos generales de nuestro entorno.

Tomando como referencia el estudio nacional para el análisis de la calidad en la cirugía del carcinoma colorrectal, y tras revisión de la bibliografía, se seleccionó un grupo de indicadores junto a los estándares de cada uno de ellos, realizando a continuación un diseño de vía clínica adaptada a la realidad nacional observada.

Se seleccionaron 9 indicadores, con sus niveles de calidad correspondientes. Se aporta la vía clínica para la cirugía programada del carcinoma colorrectal, incluyendo los siguientes documentos: matriz temporal, hojas de valoración del Paciente, de verificación, de información al paciente sobre el proceso y, finalmente, un cuestionario de satisfacción del paciente.

El estudio previo del proceso quirúrgico del carcinoma colorrectal ha permitido conocer los puntos fuertes y áreas de mejora, la determinación de los indicadores y niveles de referencia, así como el diseño de una vía clínica adaptada a la situación media del país.

Este modelo es de gran interés pues muestra un estándar muy elevado de gestión de calidad basado en el modelo EFQM, sostenido por políticas sanitarias del país de origen.

Los problemas de estas organizaciones rozan con la dificultad de no alcanzar la excelencia, en contraste con el modelo que proponemos para el Hospital Perrando que tiene que ver con niveles mas primitivos: hay mucho por hacer!!.

Modelo 3.

El Hospital Manuel Belgrano, en la provincia de Bs. As implemento un sistema de mejora continua de cuidados progresivos, que lo ha llevado a obtener el Premio Nacional a la Calidad del sector publico.

Este ejemplo vale por la posibilidad de enviar un mensaje ;que también en el sector estatal es posible realizar tareas o generar modelos de mejora, aun con las frases habituales : con los empleados públicos es imposible!!

Es una muestra absolutamente valida y en tal sentido puede colaborar para los integrantes del Servicio de Cirugía del Hospital Perrando.

Modelo 4.

El Centro de Enfermedades Renales, Institución dedicada al tratamiento de pacientes en diálisis crónica, de la ciudad de Resistencia, Chaco ha sido la primera Unidad en la Argentina en su rubro, en obtener la Certificación de Normas ISO 9000 en junio del 2000.

Su funcionamiento basado en la clara definición de la política de la calidad, misión, visión, desarrollo y revisión de procesos, matriz funcional hacia el trabajo por objetivos, círculos de mejora continua, indicadores, auditorias, lo ha llevado a posicionarse a través de resultados eficientes de costo minimización, gestión clínica, resultados financieros y crecimiento poblacional, con indicadores similares o superiores a los internacionales.

Esta realización, la primera en la Argentina en su rubro en una Unidad Monovalente tiene un elemento muy útil para mostrar, ya que fue realizada en una ciudad del interior del país, con recursos humanos propios, utilizando políticas claras, implementadas y sostenidas, tres variables imprescindibles para el éxito del modelo y que pueden –y deben-ser tenidas en cuenta en el Hospital Julio Perrando que esta en la misma ciudad.

Modelo 5.

El Hospital Garrahan, en la capital federal, implementó círculos y programas de mejora, con guías clínicas, destinados la eficiencia de la gestión clínica, financiera y resultados coste-efectivos.

Esto lo ha llevado a posicionarse como uno de los Hospitales Alta Complejidad, con una estructura de funcionamiento orientada a la administración eficiente de los servicios de salud.

La política de este modelo fue implementar programas o círculos de mejora para determinadas áreas o problemáticas puntuales, pero que generen el hábito del trabajo multidisciplinario, la investigación en base a causa-efecto, la toma de decisiones en base a la relación costo-beneficio y estimula a otras organizaciones, servicios o unidades a iniciar acciones más limitadas pero eficientes como punto de partida.

Es una manera de contestar el habitual interrogante: ¿acá tenemos muchos problemas, por dónde empezar?

Modelo 6.

El Hospital Milagro de Salta es un referente en el modelo de gestión descentralizada, con presupuesto, un fideicomiso, cuidados progresivos, indicadores de gestión clínico-financiera, en el área materno-infantil.

Esta experiencia es inédita pues no solo se realizó en un Hospital Público, sino que cambió hacia un modelo descentralizado, con presupuesto a través de un fideicomiso que garantice la financiación, y la introducción de un ente mixto que administre el Hospital.

Creo que ofrece alternativas que exceden lo propuesto para este trabajo final integrador, pero abre posibilidades de cambios en el campo de las políticas sanitarias.

Modelo 7.

Programa PICAM, implementado en Hospitales a nivel nacional, que cuenta con 12 indicadores organizacionales.

El PICAM es un programa desarrollado en forma asociativa entre ITAES (Instituto Técnico para la Acreditación de Establecimientos de Salud) y SACAS (Sociedad Argentina para la Calidad en la Atención de la Salud) incluyendo su Comité de Indicadores y a los que debe sumársele el interés manifestado a través de su adhesión por los establecimientos y las Sociedades Científicas que en éstas participan como colaboradores institucionales.

- Desarrollar y obtener indicadores de referencia sobre calidad de la atención médica (conductas diagnóstico-terapéuticas, de efectividad clínica, seguridad, satisfacción y de tipificación) en establecimientos asistenciales de la República Argentina.
- Impulsar iniciativas destinadas al mejoramiento de la calidad en los establecimientos asistenciales que se adhieran al programa y crear una red que interrelacione a los grupos de trabajo.
- Posibilitar la comparación (*benchmarking*) entre los establecimientos participantes -públicos y privados- e incorporar la evaluación de resultados a los estándares de Acreditación Hospitalaria, que actualmente se limitan a evaluar condiciones de estructura y proceso de atención.

Esta red de indicadores de hospitales públicos y privados tiene la importancia de generar la idea de medir los resultados que se obtienen en la salud.

Si bien son generales, podrán seguramente establecer la necesidad de la medición cuantitativa en el ámbito de los médicos y administradores de hospitales.

3.3.Propuesta

La demanda de la atención de la salud, se incrementa y se diversifica, con un elevado costo de las alternativas de atención que impone otra carga sanitaria.

Existiendo en relación a los costos de la atención médica, por razones metodológicas, de infraestructura y por falta de una cultura de la eficiencia económica en la organización de los sistemas de salud, de las redes prestacionales y las instituciones prestadoras, por déficit organizativos, de competencia de los prescriptores y de orientación de los pacientes, no existe sistema de información.

En términos económicos el significado de los cambios de perfil epidemiológico y demográfico, significa un incremento en la demanda de atención de padecimientos costosos, para el tratamiento de las enfermedades crónico degenerativas y la aparición mas precoz de síntomas cardiovasculares, el aumento de los accidentes, requiriendo necesariamente una previsión mayor de financiamiento, sin olvidar aspectos de gestión para el uso racional de los recursos.

Por lo tanto son dos caminos paralelos, que deben encontrarse en el mismo punto objetivo.

Mejorando los objetivos de salud y la respuesta social, que no deben ser abordados de manera fragmentada, tanto desde lo social, la salud y lo epidemiológico.

Esta transición demoepidemiológica modifica la composición por causa de mortalidad, en la estructura por edad de la mortalidad y en el significado social de la enfermedad.

Modificación de factor de riesgo en salud, avances de la tecnología de salud, reorganización de los sistemas de salud, aumento de la tasa de letalidad.

De allí, que la visión de un modelo de gestión de un Servicio de Cirugía no puede ser abordado a partir de paradigmas pasados, y menos aun desde perspectivas con ausencia del pensamiento sistémico que aportan la visión macro, meso y micro.

La no internalización o la falta de visión compartida son caminos ineludibles al fracaso en la gestión clínica, de la satisfacción del usuario y del impacto en la salud de la población.

➤ Del Servicio propiamente dicho : microgestión

El establecimiento de un modelo organizativo cuyas bases esenciales sean su visión sistémica, la política del servicio, la definición del proceso quirúrgico principal, a través de las diferentes subfases, admisión, preoperatorio, internación, quirófanos, recuperación postoperatoria inmediata, capacitación de recursos humanos en gestión y trabajo por objetivos, implementación de trabajo multidisciplinario en equipos de trabajo, indicadores de gestión de procesos y resultados, utilización sistemática de guías clínicas, toma de decisiones en base a relaciones coste-efectivo, formación de círculos de calidad para acciones correctivas, definición de la tasa de producción del servicio, presupuestos por patologías principales en cirugía.

➤ Con el entorno Hospitalario : mesogestión

La definición de requisitos con los servicios auxiliares del Hospital: laboratorio, diagnóstico por imágenes, guardia, emergencia, bioingeniería, servicios sociales, estadísticas, archivos, consultorios externos.

➤ Con el entorno extra-hospitalario : macrogestión

Adecuada y fluida interacción con los centros derivadores, que incluyen los centros de salud periféricos (áreas de atención primaria) y Hospitales provinciales de menor complejidad.

Establecimiento de protocolos o guías de trabajo para nivelar, estandarizar los diferentes tipos de patología quirúrgica a fin de lograr cirugías en tiempo y forma, con reducción de costos y eficiencia en resultados clínicos y gestión financiera.

Campañas de difusión y capacitación del nuevo modelo para médicos cirujanos del interior, médicos generalistas que permitan optimizar la referencia y contrareferencia.

De acuerdo con lo antedicho, las posibles soluciones son:

1. Solución de la macrogestión: servicio de cirugía, servicios auxiliares y entorno hospitalario y extra-hospitalario-referencia y contrareferencia.
2. Solución de la mesogestión servicio de cirugía y servicios auxiliares
3. Solución de la microgestión: servicio de cirugía

Así, la alternativa que mas se adecua a esta situación sería la micro, pues aparece como LA POSIBLE. El desarrollo de la misma formaría parte de un plan estratégico de desarrollo de un nuevo modelo sostenible, progresivo hacia niveles mas globales.

Así podemos definir los pasos a seguir :

- Definición de la misión, visión y política del Servicio de Cirugía
- Establecer y diagramar el proceso quirúrgico en sus etapas: admisión, evaluación pre-quirúrgica, quirófanos, pos-operatorio, guías clínicas, capacitación de RRHH que incluya actores de todo el proceso- medicos, enfermeros, instrumentistas, mucamas, recepcionistas.
- Capacitación en modelos de gestión de procesos
- Tasa de producción del servicio de cirugía
- Establecimiento de sistema de registros con estadísticas del servicio
- Indicadores de proceso en sus distintas etapas, ejemplo: tiempo en lista de espera, tasa de cirugías suspendidas, complicaciones anestésicas, tasa complicaciones perioperatorias, infección de heridas en cirugías limpias, días de internación, tasas de reinternación.
- Tableros de comando
- Planificación en capacitación RRHH
- Fijar estándares para los nuevos contratos
- Programa de entrenamiento semestral o anual
- Entrenar a los nuevos empleados
- Entrenar en cualquier nueva técnica
- Ofrecer un entrenamiento especial para aquellos trabajadores con habilidades supervisoras
- Entrenar a los trabajadores para utilizar métodos estadísticos elementales
- Entrenar en medidas de seguridad y en cómo evitar desastres
- Enseñar al trabajador cómo tratar a los clientes
- Entrenar en el comportamiento de calidad y sus actividades
- Entrenar para prevenir errores
- Entrenar en la mejor recopilación de datos y su análisis
- Entrenar en el ahorro de tiempo perdido de toda clase
- Entrenar a cumplir promesas

4.-RESULTADOS ESPERADOS DE LA IMPLEMENTACION

Desde lo global podremos señalar que "el cambio será efectivo cuando no se hable de control de calidad, sino de gestión de calidad de servicio, cuando toda la organización del Servicio de Cirugía se sienta al servicio de los pacientes, involucrados en la gestión, cuando cada sector se sienta responsable de su tarea claramente definida, medible y evaluable, que lleven a integración de las áreas del proceso principal, asumiendo e internalizando los valores compartidos.

"Es el logro de asumir la tasa de producción individual mirando al grupo y enfocado al paciente, quien demanda calidad en la atención quirúrgica" (Eduardo Ducasse.2004.)

El impacto provocado se reflejara en :

- Tener una mirada sistémica del procedimiento del Servicio de Cirugía
- Conocer las distintas etapas que lo conforman
- Identificar ,a través de ello, las acciones preventivas-correctivas
- Establecimiento de indicadores de procesos-resultados
- Evaluar
- Sostener la mejora continua

Intentando desagregar los beneficios que otorga la implementación de un cambio hacia la gestión de calidad en los procesos del Servicio de Cirugía del Hospital Perrando, concluimos diciendo, que permitirá:

- Establecer, consensuar y seguir objetivos asistenciales del Servicio: tasa de producción, consultas y egresos. calidad esperada. Resultados. Efectividad. Porcentaje de infección nosocomial. Acortamiento de listas de espera. Mortalidad. Consumo de practicas por actos quirúrgicos
- Conocimiento de la demanda asistencial real: la atendida y la rechazada.
- Establecer la cartera de servicios en acuerdo con la dirección del servicio y del hospital
- Correcta asignación de recursos: estableciendo los gastos asignados a medicamentos, material descartable, prácticas complementarias diagnósticas, procedimientos quirúrgicos.
- Manejo de políticas de incentivos y motivación del recurso humano
- Verificar el cumplimiento de los compromisos de gestión de los diferentes servicios.
- Conocimiento de las estadísticas de satisfacción del usuario.
- Control del funcionamiento del área: estableciendo elementos de control- indicadores, tableros de comando-de los principales procesos.
- evaluación de la gestión operativa
- Participación de las actividades conjuntas: ateneos científicos, recorridas de salas, comités, programas de mejora continua, ateneos de indicadores de gestión, presentación de trabajos de investigación.
- Proveer inputs al sistema de información para la toma de decisiones: aquellos indicadores claves de resultado que fija la dirección de producción asistencial
- Cumplir con los requerimientos adicionales de la organización Hospitalaria: que sostienen la imagen Institucional, la cobertura de los requisitos legales.

5.-CONCLUSIONES

El análisis situacional del Servicio de Cirugía del Hospital Perrando, muestra una serie de estigmas que componen un sistema de atención informal basado en estructuras verticales, rígidas, con escaso poder funcional, pobres interrelaciones de sus actores, configurando una falta de integración universal o sistémica como visión organizativa.

La adhesión paradigmática al acto médico como individualista, solo fundamentada en el conocimiento científico -muchas veces anárquico- sin relación con los resultados, objetivos o la misión del Servicio, genera una fuerte resistencia al cambio, miedo a la pérdida de poder, "a lo que vendrá", que "solo se desea bajar costos", y que la salud "no tiene precio", son muchas de las realidades planteadas y evidenciadas a través del trabajo.

La problemática encontrada respecto a listas de espera, cirugías anuladas, tasa de internación alta, complicaciones infecciosas son consideradas como "problemas ajenos" al acto médico.

La búsqueda de culpables, la expresión de voluntad como virtud, la desvinculación comunicacional, sin objetivos comunes universales, bajo una misión de valores compartidos ha sido explicitada en esta investigación.

Hay coherencia con el problema principal planteado, y esto se ha realizado a través de la búsqueda de variables vinculadas a sistemas de gestión de calidad en salud, que la bibliografía demuestra.

El abordaje organizacional destinado a recopilar información sobre las diferentes variables que constituyen una organización basada en modelos de gestión, evidencia la ausencia de misión del Servicio, diagramas de procesos, tasas de uso, indicadores, tableros de comando, requisitos con servicios auxiliares.

La existencia de la "inexistencia" es un buen método para avanzar hacia el cambio.

Los interrogantes esbozados en el trabajo aparecen o son reflejados a lo largo del mismo, y nos permiten esgrimir nuevas estrategias de la organización planteada.

La incorporación de planes estratégicos con responsabilidades e incentivos, acciones que humanicen las prestaciones quirúrgicas, sean eficientes, con un modelo de gestión clínica nos lleva a promover la necesidad de la microgestión como un nuevo paradigma.

Los factores causales pueden ser de los equipos de trabajo asistenciales, de las organizaciones, de los sistemas o de la política que complejizan la transformación y la dificultad para el cambio.

Ello se sostiene por falta de incentivos, la hegemonía de la tecnocracia, falta de competencia interna efectiva, ser eximios "diagnosticadores" y no implementadores, por pensar en el día a día y no en el mediano plazo, no resolver la falta de información operativa para la toma de decisiones, falta de objetivos comunes y valores compartidos, y -sobre todo- desconocimiento de la gestión clínica de los servicios.

La responsabilidad por el uso racional de los recursos y control de costos debe involucrar a todos: cirujanos, jefes de servicio, administradores y no solamente a los auditores.

Las organizaciones mas arcaicas defienden sus intereses personales y son una barrera a vencer.

La mayor productividad significa mayor eficiencia, la población asignada, una mayor responsabilidad.

Los cambios ocurren por la transición demoepidemiológica, social, económica y tecnológica, por decisión política, por modificación del marco legal, por aumento de los recursos, por las competencias internas del sistema, pero también- y fundamentalmente- por el cambio de los actores.

Las habilidades de gestión en los servicios asistenciales se tienen que forjar en un liderazgo impulsado en los valores y en factores técnicos, en la capacidad para comunicar y motivar, planificar y manejar la conflictiva cotidiana,

Trabajar en el presente para un futuro deseado.

Hacer bien las cosas con cada vez mas pacientes, desde el paciente individual.

Ser un mediador de conflictos de intereses, para mantener la armonía organizacional, generando un clima favorable en su servicio donde se puedan canalizar las iniciativas y mejorar la imagen corporativa.

Que sus integrantes no pierdan la mitad del tiempo en actitudes paranoides del internismo que resulten de la formación y acción de grupos antagónicos.

Tomar decisiones en base a la información. Administrar y distribuir los recursos. Disminuir la variabilidad de la prestación medica y sustentar las decisiones asistenciales en la evidencia clínica y en los consensos.

El verdadero motor de la transformación institucional son los médicos involucrados en los objetivos institucionales, que al mismo tiempo lideren servicios o áreas clínicas, por lo tanto la transformación debe pasar también y fundamentalmente, por la gestión de la atención medica.

Que progresivamente gerencien sus servicios, no solo desde la concepción técnica, sino desde el liderazgo sobrellevando circunstancias de escasez económica, las situaciones conflictivas, logrando el aumento de la competencia de su recurso humano, conteniendo el gasto y disminuyendo los costos.

Es indispensable el compromiso con los objetivos específicos, con los pacientes, con la excelencia, la reducción de los costos y el aumento de las competencias.

Junto con esta táctica de participación, se debe desarrollar una tecno-burocracia, que normalice los procesos asistenciales, oriente los procedimientos, imponga las guías clínicas y concepciones racionales en el uso de los recursos, jerarquizando en todas las organizaciones, la gerencia de producción asistencial o de gestión clínica, para ordenar, priorizar, regular, normatizar la producción asistencial, orientándola a los usuarios, sus necesidades y los requerimientos del sistema de salud.

El trabajo sobre el servicio de Cirugía del Hospital Perrando, abre las puertas a la necesidad de la microgestión.

Es esta un proceso de rediseño integral, no únicamente asistencial que parte de una realidad que hay que optimizar, tratando de ejecutar los procesos clínicos con máxima eficacia, calidad y eficiencia económica y social, centrada en las necesidades del enfermo y orientada al proceso de atención.

Participación de las estructuras, con compromiso y motivación.

Incentivando la evolución del núcleo operativo y de los servicios.

Este tipo de gestión esta basado en gerentes de servicio, equipos autocontrolados, autodisciplina de los servicios como áreas clínicas, autonomía de gestión, autoorganización responsable y el manejo de incentivos adecuados de relaciones estables, sustentadas fundamentalmente en un pago acorde a los niveles de financiamiento, a una adecuación equitativa a la restricción económica sustentada en la contención de los costos reales.

Con efecto centinela, sin efecto mordaza.

Con convencimiento profesional y capacidad de decidir, menos acción coercitiva y más adhesión voluntaria.

Los gerentes de los servicios se deben ocupar de la variabilidad de la atención médica, para ello deben actuar sobre la falta de evidencias objetivas en el proceso asistencial, carencia de información para gestionar correctamente los recursos, conocimiento sobre el estilo de vida de los usuarios, incentivar la formación médica continua, evitar que la preferencia médica se imponga a las necesidades del sistema y de los usuarios, evitar el incentivo externo de los servicios, que afecten la actitud prescriptiva de los médicos, por adecuar la oferta a las necesidades de los pacientes.

Estos gerentes de servicios deben conformar equipos multidisciplinarios, buscando el crecimiento científico, la actividad permanente contra los costos ocultos de la ineficiencia.

Los costos deben reducirse hasta el nivel donde se compromete la calidad.

Siempre hay que revisar si lo indicado no es superado por otra práctica u otra terapéutica mejor, con un costo beneficio positivo o no es apropiado.

Se definirá para la microgestión, como no apropiado, y que se debe controlar su uso, aquello que no reporte beneficios en términos clínicos a los pacientes.

Esta gestión respeta a los profesionales, se basa en relaciones estables, sustentadas en la no interferencia permanente del financiador con el prestador y su paciente, no obstaculizando la relación médico-paciente, sino fortaleciendo la relación de agencia.

Pero, sí, controlando la gestión por resultados, para preservar el sistema.

El control es por indicadores claves de éxito, que son los que permiten al hospital cumplir con los objetivos estratégicos.

El control está primordialmente en el gerente del servicio y luego en la dirección de producción asistencial, que deben seguir el cumplimiento del compromiso de gestión.

Las éticas predominantes son las de la excelencia, el respeto por el usuario y los valores del sistema.

Con el respeto por la individualidad, la acción conjunta y de los objetivos generales.

La crisis es oportunidad para el cambio.

Así la definición de la misión del Servicio de Cirugía del Hospital Perrando se constituye en un imprescindible eslabón inicial, con un Organigrama, definición de tareas y responsabilidades, diagrama de los procesos críticos —admisión, gestión de pacientes, asignación de turnos, evaluación preoperatoria excluyente, proceso en quirófano, historias clínicas, gestión clínica—, establecimiento de indicadores por procesos, tableros de comando, grupos de mejora para acciones preventivas y correctivas y un fuerte posicionamiento en el establecimiento de requisitos Inter.-procesos con los servicios auxiliares: radiología, laboratorio, hemoterapia, anestesiología, en la búsqueda de un comportamiento por competencias sistémicas, acompañado de evaluaciones periódicas de resultados que lleven a la sustentabilidad de la organización.

BIBLIOGRAFIA