

TESIS DE MAESTRÍA



“Gestión en calidad de Hospital Público Municipal. Diagnóstico. Evaluación de los valores y tradiciones de la organización. Visión del futuro”

Caso de Análisis: Hospital Público Municipal Eustaquio Aristizábal (Coronel Vidal - Partido de Mar Chiquita - Provincia de Buenos Aires - REPÚBLICA ARGENTINA)

Tesista: Cr. SERGIO ROLANDO JURIC

Directora de Tesis: Mg. Cra. MARIANA FOUTEL

**MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN DE NEGOCIOS
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS Y SOCIALES
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA**

A. DEDICATORIA:

A mi esposa Marisa
y a mis hijos Alexei e Ivo:
Por todo el amor que me dispensan continuamente,
el apoyo y la paciencia que me han brindado en este desafío.

En el recuerdo, a mi querida madre Ana Matilde y
a la distancia, a mi padre Vladimir,
quienes me han guiado en los primeros pasos
en el camino de la vida.

Y a mi querida suegra Nelly por su alegría y disposición.-

B. AGRADECIMIENTOS:

Este trabajo de tesis que se presenta a manera de conclusión de la Maestría de Administración de Negocios dictada por la Universidad Nacional de Mar del Plata fue posible su realización por el inestimable apoyo y colaboración de muchas personas.

Esperando no obviar a ninguna, agradezco en primer lugar a mi Tutora de la Tesis Mg. Cra. Mariana Foutel, quien ha estado siempre lista para atender mis pedidos dirigidos a un sabio consejo o a como superar inconvenientes para el trazado de este proyecto hecho realidad.

A mi amigo Roberto Iserte, quien tanto me insistió para que asistiera en una de las cohortes de esta prestigiosa Maestría y me brindó su compañía en ello.

Mi gratitud también al Intendente Municipal del Partido de Mar Chiquita Don Jorge Paredi y a su esposa Lic. Cristina De Dios quienes me permitieron desarrollar esta intensa labor en el Hospital Público Municipal Eustaquio Aristizábal autorizando su concreción en firma conjunta con el Secretario de Salud Municipal Dr. Jorge Scala según Decreto nº 0417/2010 de fecha 02 de Febrero del Año 2010.

En el caso en particular, mi correspondencia a su Director el Dr. Jorge Scala, por su enorme simpatía, amable atención y disposición para que llevara a cargo esta labor sin contratiempos, sorteando los escollos que podían generarse en el andar diario.

En su grupo de trabajo, mi reconocimiento a todo el personal tanto administrativo como de enfermería, entre ellos y especialmente a Clarisa, al que todos en forma simpática conocen como "Mula", a Mariné, por la enorme predisposición que tuvieron para brindar la información necesaria y permitir inmiscuirme en sus acciones en pos de este proyecto.

También al Secretario de Hacienda de la Municipalidad, el Cr. Daniel Desántolo, al personal de trabajo del Departamento de Compras y al Dto. Recursos Humanos de la Municipalidad por sus aportes y comentarios en sus vínculos con el organismo de estudio.

A la Universidad Nacional de Mar del Plata - Facultad de Ciencias Económicas y Sociales, en persona de la Mg. Lic. Mariel Fornori - Maestría de Administración de Negocios y de su titular Dr. Roberto I. Vega, por sus consejos al momento de elegir el tema de la tesis y la autorización para llevarla a cabo respectivamente y al personal del Centro de Documentación de esta Alta Casa de Estudios, quienes me brindaron sus conocimientos para encontrar la bibliografía adecuada.

Al personal de la Biblioteca de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Córdoba quienes se interesaron de mis inquietudes y me propusieron textos para consultar en el desarrollo del marco teórico.

No quiero olvidar tampoco al Mg. Sebastián Ianantuony quien me brindó una gran ayuda para el procesamiento de la información estadística generada.

Y a los pacientes que gozan de los servicios que presta el Hospital en forma diaria por su colaboración y disposición en la confección de las encuestas.

A todos, muchas gracias!

Cr. Sergio Rolando Juric

Lao Tsé: “Conocer a otros es sabiduría y conocerse a sí mismo es sabiduría superior”.

Hubert Humphrey: “En vez de preocuparnos por el futuro, debemos trabajar para forjarlo”.

INDICE:

CONTENIDO	PÁGINA
PORTADA	1
A. DEDICATORIA	2
B. AGRADECIMIENTO	3
C. INTRODUCCIÓN	9
D. RESUMEN EJECUTIVO	13
PRIMERA PARTE CONCEPTOS FUNDAMENTALES	
Capítulo 1: Aspectos básicos de la calidad y la atención médica	16
1.1. Concepto de Calidad	17
1.1.1. Aspectos Básicos	18
1.2. La Calidad en la Atención Médica	20
1.2.1. La aplicabilidad de la atención médica a una entidad sanatorial	25
1.2.2. Costos de la asistencia médica	27
1.2.3. La calidad óptima de atención médica	28
Capítulo 2: Calidad y gestión de los servicios	30
2.1. Modelos de Calidad de Servicios	31
2.1.1. El Modelo de los Desajustes	31
2.1.2. El Modelo de la Imagen	31
2.1.3. El Modelo de la Servucción	32
2.2. Gestión de los servicios a prestar	33
2.2.1. Características de los servicios	33
SEGUNDA PARTE LA ORGANIZACIÓN DEL HOSPITAL	
Capítulo 3: Estructura de la Organización. Evaluación de la Calidad en la atención médica. Normativa de la Calidad	38
3.1. La estructura de la Organización	39
3.1.1. Elementos descriptivos de la estructura organizativa	40
3.1.2. El Manual de la Organización	41
3.2. Configuraciones estructurales hospitalarias	41
3.2.1. Configuración del poder hospitalario	42
3.3. El hospital público en la actualidad	43
3.4. Evaluación de la calidad en la atención médica	43
3.5. Normativa de programas de garantía de calidad de atención médica en el país	44
Capítulo 4: El caso de Diagnóstico: Hospital Público Municipal Eustaquio Aristizábal. Modelo de Gestión de Calidad en el Sector	

Público. Premio Nacional a la Calidad	48
4.1. Caso de Diagnóstico	49
4.2. Modelo de Gestión de la Calidad Total	51
4.3. Premio Nacional a la Calidad en la Gestión Pública	54
4.3.1. Objetivos del Premio	54
4.3.2. Prácticas operativas	55
4.3.3. Criterios de evaluación	56
4.3.4. Desarrollo de los criterios de evaluación	57

TERCERA PARTE LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN

Capítulo 5: Criterio 1 de Diagnóstico: El Liderazgo	66
5.1. Diagnóstico. Criterio 1: El Liderazgo	67
5.1.1. Funciones del Líder	69
5.2. Caso de Diagnóstico: Liderazgo	71
5.2.1. Entrevista al Director del Hospital	74

Capítulo 6: Criterio 2 de Diagnóstico: Enfoque en el Paciente	78
6.1. Diagnóstico. Criterio 2: Enfoque en el Paciente	79
6.1.1. El Diseño de los Servicios: Características específicas	79
6.1.2. La producción de los servicios	80
6.1.3. El ofrecimiento de servicios de calidad	80
6.2. Del paciente-usuario-consumidor	82
6.3. La Relación médico-paciente	84
6.3.1. Historia Clínica	85
6.3.2. Elaboración del Diagnóstico	87
6.3.3. El protocolo clínico	87
6.4. El servicio al cliente en una entidad sanatorial	88
6.5. El personal de contacto del hospital	89
6.5.1. Señales de alarma en los niveles de calidad	89
6.5.2. Detalles de etiqueta en la atención de pacientes	90
6.6. Celebración de encuestas de satisfacción al cliente en hospitales	91
6.6.1. Proceso de elaboración de una encuesta	91
6.7. Encuestas celebradas con los pacientes en el Hospital Municipal	92

Capítulo 7: Criterio 3 de Diagnóstico: Satisfacción en el personal de trabajo	95
7.1. Diagnóstico. Criterio 3: Satisfacción en el personal de trabajo	96
7.2. Modelos de sistemas de motivación	97
7.2.1. Modelo del hombre que se autorrealiza. Teoría de Maslow	97
7.2.2. Modelo de higiene y crecimiento. Teoría dual de Herzberg	98
7.3. La motivación y rendimiento	99
7.3.1. Incentivos Generales	100
7.4. Implicancia en la tarea	100
7.5. El diseño del trabajo	101
7.6. El Marketing Interno	101
7.6.1. Principios del marketing interno	102

7.7.	La Cultura Organizacional	104
7.7.1.	La participación del personal en la organización	105
7.8.	La comunicación en la organización	106
7.8.1.	El proceso de comunicación en dos direcciones	106
7.8.2.	Comunicación descendente y ascendente	106
7.9.	Formación y desarrollo de los empleados	107
7.10.	Sistemas de Retribuciones	108
7.11.	Trabajo en equipo	109
7.12.	El entorno de la organización	110
7.13.	El papel de un sindicato en la organización	110
7.14.	Evaluaciones del personal del Hospital Municipal	111
Capítulo 8: Criterio 4 de Diagnóstico: Información y Análisis		118
8.1.	Diagnóstico. Criterio 4: Información y Análisis	119
8.1.1.	Razones para definir y operar el sistema de información	119
8.1.2.	Clasificación de usos y contenidos	121
8.1.3.	Definición del sistema informático hospitalario	121
8.2.	Presupuesto	122
8.3.	La base de datos	124
8.4.	Sistema de Información Hospital	125
8.5.	Benchmarking	131
Capítulo 9: Criterio 5 de Diagnóstico: Planificación		133
9.1.	Diagnóstico. Criterio 5: Planificación	134
9.1.1.	Actividades principales de la gestión de calidad	134
9.1.2.	Principios de la planificación estratégica	135
9.1.3.	Actividades básicas de la planificación de la calidad	136
9.2.	El diagnóstico estratégico	138
9.3.	Cultura de la organización	139
9.4.	El Objetivo	140
9.5.	Diseño y puesta en marcha de un plan operativo	141
9.6.	La planificación del sistema de información	141
9.7.	La planificación en el caso de diagnóstico	143
Capítulo 10: Criterio 6 Diagnóstico: Aseguramiento de la Calidad		151
10.1.	Diagnóstico. Criterio 6: Aseguramiento de la Calidad	152
10.1.1.	Pasos en el aseguramiento de la calidad	153
10.1.2.	Facetas para tener en cuenta en la dirección de calidad	153
10.2.	Modelo de organización para la calidad	154
10.2.1.	Objeto del control de calidad de asistencia sanitaria	157
10.2.2.	Normalización del proceso médico asistencial	157
10.2.3.	La formalización del comportamiento	158
10.3.	Costos de Calidad	158
10.4.	Manual de Calidad	160
10.5.	Aseguramiento de la calidad en el caso de diagnóstico	161
Capítulo 11: Criterio 7 de Diagnóstico: Impacto en el entorno físico y social		163

11.1. Diagnóstico. Criterio 7: Impacto en el entorno físico y social	164
11.1.1.Ética en el hospital	164
11.2. La asistencia sanitaria como servicio directo a la comunidad	166
11.3. Ambiente hospitalario	167
11.4. La bioseguridad en el hospital	170
11.5. Mantenimiento de los recursos	170
11.5.1.Prevencciones de pérdidas	170
11.6. Estructura edilicia	172
11.6.1.Aplicación de la normativa en los programas de garantía de calidad de atención médica	180

Capítulo 12: Criterio 8 de Diagnóstico: Resultados de la gestión de Calidad

12.1. Diagnóstico. Criterio 8: Resultados de la gestión de calidad	183
12.2. Resultados en el Hospital Municipal	184

EPÍLOGO:

Conclusiones	185
Recomendaciones	188
Propuestas de corto, mediano y largo plazo	192

ANEXOS Y GRÁFICOS:

Anexo 1: Derechos del Enfermo	197
Anexo 2: Declaración de Helsinki. Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica de seres humanos	198
Anexo 3: Encuestas de Satisfacción Externa de Pacientes del Hospital Público Municipal Eustaquio Aristizábal	199
Anexo 4: Encuesta de Satisfacción Interna Personal de Trabajo Hospital Público Municipal Eustaquio Aristizábal	201
Anexo 5: Relevamiento de Tareas del Personal de Trabajo del Hospital	233
Anexo 6: Ley Provincial 11757: Estatuto para el personal de trabajo de las municipalidades de la Provincia de Buenos Aires	250
Anexo 7: Modelo de estructura organizativa para una Institución de Salud como el caso del Hospital Público Municipal	254
	258

BIBLIOGRAFÍA

	261
--	-----

C. INTRODUCCIÓN

El propósito de este trabajo es el de conocer, a través de un diagnóstico que se llevará a cabo en todos los recursos existentes en el Hospital Público Municipal Eustaquio Aristizábal situado en el radio céntrico de la localidad de Coronel Vidal, cabecera del Partido de Mar Chiquita, en plena llanura pampeana bonaerense, la evolución y la situación actual del instituto sanatorial en su acción de prestadora de servicios de salud.

A partir de allí, basado en una orientación de un sistema de la gestión total de la calidad, se realizarán activaciones de principios y prácticas operativas conceptualizadas a través de criterios, generando la formación de una filosofía, que, respetando valores y tradiciones existentes en la entidad sanatorial, faciliten la incorporación de técnicas de participación, de conocimiento y satisfacción de las expectativas del usuario interno y externo tendientes a la aseguración en el corto, mediano y largo plazo de los sistemas de calidad que puedan instalarse en el mismo.

En esta instancia es que se buscarán promover las siguientes premisas:

- ✓ El desarrollo y difusión de los procesos y sistemas destinados al mejoramiento continuo en esta unidad sanitaria pública municipal que pueda ser imitada por otros organismos de similar esfera permitiendo una apertura y utilización de gestiones de calidad en todo el Sector Público dentro del ámbito del Partido de Mar Chiquita por su reflejo como entidad señera dentro de este espacio geográfico jurisdiccional
- ✓ Estimulación y apoyo de la modernización y competitividad de las organizaciones públicas para asegurar la satisfacción de necesidades y expectativas de las comunidades
- ✓ Preservar el ambiente humano de trabajo y la óptima utilización de los recursos

En todo este proceso, no puede dejar de expresarse que la cultura de una organización refleja las normas prevalecientes, los valores, las creencias y suposiciones que determinan cómo los integrantes de una organización se relacionan unos con otros y con su propio trabajo.

Cabe destacarse que la cultura que sustenta la gestión total de calidad pone énfasis en el compromiso con la excelencia, el respeto mutuo entre empleados y directivos, la decisión de asumir riesgos y cambios con la mira puesta en los pacientes y la mejora continua.

El tiempo que lleva generar esta postura en todos sus integrantes puede ser largo requiriendo la construcción de estructuras necesarias para sustentar y gerenciar cambios de manera de producir un entrenamiento suficiente para el debido mantenimiento de la excelencia.

Lograr la transformación permite vislumbrar resultados sorprendentes en toda la organización por realizar trabajos tendientes a mejorar la calidad de los servicios que prestan y los procesos que los generan maximizando el bienestar de los usuarios.

En este sentido, medir esta faceta de satisfacción de los consumos de los servicios sanitarios es utilizada frecuentemente como índice de buen

funcionamiento de la calidad del servicio prestado e incluso como un indicador del resultado de los mismos por parte de la Administración hospitalaria.

Se resalta que el caso de análisis involucra a una Institución pública de importancia para esta jurisdicción toda vez que concentra en gran medida el servicio sanatorial por excelencia de los habitantes de este partido, a más de ser el único en su tipo instalado en dicho ámbito, siendo preocupación continua del marco político gubernamental que esta prestación se lleve a cabo con la mayor eficiencia posible no sólo para la atención de dolencias y enfermedades sino también para las actividades de prevención, promoción de salud y de contención física y psíquica de la población en general.

De los resultados que se obtengan, los funcionarios gubernamentales involucrados podrán obtener conclusiones válidas de lo que acontece en esta Institución de manera de evaluarlas para la instrumentación de las medidas que consideren prudentes disponer tendientes a lograr una franca actitud de mejora continua en busca de la calidad de los servicios generados de manera de que el paciente concurrente tenga fuerte confianza en su utilización y que lo atiendan como si estuviera en su casa.

Con respecto al concepto calidad, se puede definir como el conjunto de características que reúne un producto (bien o servicio) que lo hacen capaz de satisfacer las necesidades del consumidor, una función directiva y un sistema de pensamiento empresarial.

La función calidad es la traducción operacional en herramientas y métodos de gestión de la necesidad que tienen las organizaciones para ser competitivas, de ofrecer a sus clientes los productos que satisfagan sus expectativas y respetando su estructura de preferencias.

Finalmente, se puede conceptualizar a la Calidad Total como el conjunto de principios, de métodos organizados y de estrategia global que intentan movilizar a toda la empresa con el fin de obtener una mejor satisfacción del cliente al menor costo.

Es un sistema integrador de los esfuerzos de mejora continua de la calidad de todas las personas de la organización para proveer productos y servicios que satisfagan las necesidades de los consumidores.

Por ende, es un enfoque dirigido a mejorar la eficacia y la flexibilidad global del nosocomio, una vía para involucrar a toda la organización, a todos y cada uno de los departamentos, estamentos, personas y actividades.

La propuesta de esta obra parte definiendo el término “Calidad” y sus aspectos básicos, la calidad en la atención médica con las distintas conceptualidades que se han generado en el transcurso del tiempo atendiendo a las posturas relevadas según las ópticas de análisis, la aplicabilidad de la atención médica en una entidad sanatorial, sus dimensiones conforme a la opinión de la Organización Mundial de la Salud, los costos que se involucran para considerar y la calidad óptima que se puede obtener.

En el Capítulo 2, siguiendo el marco teórico general, se desarrolla la calidad y la gestión de los servicios identificando los modelos de los servicios: De los desajustes, de la imagen y de la servucción, la gestión de los servicios a prestar y las características involucradas (entre otras, la propiedad, la relación entre médico y paciente, el vínculo que se genera).

En la segunda parte del texto, se expone la estructura de la organización con detalle de los elementos descriptivos que la componen, el contenido de un Manual elaborado para que rija los destinos en forma planificada, los modelos de configuraciones estructurales de hospitales, la identificación de los centros de poder dentro de los nosocomios, la realidad actual con una mirada sobre la evaluación de la calidad en la atención médica en ellas. Al final, una esquila de la normativa vigente en nuestro país sobre programas de garantía de calidad en la atención médica.

En el Capítulo 4 se incluye el aspecto general del caso de diagnóstico: La historia del Hospital Público Municipal Eustaquio Aristizábal, su radicación y conformación dentro del Partido de Mar Chiquita. En acápite aparte se destacan los aspectos más importantes del Modelo de Gestión de la Calidad Total (Modelo EFQM Europeo) base del adoptado por el organismo estatal nacional para constituir los criterios de evaluación que serán considerados para la instauración del Premio Nacional de la Calidad en el sector público y los aspectos que deberá cada organismo contrastar para presentarse como postulante al mismo. Finalmente, se exponen en detalle esos criterios para la evaluación con relación a la entidad sanatorial devenida.

En la tercera parte se plasman cada uno de los criterios de evaluación generándose un análisis de los aspectos teóricos que deben considerarse para identificarlos con relación a la calidad en la gestión y los aspectos que puntualmente el hospital hoy cumple, los que incumple y sus motivos y las propuestas que pueden producirse en el corto, mediano y largo plazo para su evaluación de aplicación por parte de las autoridades municipales (Intendente Municipal, Secretario de Salud y Director del Hospital).

En el Capítulo 5 se genera el diagnóstico del Liderazgo en la acción y en sus conceptos, las funciones de un líder en un hospital y la actuación del correspondiente al Hospital Eustaquio Aristizábal.

En el siguiente capítulo la mirada se dirige al paciente (usuario), con un previo paso al diseño de los servicios y las características que deben tener para satisfacer las expectativas y necesidades de los mismos. El ofrecimiento de servicios de calidad, las relaciones que vinculan al paciente con el hospital y con el médico actuante, la historia clínica y sus implicancias, el protocolo clínico y la participación esencial del personal de contacto. También se incluyen las pautas para identificar el paciente satisfecho, las señales de alarma y las encuestas para conocer sus ideales y quejas, los detalles de etiqueta. Finalmente, se genera el desarrollo de las encuestas de satisfacción de los pacientes en el Sector Consultas Ambulatorias, Urgencias y Hospitalización.

En el Capítulo 7 se identifica el Criterio 3 Satisfacción en el personal de trabajo (cliente interno del hospital). Se exponen modelos de sistema de motivación del personal, los incentivos y las implicancias en el desarrollo de la tarea, el marketing interno, el puesto de trabajo con su diseño, la cultura organización, las vías de comunicación, el trabajo en equipo, posibilidades de promoción y los tipos de retribuciones que conforman los salarios de los mismos, el entorno de la organización, el papel del sindicato, el estatuto laboral del hospital municipal y las evaluaciones que se realizaron en este aspecto en el caso de diagnóstico.

En el siguiente capítulo se plasma el Criterio 4: Información y Análisis. La importancia del Sistema de Información (S.I.), las razones para definirlo con su operación, sus usos y necesidades, conformación presupuestaria, la base de datos, el benchmarking y cómo se encuentra ubicado el Hospital actualmente en ello.

En el Capítulo 9 se desarrolla la Planificación tanto estratégica como operativa: Qué actividades y principios debe tenerse en cuenta, el diagnóstico estratégico como base de la planificación, la misión y la visión, los objetivos y metas, los valores y la cultura de la organización, el FODA y el diagnóstico de lo que acontece en el caso de estudio.

En el siguiente acápite, se considera el criterio de valoración del aseguramiento de la calidad, los pasos y facetas a tener en cuenta, el modelo de organización para la calidad, los objetos de control, la formalización del comportamiento de mejora continua, los costos que se involucran, el Manual de Calidad y las aplicaciones actuales del Hospital Municipal.

En el Capítulo 11 se incorpora el impacto en el entorno físico y social que el hospital genera para el caso de análisis sobre la comunidad en general y los clientes internos y externos. El ambiente hospitalario, la bioseguridad, el mantenimiento de los recursos, la estructura edilicia en general de los hospitales y el propio del Eustaquio Aristizábal.

Por último, se analizan los puntos a tener en cuenta en las estadísticas que deben considerarse para evaluar el avance en la gestión de calidad.

En el epílogo, se plantearán propuestas para evaluación de instrumentación por parte de la Dirección tendientes a lograr que la entidad sanatorial desarrolle un programa de gestión en calidad, con las conclusiones de todo lo actuado y evaluado y recomendaciones para el análisis crítico.

En los Anexos se incluyen aspectos puntuales complementarios de la obra: Los derechos del enfermo, la guía mundial de los médicos en su trato con los pacientes, las encuestas de satisfacción implementadas en los pacientes y en el personal de trabajo. Un punto aparte para identificar el Estatuto vigente para el grupo de trabajo del hospital y un modelo de propuesta de estructura organizativa para una entidad sanatorial pública con cierta autonomía en recursos y gastos.

Cr. Sergio R. Juric
Julio/2011

D. RESUMEN EJECUTIVO:

Este trabajo busca plasmar los objetivos iniciales que se plantearon entre el autor de esta obra, su tutora, la entonces Secretaria de Salud de la Municipalidad del Partido de Mar Chiquita Lic. Cristina De Dios y el Director del Hospital Dr. Jorge Scala: Que este diagnóstico pudiera convertirse en un punto de partida de una gestión de calidad a nivel municipal desde el nosocomio hacia el resto de las dependencias.

El Hospital cumplía con todos los requisitos para convertirse en el “conejo de indias” de este experimento: Su histórica tradición de ser el complejo más importante que tiene la jurisdicción, sus enormes vínculos con los pacientes en particular (en su gran mayoría residentes del partido geográfico) y de la población en general, su calidad de señora y la proximidad de llegar a los cien años de vida.

Desde esta visión, esta tesis debería servir para que, por analogía y similitud, la calidad pudiera empezar a reflejarse en todo el ámbito de la Municipalidad permitiendo cristalizar uno de los ideales del Intendente Municipal Don Jorge Paredi en su objetivo de desarrollar conocimientos a los habitantes de esta región.

Con esas consignas iniciales se llevó a cabo esta labor: Que partió desde un marco teórico de lo que significa la calidad y la calidad aplicada en la asistencia médica. Se produjo la incorporación de conceptos y de visiones de experiencias similares en el nivel de hospital público municipal en el propio país y del extranjero, tomando como base a otras latitudes, tales como España, Colombia y México.

Se desarrollaron las teorías existentes en las prestaciones de servicios con sus distintas vertientes aplicadas en la actividad hospitalaria y las estructuras que adoptan usualmente las organizaciones en tal sentido con los poderes jerárquicos formales e informales que se dispensan en cada una de ellas.

En el caso de diagnóstico, se llevó a cabo un relevamiento de la historia de cómo se originó el Hospital Público Municipal Eustaquio Aristizábal contada por un escritor muy querido en el lugar: Juan Carlos Azzanesi (h). Allí puede dimensionarse el carácter de esta entidad sanatorial dentro de esta jurisdicción. Comenzada la labor, se iniciaron las actividades de relevamiento con el Dr. Scala y con el personal de trabajo tanto a nivel administrativo como de Enfermería de manera de tomar relación directa con la realidad de la impronta cultural de la organización: Allí pueden expresarse los interrogantes que surgieron con relación a la función que podía cumplir el exponente en comunicación con cada uno de ellos, la necesidad de romper las barreras de lo desconocido para poder tomar conocimiento de lo que se ejecuta habitualmente en dicho lugar y de lo que podía significar ahondar en cuestiones de práctica que comprometen el andamiaje diario de esta organización y que tomaron destacada presencia en esta instancia.

Para el mismo Director, este cometido se convirtió en un desafío: Siempre fue confeso en su creencia de que con este trabajo saldrían a la luz diversos inconvenientes del andar habitual del nosocomio.

Pero era mayor el gusto y el desafío de igualmente producirlo porque entendía que el equipo de trabajo estaba preparado y susceptible de dar un paso adelante en una gestión más transparente y de servicio a la comunidad.

A partir del diagnóstico (cariñosamente definido por todos como “la foto del Hospital”) se empezó a entrelazar los criterios de evaluación que prevee el Modelo de Gestión en Calidad en el Sector Público que tiene como sustento el de Excelencia EFQM.

En ese aspecto es que se desarrollaron estos criterios desde el primero definido como el Liderazgo mediante el Ejemplo y la Práctica, en donde se han explicitado distintas maneras de liderar un equipo de trabajo poniendo el énfasis en lo concerniente a las unidades sanatoriales, remarcando las reglas de oro de los gerentes y su debida acción en su actuación como en la Dirección. Se ha incluido una entrevista personal mantenida con el Dr. Scala quien contesta uno a uno todos los interrogantes planteados sobre su tarea realizada y las expectativas puestas en valor en este cometido laboral.

A posteriori, se expusieron los criterios relacionados con los clientes externos (los pacientes) y los internos (el grupo de trabajo) tratando de considerar las necesidades y expectativas a satisfacer y las mediciones que deben ejecutarse para conocer esos requerimientos como así también lograr evaluar los resultados obtenidos para la aplicación de las medidas correctivas y de prevención.

Los criterios de Información y Análisis y de Planificación Estratégica y Operativa tienen una determinación muy clara: Definir la visión, la misión, los valores, los objetivos y las metas del Hospital con el fin de poder identificar las fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas que se generan y que puedan ser medidas para desarrollar un sistema de información con una base de datos sistematizada tendiente a procesar todo y que la cultura tienda a convertirse en que no existe proceso sin registro.

El aseguramiento de la calidad será a futuro el gran objetivo a cumplir cuando la mayoría de los criterios de evaluación vayan adquiriendo sus ribetes de actualidad y de utilización activa de todos los miembros internos y externos. Por ello, se resumen aspectos que deberán considerarse cuando pueda arribarse a dicha instancia.

El vínculo con el entorno físico y social tiene una validez sumamente destacada: La preservación del medio ambiente, la promoción de la cultura de la calidad en la comunidad, la conservación de los recursos y el cuidado de la seguridad y la salud ocupacional de los empleados es un criterio de suma importancia en que el hospital debe dirigir su mirada para confirmar su calidad de vidriera de la población. La estructura edilicia actual tiene su lugar en esta descripción.

Finalmente, el criterio de evaluar los resultados obtenidos para tomar las acciones correctivas es el aspecto que no podía faltar para hacer realidad la idea de que toda organización debe ser medida en términos de valores numéricos.

En el epílogo, se proponen posibles resoluciones a tomar en el corto, mediano y largo plazo tendiente a convertir a este Hospital en una gestión con base en la cultura de la calidad. También se incluyen conclusiones de lo visto y

recomendaciones que podrían considerarse para un desarrollo armónico en esta forma de ser y actuar.

En los Anexos, se han elaborado en extenso algunas cuestiones particulares vinculadas a los derechos del enfermo y de la guía médica para contactarse en su trato directo con los pacientes.

También se ha registrado toda la información y los resultados obtenidos con relación a las encuestas de satisfacción externa de los pacientes, instrumentadas en los ámbitos de las consultas ambulatorias, del sector de hospitalización y de urgencias del nosocomio, como así también en las de satisfacción interna, el relevamiento de puestos del grupo de trabajo y la vigencia del Estatuto del Empleado Municipal.

En el punto final se incorpora una propuesta de organización de la estructura de la entidad sanatorial de origen público.

Ojala que esta obra pueda satisfacer todas las expectativas formadas y se convierta en ese punto de entrada para el nuevo mundo de la calidad que implica una filosofía gerencial (de vida también) que consiste en un enfoque sistemático para establecer y cumplir los objetivos de calidad en toda la organización.-

PRIMER PARTE: CONCEPTOS FUNDAMENTALES

CAPÍTULO 1

ASPECTOS BÁSICOS DE LA CALIDAD Y LA ATENCIÓN MÉDICA:

Donabedian, A.: “La calidad de la asistencia sanitaria se define como el grado de utilización de los medios más adecuados con el propósito de conseguir los mayores progresos en la salud”.



1.1. CONCEPTO DE CALIDAD:

El Diccionario de la Real Academia Española define la calidad, en su primera acepción, como la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie. En función a ello se puede establecer que su valoración es subjetiva: No es una cualidad absoluta que se posee o no sino un atributo relativo ya que se puede tener más o menos calidad.

Este concepto ha sufrido una constante evolución en el tiempo, pasando de ser un requisito o cualidad del producto a ser una técnica de gestión incluso uno de los objetivos estratégicos de las empresas.

Atendiendo a los avances acontecidos en el paradigma de la calidad, Gary Hammet¹ identificó varias etapas considerando a las dos primeras como las de Identificación y Corrección de los errores cometidos (etapas de detección y control de calidad) mientras que las dos últimas etapas las denomina de Aseguramiento de la Calidad y Gestión de la Calidad Total (de prevención) consistentes en abordar el problema desde su origen centrándose más en los aspectos de diseño.

Sin embargo, a estas definiciones les está faltando al paciente (cliente) ya que solo menciona al producto y para que el mismo satisfaga al consumidor no basta que la calidad esté incorporada en cada una de las fases del proceso productivo y se cumpla la cadena interna proveedor/cliente sino es necesario que en el diseño de él se contemplen las necesidades del usuario. Cuando se incluye a este binomio producto/cliente, ya se puede precisar mejor el concepto de calidad.

En tal sentido, podemos citar a K. Ishikawa² que sintetiza en este aspecto: “Trabajar en calidad consiste en diseñar, producir y servir un bien o servicio que sea útil, lo más económico posible y siempre satisfactorio para el usuario”.

En esa dirección, J. M. Juran³ conceptualiza que “calidad es la idoneidad, aptitud o adecuación al uso”. Esa idoneidad, aptitud o adecuación al uso es la propiedad de un bien o servicio que contribuye a satisfacer las necesidades de los clientes.

Por este motivo, la calidad se juzga según la que percibe el usuario (paciente para el caso) y no según la que mira el proveedor (la institución médica). La idoneidad implica tener en cuenta las necesidades del cliente en el diseño del producto que debe satisfacerlas y desarrollarlas cumpliendo las especificaciones de aquel.

En consecuencia, solo podrán obtenerse servicios de calidad cuando se defina un conjunto de características de calidad que garantice la total aptitud de uso por parte del cliente, se elabore un diseño acorde con todas ellas, se determinen las especificaciones adecuadas en cada caso y se produzca el bien o servicio conforme a lo programado.

1.1.1. Aspectos básicos:

En este punto, es necesario exponer algunos conceptos básicos de importancia que se involucran en los aspectos de la gestión de la calidad y que se irán utilizando en forma continua en este trabajo.

Para ello, se cita a J. M. Juran⁴ y su texto “La planificación para la calidad”:

- *Cliente:* Es alguien que elige y compra algo
- *Usuario:* Es quien recibe el beneficio pretendido del producto
- *Paciente:* Es quien recibe el beneficio de la prestación de servicio sanitario

En cada uno de estos casos existe una relación cliente-proveedor y que involucra una contraprestación económica.

También se distinguen:

- *Producto:* Bienes tangibles o intangibles
- *Servicios:* Es el trabajo realizado por una persona
- *Características del producto:* Son las bases sustentadoras de la calidad de un bien o servicio o también aquellas propiedades o atributos imprescindibles para que dicho producto o servicio logre la aptitud o idoneidad al uso y satisfaga las necesidades del cliente
- *Satisfacción con el producto:* Se alcanza cuando las características del producto cubren las necesidades del cliente

La gestión de la calidad parte del supuesto previo que es el de obtener la calidad deseada requiriendo el compromiso y la participación de todos los miembros de la empresa en tanto que la responsabilidad de la gestión corresponde a la Dirección.

Por ello, la calidad puede involucrar conceptos como:

- ✓ El grado de satisfacción que ofrecen las características del producto con relación a las exigencias del consumidor
- ✓ El conjunto de especificaciones y características de un producto o servicio referidas a su capacidad de satisfacer las necesidades que se conocen o presuponen
- ✓ El conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren la aptitud para satisfacer unas necesidades manifiestas o implícitas
- ✓ El conjunto de todas las propiedades y características de un productos que son apropiadas para cumplir las exigencias del mercado al que va destinado
- ✓ El cumplimiento de las especificaciones y los requisitos del diseño del producto o servicio

- ✓ El grado de adecuación de un determinado producto o servicio a las expectativas del usuario o a ciertos parámetros tecnológicos o científicos expresados mediante normas concretas

Como función directiva, la gestión de la calidad es el conjunto completo de actividades mediante las cuales se alcanza la aptitud al uso con independencia de donde se realice las mismas.

Comprende tres procesos:

- 1) **Planificación:** Desarrollo de los productos y procesos requeridos para satisfacer las necesidades de los clientes (identificarlos y descubrir sus necesidades desarrollando las características del producto que respondan a aquellas)
- 2) **Organización:** Es la estructura organizativa con los procedimientos y los recursos que se establecen para llevar a cabo la gestión de la calidad (identificar las actividades de calidad, asignando recursos y responsabilidades, estableciendo las relaciones entre las tareas y coordinando sus estamentos internos)
- 3) **Control:** El control de la calidad es el proceso mediante el cual se establecen y cumplen unos estándares ya que se comparan ellos con los reales para actuar sobre las desviaciones. Este control de calidad puede generarlo un sector determinado de la organización (auditores, inspectores, etc.). Sin embargo, el autocontrol y la autoevaluación del trabajador a nivel individual y grupal siempre y cuando lo quiera hacer, lo sepa y pueda intervenir en el proceso productivo, serán las herramientas más eficaces para este seguimiento

La mejora de la calidad no es la consecuencia del control sino la resultante de un proceso que responde a los objetivos fijados en la planificación.

El fin, en esta cuestión, es descubrir y eliminar las perturbaciones y así pasar de un nivel ordinario de ejecución a otro superior ya que este mejoramiento se logrará eliminando fallos o inconvenientes y desarrollando nuevos productos, procesos y procedimientos que corrijan los errores disminuyéndolos hasta su desaparición.

La extensión de la calidad a toda la empresa da lugar al nacimiento de un nuevo concepto: la calidad total (total quality management).

La calidad total se puede definir como el conjunto de principios, de métodos organizativos y de estrategia global que intentan movilizar a toda la empresa con el fin de obtener una mejor satisfacción del cliente al menor coste.

Es un sistema integrador de los esfuerzos de mejora continua de la calidad de todas las personas de una organización para proveer productos y servicios que satisfagan las necesidades de los pacientes.

En ello, K. Ishikawa² ha expuesto que una cuestión es conseguir que todos los departamentos participen en el control y otra muy diferente es que toda la empresa lo realice.

Lo que implica que las bases de la calidad total son el compromiso de todos y cada uno de los integrantes de la organización con la comunicación, la colaboración y la coordinación eficaz en toda la empresa.

Al constituirse la calidad total en una filosofía empresarial que conforma una estrategia de cambio en la organización y en un modelo de gestión se apoya en tres pilares:

- 1) *Orientación al cliente*: Porque está basada en el conocimiento de los clientes y sus necesidades y en el diseño y producción de los productos que las satisfagan
- 2) *Liderazgo en costos de producción*: Se funda en la correcta realización de todas las actividades
- 3) *Orientación al cliente interno*: Cimentada en la motivación, participación y formación de los trabajadores, el marketing interno y el servicio al cliente interno

Con la aplicación de los principios de la calidad total y el desarrollo de la gestión de la calidad, la búsqueda de la misma deviene en el modo de ser de la organización, impregna la totalidad de tejido empresarial y se convierte en la cultura corporativa de la empresa.

1.2. La Calidad en la Atención Médica:

Diversos autores como H. V. Vuori⁵, Lee y Jones han expresado que es imposible formular una definición genérica de la calidad de la atención médica porque no existe un único criterio de conjunto para precisarla.

La calidad, en el ámbito sanatorial, siempre ha tenido una conceptualización más reducida dada la ausencia de una referencia sistemática a un cuerpo teórico: Se la ha definido como el conjunto de técnicas y actividades de carácter operativo destinado a comprobar que el producto cumple los requisitos relativos a la calidad actuando sobre las desviaciones que se produzcan.

Cabe destacar que, dentro de los aspectos mencionados de la calidad en términos generales, también la podemos conceptualizar como el conjunto de características que reúne el producto (bien o servicio) que lo hacen capaz de satisfacer las necesidades del consumidor, una función directiva y un sistema de pensamiento empresarial.

Por eso, se entiende prudente citar varias de manera de ampliar su marco de consideración:

Para Lee y Jones⁶ la asistencia médica es definida como la práctica de la medicina racional basada en las ciencias médicas y la aplicación de todos los servicios de la medicina científica moderna a las necesidades de la población. Subrayan la importancia de las acciones preventivas, la colaboración y la relación interpersonal entre los profesionales sanitarios y los pacientes y la coordinación con el trabajo de bienestar social y con todas las clases de servicio médico.

Por su parte, C. Esselstyn⁷ cita dos criterios para determinar si la asistencia médica es de calidad: el grado en que la asistencia esté disponible y sea aceptable, extensa y documentada y el grado en que una terapia adecuada es base sobre un diagnóstico preciso y no sintomático.

Hare y Barnoon⁸ formularon una definición de la calidad asistencial que luego fue aceptada por la American Society of Internal Medicine: "La asistencia médica de calidad incorpora un sistema científico para establecer e instaurar la

terapia adecuada en la dirección diseñada a fin de satisfacer las necesidades del paciente. Además, la asistencia debe estar siempre disponible, ser eficiente y documentarse adecuadamente”.

La Joint Committee on Quality Assurance of Ambulatory Care for Children and Youth ha considerado que la asistencia médica de calidad incorpora un método científico que detecta los problemas mediante diagnósticos correctos e instaura la terapia apropiada con el objeto de satisfacer las necesidades del paciente. La asistencia debe siempre estar disponible, prestarse con efectividad y documentarse adecuadamente. El objeto de la asistencia preventiva es garantizar un crecimiento y desarrollo físico, intelectual y emocional óptimos. En todas ellas aparecen conceptos valiosos para remarcar y que integran la asistencia médica:

- ✓ Conformidad interna del prestador
- ✓ Prevención
- ✓ Participación de los consumidores (pacientes)
- ✓ Disponibilidad del servicio
- ✓ Se compra el uso, no la propiedad
- ✓ Registro de la asistencia prestada
- ✓ Aceptación y satisfacción del cliente
- ✓ Calidad de diseño de la prestación
- ✓ Eficiencia de la prestación

A su vez, se puede citar a A. Donabedian⁹ y J. Vuori que proponen tres puntos de vista diferentes con objeto de definir la atención médica de calidad en función de los elementos que la integran:

- a) *Punto de vista exclusivamente científica, técnica o profesional:* La calidad de la atención médica es el grado en que se consigue restaurar la salud de un paciente teniendo en cuenta solamente la ciencia y la tecnología médica
- b) *Punto de vista de la perspectiva individual:* Es el paciente el que define la calidad de la atención médica interviniendo sus expectativas y valoración sobre los costos y beneficios y riesgos que comporta la asistencia
- c) *Punto de vista social:* Se adiciona al punto de vista individual del paciente el beneficio o la utilidad que se presta para una población procurando que este servicio sea valorado por la sociedad al menor costo

Donabedian¹⁰ en su obra “The definition of quality and approaches to its assesment” ha definido la calidad de la asistencia sanitaria como el grado de utilización de los medios más adecuados con el propósito de conseguir los mayores progresos en la salud. Aquí relaciona los objetivos de la asistencia sanitaria que es la de mantener, restaurar y promover la salud dentro de las posibilidades que permiten las ciencias de la salud y la tecnología estando implícitos los conceptos de eficacia y eficiencia en la atención.

Dado todo ello, entonces, los fundamentos de calidad incluyen a los principios, métodos y estrategias que intentan movilizar a cualquier organización con el propósito de obtener la satisfacción del cliente al menor costo posible.

Por ende, la calidad implica un sistema de pensamiento donde la excelencia rige las decisiones y actividades de todos y cada uno de los integrantes de la organización y en todos los niveles, en donde la Dirección deberá formular la política de calidad constituyéndose en la impulsora del cambio y la garante del sistema de calidad.

Siguiendo a este autor, indica que en un sentido amplio, la atención médica es la aplicación de todos los conocimientos científicos relevantes, la actividad de los servicios médicos y la de los propios profesionales y las intervenciones sanitarias y sociales en la comunidad, mientras que en un sentido más restringido, se entiende por tal la prestación de un servicio sanitario a un individuo por un profesional o una institución y la suma de todas estas prestaciones.

Por ello, para determinar cuándo la asistencia sanitaria es de calidad, hay que someter la atención médica a un triple análisis:

- a) Especificar las cualidades que contribuyen a la calidad de una prestación médica
- b) Establecer la relación existente entre el volumen de los servicios prestados, el costo de los mismos, los riesgos y beneficios derivados y la calidad del acto médico
- c) Identificar las diferentes dimensiones de la asistencia sanitaria relacionada con su calidad

Donabedian ha propuesto, en tal sentido, tres elementos de la asistencia sanitaria que, relacionados, conformarían el conjunto de atributos determinantes de la calidad de un acto médico concreto:

- Factores vinculados a los aspectos técnicos y científicos
- Los factores interpersonales
- el entorno.

Por su parte, Brook, R. H. y Williams, K. N.¹¹ en su obra "Quality control handbook" desarrollaron una fórmula matemática que vincula el arte y la ciencia de la atención médica:

Calidad de la Atención Médica = (Calidad Técnica) + (Arte de la Atención) + [(Calidad Técnica) * (Arte de la Atención)] + Factor E – Error aleatorio en la medida de los datos

En esta fórmula, la calidad técnica hace referencia a las cuestiones relativas a los procesos diagnósticos y terapéuticos, el arte de la atención incluye los componentes sociales y de ambientación mientras que la interacción entre ambos factores se expresa mediante la adición y la multiplicación de los mismos. Con estas operaciones aritméticas estos autores intentan mostrar el efecto sinérgico producido cuando uno y otro elemento actúan juntos.

A esta altura, ya se podría conceptualizar a la **calidad de la asistencia sanitaria** como el grado de conformidad de la atención prestada con el diseño de la misma, comprendiendo éste último tanto la función operacional como la

relacional, programadas con el fin de responder a las necesidades de aquellos a los que va destinada.

Retomando a A. Donabedian, este autor propone tres aspectos de atención médica que son necesarios definir en la evaluación de la calidad de las mismas en función a los costes que se generan:

- a) **Asistencia eficaz:** Es aquella considerada idónea para mejorar la salud con independencia de los costos. En este sentido, la eficacia supone hacer las cosas. Es la acción de cumplir los objetivos previstos. También se puede conceptualizar como la relación entre los objetivos y los resultados previstos y los alcanzados o en forma más precisa como el incremento de salud producido por los cuidados prestados con relación al máximo incremento alcanzable con los mejores cuidados posibles
- b) **Asistencia eficiente:** Es aquella asistencia que procura mejorar al máximo el estado de salud al costo más bajo posible. También puede exponerse como la mejora de la salud esperada a partir de la asistencia prestada con relación a los costos de dicha atención
- c) **Asistencia óptima:** Es la que persigue que el gasto de tratamiento más eficiente no supere el valor de grado de salud obtenido (equilibrio costo/calidad)

Según la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.), la calidad de la asistencia sanitaria es *“Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso”*.

Conforme a los estudios recopilados en la literatura médica, existen diferentes dimensiones de la asistencia sanitaria relacionadas con la calidad.

Entre ellas, se destacan:

Efectividad: Capacidad de un procedimiento o tratamiento concreto de mejorar el grado de salud. Relación entre el impacto real de un servicio y de su potencial en situación ideal

Eficiencia: Prestación del máximo de servicios de calidad por unidad de recursos disponibles. Aquí se relaciona el impacto real de un servicio y su costo de producción

Idoneidad de los servicios: Oportunidad o suficiencia de un servicio concreto prestado al paciente

Costo de los servicios: El costo debe ser igual al valor que tienen aquellos para el paciente. Un alto costo de la prestación sanitaria puede constituir una barrera para ellos.

Adecuación: Relación entre la disponibilidad de los servicios y las necesidades de la población

Competencia profesional: Capacidad del profesional de utilizar plenamente sus conocimientos en su tarea de proporcionar salud y satisfacción a los usuarios

Calidad científico técnica: Grado de aplicación de los conocimientos y tecnología médicas disponibles

Seguridad: Balance positivo de la relación beneficios-riesgos

Aceptabilidad: Incluye dos aspectos: Satisfacción del paciente en el grado de cumplimiento de sus expectativas en cuanto a la atención recibida y los resultados de la misma y la cooperación del paciente, en el grado en que el enfermo cumple el plan de atención

Satisfacción del profesional: Grado de complacencia del profesional sanitario con las condiciones de trabajo

Disponibilidad: Grado en que los servicios sanitarios se hallan en estado operativo

Accesibilidad: Facilidad con que se obtienen en cualquier momento los cuidados médicos a pesar de posibles barreras económicas, geográficas, de organización, psíquicas y culturales

Continuidad: Tratamiento del paciente como un todo en un sistema de atención integrado

Por ende, a fin de ofrecer servicios de alta calidad, la asistencia sanitaria institucional deberá reunir las características de ser eficaz, eficiente, efectiva y segura, adecuada a la demanda, disponible, accesible y tener una continuidad temporal y espacial.

En tal sentido, se reitera que se entiende como eficacia, el hacer de las cosas correlacionando con la capacidad de una medida sanitaria y con el logro de determinado efecto, siendo la efectividad la relación entre los objetivos previstos y los alcanzados y la eficacia como la adscripción al cumplimiento de los objetivos minimizando el empleo de los recursos.

Para el cumplimiento de estas condiciones, se necesita de una organización sanitaria responsable, dotada de elementos tangibles de calidad, con factor humano competente en lo operacional y lo relacional y satisfecho con su trabajo, orientada al mercado y al paciente y con el fin último de satisfacer sus necesidades.

En ello, Jaime Varo¹² indica que la preocupación por la calidad en las actuaciones de las instituciones y los profesionales sanitarios es una constante en el desarrollo normativo e institucional del sistema sanitario.

Uno de los retos con el que se enfrenta el sistema sanitario es que si se quiere ofrecer servicios de calidad, se debe adecuar la oferta a la demanda implicando considerar que una de las características diferenciales de los sistemas de atención médica es la prestación de servicios perecederos que se consumen en el mismo momento de prestarlos.

En él, el paciente viene con la idea de que su salud sea restaurada y que el juicio médico lo sitúe en un grado de salud hasta el nivel esperado por el profesional en donde el grado de precisión variará según el diagnóstico definido, la tecnología disponible y de la propia elección que llevó a cabo el médico.

Y es aquí donde surge una dicotomía entre dos criterios esgrimidos que disponen de un grado de razonabilidad pero que no son enteramente correctos. Por un lado, es el hecho de pensar que el servicio sanitario debe dirigirse a satisfacer las necesidades de salud definida ésta como el grado de atención médica que los expertos consideran como preciso y dejar las demandas del

paciente y sus preferencias en segundo plano y la otra, vinculada a creer que los usuarios no pueden evaluar correctamente la calidad técnica de la asistencia médica con lo cual se contrapone la satisfacción de ellos, su experiencia positiva a la calidad intrínseca de la asistencia sanitaria.

Es cierto que en términos generales (y mucho más lo es en el ámbito sanitario) los consumidores (pacientes) no tienen la capacidad y conocimientos precisos para evaluar aquellos bienes y servicios con un gran componente técnico o tecnológico debiendo recurrir al consejo del experto (médico) de modo que el ejercicio de su soberanía queda disminuido.

Ello indica que en la realidad pueda acontecer que los pacientes se sientan satisfechos con la asistencia recibida de profesionales o de instituciones incompetentes como a la inversa asentando que el término "satisfacción del paciente" se convierta en ambiguo.

En definitiva, el conocimiento de la opinión del cliente sobre los servicios recibidos es una vía para mejorar la calidad de las prestaciones y la propia imagen del instituto sanatorial. La satisfacción del paciente es el objetivo y resultado de la asistencia sanitaria y una medida útil de su calidad. La gestión de la calidad debe tender a garantizar la condición de servicio global de forma que todas las necesidades de cualquier usuario queden satisfechas.

El nivel de calidad óptimo es variable y dependiente de los costos de producción de los servicios y de los beneficios que de ellos obtengan los pacientes.

En síntesis, la atención médica de calidad sería aquella que maximizara los beneficios y minimizara los riesgos y costos.

De todos modos, en la actualidad, y dentro de la dirección hospitalaria, pensando en un criterio estrictamente gerencial, el concepto de calidad no tiene gradientes: Existe o no, por lo que no puede hablarse de excelente, mediana o pobre calidad.

1.2.1. La aplicabilidad de la atención médica a una entidad sanatorial:

El hospital moderno incorporado a sistemas integrales de salud se comporta como un centro de referencia, articulado a políticas generales de un país, una región y una localidad formando parte del esquema general de atención dentro del cual la educación a la comunidad para aspectos de fomento y prevención y la rehabilitación son factores insustituibles a diferencia de antaño en donde los mismos centros de salud estaban ocupados de los procedimientos directos de tratamiento enmarcados en el círculo de recuperación la salud, con acciones aisladas, autónomas, desarticuladas de toda responsabilidad diferente a ella.

En tal sentido, se observa a nivel mundial, en esta etapa del tiempo, características similares que distinguen a los distintos programas de salud conformados.

Entre ellos, se observan:

- ✓ Prevalencia de la prevención
- ✓ La importancia que se otorga al autocuidado
- ✓ La participación de la comunidad en todo el programa
- ✓ El alto valor que se da a la planeación

- ✓ El ingreso a la cultura de la calidad total
- ✓ El puesto de preferencia que se concede a la investigación
- ✓ La inserción sistemática de la evaluación y retroalimentación como elementos insustituibles dentro del proceso

La ética constituye uno de los paradigmas definitivos dentro del proceso de atención aplicable no solamente a los procedimientos dirigidos a la recuperación de la salud sino a todos los actos relacionados con la atención dentro de los cuales se involucran los aspectos administrativos, las relaciones interpersonales y todo lo referente a la comunicación, la investigación y la misma docencia en la institución.

Por ende, el hospital de hoy se encuentra incluido en un marco estratégico de calidad total obedeciendo a estándares investigados probados en las unidades sanatoriales más importantes del mundo que desarrollan esta materia pero con su propia luz generadora de nuevas y mejores técnicas para los problemas que a diario debe atender.

La Organización Mundial de la Salud define al Hospital como *“una parte integrante de la organización médica social cuya función es la de proporcionar a la población atención médica completa, tanto preventiva como curativa y cuyo servicio de consultorios externos, alcanza a la familia en el hogar”*.

El hospital representa un universo de particulares, paradójicas y disímiles características. A él confluyen todo tipo de situaciones, por consiguiente, allí surgen toda clase de problemas. Llegan enfermos con la esperanza de recuperación inmediata, familiares angustiados en demanda de soluciones, ejecutivos sanos a verificar el estado de salud, en forma conjunta con casos trágicos de víctimas de catástrofes, o de intoxicación masiva, o de aquellos que tienen la fuerte presencia de perder la última esperanza de vida, y como así también concurren visitantes, curiosos, autoridades, científicos, estudiantes, vendedores, aspirantes a empleos, trabajadores de distintas índoles, médicos, paramédicos, enfermeros, auxiliares, etc. Se hace investigación científica, se desarrolla labor asistencial, se practican procedimientos quirúrgicos de la más variada complejidad, se hacen pruebas de laboratorios, se adelantan diagnósticos, se hace docencia, se alivia la angustia, se atiende el problema personal o colectivo, se administran los recursos humanos, se desarrollan nuevas tecnologías, se manejan presupuestos, se elaboran comidas y ropas, con la existencia de actividades de ingeniería y mantenimiento.

En fin, el hospital es un universo en el cual se encierran todas las complejidades inimaginables diferentes al resto de las organizaciones.

Por ello, el mismo, actualmente, surge resultante de una necesidad investigada y comprobada la cual requiere una estructura física funcional, estratégicamente localizada, fruto de una cuidadosa planeación con disposición de un centro de suministro de energía eléctrica, de agua potable, de oxígeno, de aire comprimido, de planta para comunicaciones internas y externas, de una dotación de equipos y elementos científicos y generales conveniente y suficiente para atender la demanda prevista de servicios, de dirección y administración eficiente, de una nómina de personal científico, técnico, administrativo y auxiliar acorde con las prestaciones dispuestas a llevar a cabo, de un centro de cómputos y sistematización, de servicios básicos de cocina, lavandería, ropería, de departamentos técnicos de farmacia, esterilización,

mantenimiento y comunicaciones, de oficinas de recepción, orientación, administración de hospitalizaciones, de zonas de reuniones de los profesionales, de pasillos de circulación interna y externa, del parqueo de entrada: El esqueleto básico del Hospital.

En conclusión el hospital es una organización de servicios en la que el principal beneficiario debe ser el cliente con una conformación de normas generadas tendientes a destacar un valor intrínseco para el profesional sanitario y en una institución cuya misión es impuesta desde el exterior ya que integra el sistema sanitario aunque dispone de objetivos internos.

1.2.2. Costos de la asistencia médica:

Conforme a lo que expresa Jaime Varo¹² en su obra "Del control de calidad a la calidad total" todas las actividades sanitarias conllevan el empleo de recursos que tienen costos y dan lugar a resultados. Por este motivo es conveniente utilizar la menor cantidad de medios en la consecución de los objetivos fijados: Las mejoras en la salud, más esperanza de vida y calidad de vida.

El análisis económico sanitario implica considerar el estudio comparativo de acciones opcionales que incluyen los costos y los resultados, y, de ellos, el más completo, es valorar conjuntamente alternativas, costos y resultados.

Dentro de estos estudios, entonces, interesarán visualizar con claridad los conceptos de la eficiencia económica en dos niveles: en la asignación de recursos, con el propósito de maximizar la productividad de la inversión y de forma operativa, a fin de aumentar el rendimiento y la productividad minimizando así el costo sin bajar la calidad técnica.

El punto central, estará conformado por el análisis de los aspectos costo-efectividad, costo-beneficio y costo-utilidad ya que reúnen la condición de facilitar las decisiones sanitarias pues entran en el terreno de las elecciones al estudiar los costos de oportunidad, entendiendo a ésta como el valor de la mejor alternativa posible a que se renuncia por dedicar a los recursos a otra actividad, facilitando la selección de las opciones más ventajosas.

A continuación se realiza un análisis de estos tres métodos:

1.- **Análisis costo-efectividad:** Pretende conocer el costo de cada una de las unidades producidas por los programas sanitarios. Su objetivo es determinar si existen patrones más eficientes de provisión de servicios en comparación con los modelos observados y suministrados habitualmente teniendo como propósito la de facilitar información para elegir entre procedimientos o tecnologías diferentes. Se aplica cuando no todos los conceptos incluidos en la evaluación se consideran en términos económicos. Sus beneficios se cuantifican en unidades naturales o físicas tales como años de vida ganados, mortalidad evitada, días de incapacidad evitados y casos correctamente diagnosticados.

Rodríguez Artalejo, F. y Ortún Rubio, V.¹³ identifican casos de aplicación de este método:

- a) La alternativa óptima, por ser la más efectiva, tiene un precio muy alto para el individuo o la entidad sanatorial o para la sociedad. Su elección

- puede dar lugar a la renuncia de otras opciones eficaces para otros problemas o para el mismo problema con otros enfermos
- b) Varias opciones con efectividad similar y desigual costo eligiéndose la más barata
 - c) Diversas posibilidades con eficacia diferente y análogo costo eligiéndose la más eficiente
 - d) Distintas elecciones con efectividad y precio similares optándose por la más beneficiosa aunque no sea la más efectiva

2.- **Análisis costo-utilidad:** Es una forma de evaluación económica más amplia que el análisis costo-efectividad con la que se analizan los programas opcionales de asistencia sanitaria considerando sus beneficios en términos subjetivos de los beneficios percibidos por el individuo. Los resultados de estos programas se miden en unidades que indican grados de utilidad, por ejemplo, de la calidad del aumento de supervivencia conseguido y no solamente en número de años de vida ganados y los costos, en términos económicos, con el objeto de seleccionar el que proporcione el máximo beneficio neto.

3.- **Análisis costo-beneficio:** Trata de comparar el costo potencial con el contable en el caso de acción concreta entendiéndose al primero como el conjunto de consecuencias negativas para la sociedad como efecto de un suceso determinado y al segundo como el conjunto de recursos empleados en la obtención de un resultado concreto. Para el caso, el costo contable indica el gasto necesario en la obtención del efecto deseado mientras que el costo potencial determina las ventajas asociadas a ese efecto. Este análisis identifica el examen de los programas optativos de asistencia sanitaria considerando sus beneficios y costos en términos económicos con el objeto de seleccionar el que proporcione el máximo beneficio neto. La idea básica es determinar si los beneficios de un proyecto concreto superan sus costos reales en términos de recursos siendo su propuesta aquella que preste los servicios solo si los beneficios superan a los costos.

En esta evaluación se consideran los siguientes aspectos:

- a. Los costos de la asistencia sanitaria, que no solo son los que soporta el sistema sanitario, sino también los que repercuten sobre el cliente y la sociedad
- b. No todos los costos comportan un gasto ya que algunos servicios utilizados pueden ser comunes a otros fines
- c. Los beneficios no los recibe solo el individuo ya que también los obtiene la sociedad
- d. Siempre que sea posible, al establecer preferencias, se deberá exponer y medir los costos y los beneficios en unidades iguales y mensurables

Incluir estos métodos economicistas en el análisis de la asistencia sanitaria permite enriquecer el diseño en la evaluación de los problemas de atención de manera de mejorar la efectividad logrando una estimación muy medida de costos y beneficios.

1.2.3. La calidad óptima de atención médica:

Como antes se había expuesto, la atención médica es la aplicación de todos los conocimientos científicos relevantes, la actividad de los servicios médicos y la de los propios profesionales y las intervenciones sanitarias y sociales en la comunidad entendiéndose en un sentido más restringido como la prestación de un servicio sanitario a un individuo por un profesional o una institución para luego conformarlo en la suma de todas ellas.

Por ende, la calidad óptima vendrá dada por el punto en el cual la relación entre los costos y los beneficios de la asistencia tienen una eficacia máxima. Tanto los pacientes como los profesionales médicos intervendrán en especificar la calidad y la cantidad óptima de la atención sanitaria.

Notas bibliográficas:

- 1.- Gary Hammet: (1965) Ensayos Obra "Administración del futuro"
- 2.- K. Ishikawa: (1985) "What is total quality control?. The Japanese way" Englewood Cliffs, NJ Prentice Hall
- 3.- J. M. Juran: (1989) "Juran on planning for quality" Juran Institute
- 4.- J. M. Juran, F.M. Gryna, R.S. Bingham (1951) "Quality control handbook" New York McGraw Hill
- 5.- H. V. Vuori: (1982) "Quality assurance of health services: concepts and methodology" Geneve, Regional Office for Europe, WHO
- 6.- R. Lee, L.W. Jones (1933) "The fundamentals of good medical care" Chicago, University Of Chicago Press
- 7.- C.B. Esselstyn (1958) "Principles of physician remuneration" in Papers and Proceedings of the National Conference on Labor Health Services Washington DC American Labor Health Association
- 8.- R.L. Hare, S. Barnoon (1973) "Medical care appraisal and quality assurance in the Office Practice of Internal Medicine" San Francisco American Society of Internal Medicine
- 9.- A. Donabedian (1991) "Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial (primera parte)" Control de calidad asistencial
- 10.- A. Donabedian (1980) "The definition of quality and approaches to its assesment" Ann Arbor, Mich: Regent of the University of Michigan
- 11.- R.H. Brook, K.N. Williams (1975) "Quality of health care form disadvantaged" Journal of Community Health
- 12.- Jaime Varo (1995) "Del control de calidad a la calidad total" Med. Clin. Barcelona, España
- 13.- F. Rodríguez Artalejo, V. Ortún Rubio (1990) en "Los protocolos clínicos" Med. Clin. Barcelona, España

PRIMER PARTE: CONCEPTOS FUNDAMENTALES

CAPÍTULO 2

CALIDAD Y GESTIÓN DE LOS SERVICIOS:

Thomas J. Peters y Nancy K. Austin: “El punto ideal en el cual comenzar es una actitud abierta: escuchar, mantenerse en contacto, sentir empatía”

2.1. MODELOS DE CALIDAD DE SERVICIOS:

La calidad de servicio es la diferencia entre las expectativas (el servicio esperado) y la prestación (el servicio recibido).

Para esta cuestión, se citan tres modelos que se diferencian:

- a) El modelo de los desajustes
- b) El modelo de la imagen
- c) El modelo de la servucción

2.1.1. El modelo de los desajustes:

Propuesto por los autores A. Parasuraman, V. A. Zeithmal y L.L. Berry¹ considera que los factores determinantes de la calidad del servicio se agrupan en tres bloques: *las propiedades de búsqueda, las de experiencia y las de credibilidad*.

En el primer caso, *las propiedades de búsqueda*, definida como las características anteriores al servicio, el usuario (para el caso paciente) puede conocer los elementos tangibles de la atención: instalaciones del hospital, los equipos y la apariencia personal de médico y la credibilidad del ente sanatorial en cuanto a la imagen, las recomendaciones y las experiencias anteriores.

En el segundo caso, *las propiedades de la experiencia* surgen de los pacientes cuando las descubren durante o después de la prestación del servicio: Entre ellas, la accesibilidad (la posibilidad de obtener los servicios que necesita en el lugar y momento preciso en cantidad suficiente y a un costo razonable), la cortesía (ejercida por el personal de contacto), la fiabilidad (cumplimiento del servicio con ausencia de fallos), la capacidad de respuesta (se cubrieron las necesidades específicas del paciente como los problemas que surgieron en la prestación del servicio), la empatía (comprender al paciente), y las comunicaciones (las transmitidas por las personas y las del soporte físico).

En el tercer caso, *las propiedades de credibilidad* que implican la evaluación del servicio a posteriori. De allí surgirán las vinculadas a la competencia profesional y la de seguridad entendiéndose ésta como la acción sinérgica entre la competencia y la cortesía del personal.

2.1.2. El modelo de la imagen:

Formulado C. Grönroos², relaciona la calidad con la imagen corporativa la cual influye en la expectativa del servicio.

La imagen corporativa tiene tres componentes: *las acciones de marketing, la calidad técnica del personal y de los equipos y la calidad funcional del personal y de la empresa*.

En el primer aspecto, *las acciones de marketing*, estas acciones se llevan a cabo a través del marketing mix o combinación de los diferentes medios e instrumentos comerciales de una empresa para alcanzar los objetivos fijados, según el pensamiento de E. Ortega Martínez³.

En el sistema sanitario público las acciones la constituirán la oferta de servicios, la política de precios (orientada solo para el caso de los servicios que se facturan por obras sociales, aseguradoras de riesgo de trabajo, etc.), de comunicación y de distribución de servicios y la localización geográfica de los centros. Allí aparecerán los cuatro ángulos diferentes del marketing mix: el cuantitativo (la proporción de sumas dinerarias asignadas a cada una de las actividades del hospital), la cualitativa (los factores selectivos que intervienen en la actividad), el temporal (siendo que en este caso la unidad sanatorial no puede tener una actuación uniforme en el tiempo existiendo momentos de mayor o menor intensificación de ciertas actividades) y el espacial (dependiendo de si la unidad sanatorial cubre zonas geográficas).

El segundo aspecto, el *de la calidad técnica*, está sujeto a la formación del personal de contacto del hospital, en su caso, en poder satisfacer las necesidades del paciente, los conocimientos técnicos que facilitan la traducción al lenguaje técnico las necesidades de los pacientes, las soluciones tanto de los planteados por los pacientes antes de la atención y los que surjan al momento de la prestación, los equipos que sirvan tanto a los trabajadores como a los pacientes y los sistemas de información a través de las nuevas tecnologías que permiten la automatización de servicios en comunicaciones mejores y más rápidas así como el tratamiento de datos más fiables.

En el tercer aspecto, el *de la calidad funcional*, está relacionada con la accesibilidad (facilidad con que se obtienen los servicios) las actitudes (el complemento de las aptitudes y que determinan la relación que se establece entre el hospital, el personal de contacto y los clientes), el comportamiento (es el resultado de la función operacional y relacional del personal de contacto), la orientación al servicio (es una filosofía empresarial que toma al cliente como el eje central de las actividades) y los contactos exteriores (la comunicación externa que el hospital establece con sus pacientes reales y potenciales tanto a través de medios como de personas).

2.1.3. El modelo de la servucción:

Expuesto por P. Eiglier y E. Langeard⁴, indican que la calidad del servicio depende de la calidad de los elementos de la servucción – *el soporte físico, el personal y los clientes*- y de la coherencia entre ellos.

El primer factor, *el soporte físico*, estará condicionado por la calidad intrínseca del servicio, la complejidad (la innovación tecnológica permite otorgar mejores servicios), la facilidad de mantenimiento y la facilidad de uso.

El segundo factor, *el del personal*, estará ligada a las cualificaciones profesionales (aptitud del personal para desarrollar sus funciones técnicas), la disponibilidad (actitud de compromiso con el servicio) y la presencia o apariencia física (constituye un factor de imagen y seguridad).

El tercer factor son *los clientes* cuya calidad en el servicio estará vinculada con la similitud (la homogeneidad de los clientes es la base de la segmentación del mercado lo cual facilita el diseño del servicio para múltiples usuarios-pacientes) y la eficacia de la participación (característica esencial es la participación del cliente)

En el análisis de los tres modelos de calidad de servicio y su control se puede concluir:

- a) Las expectativas del cliente no son suficientes para definir un servicio: Habrá que agregar la definición creativa del proveedor
- b) Las expectativas están condicionadas por la estrategia de comunicación: La creación de necesidades específicas en el usuario es una tarea de gestión siendo el éxito y la aceptación dos elementos fundamentales ligados a la comunicación
- c) La calidad del servicio reside en lograr la utilidad funcional, simbólica y la relativa a las vivencias a un costo razonable para el cliente (que el precio-calidad sea favorable al mismo)

Por ende, el cliente de los servicios sanitarios evalúa la oferta de servicios, el servicio global, el concepto de servicio, el producto total y el mix de utilidades. El resultado de esta evaluación es el grado de calidad percibida.

2.2. Gestión de los servicios a prestar:

Una empresa o una organización en particular, para el caso del hospital o unidad sanatorial, son consideradas, ante todo, como una estructura productora de servicios.

La naturaleza única de los servicios y sus características determinan el estilo de gestión y la calidad de los mismos desde el momento del diseño en el cual se deberá tener en cuenta el segmento del mercado receptor.

Desde la perspectiva de la oferta, el análisis de los servicios configura unos conceptos integrados de aquellos que son objeto de evaluación por parte de los usuarios (pacientes) y que, a su vez, la explican.

El estudio desde el punto de vista de la demanda describe cómo y por qué se organiza el hospital de una manera concreta para responder las exigencias del mercado de referencia.

Por ende, la calidad de los servicios vendrá determinados por su capacidad de satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes.

La empresa de servicios (para el caso de estudio el hospital) es un sistema integrado de tecnología e instalaciones que vende sus productos de diversas formas. En algunos casos, se destacará la alta automatización de la empresa, en otras, la mano de obra y la escasa tecnología.

El hospital, en general, cuenta con altos costos salariales y también alta tecnología. Para el caso de la entidad sanatorial pública se agregará su disposición a carecer de ánimo de lucro.

En todos los casos y como aspecto central de este tipo de organizaciones, el objetivo principal de la asistencia sanitaria debe ser la prestación de servicios de calidad mediante la utilización óptima de todos los recursos existentes.

2.2.1. Características de los servicios:

Los servicios disponen de características específicas que a continuación se especifican a criterio de Jaime Varo⁵ en su obra "Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios":

- **La propiedad:** Los clientes no adquieren la propiedad sino el uso o disponibilidad del servicio ya que su intangibilidad hace innecesaria una transferencia de la titularidad en el proceso de compra
- **El contacto directo:** El hospital es una empresa con una estrecha relación con los usuarios (pacientes). En estos casos, dada esta premisa, al ser una relación muy elevada, el servicio debe personalizarse al máximo reduciendo el grado de normalización de la oferta ya que su fuerte existencia provoca el alejamiento del usuario de la institución. Este hecho debe ser tenido en cuenta por el hospital: De ahí la importancia que tiene para ellos la gestión de los reclamos y sugerencias de los clientes viéndolos como una fuente de información acerca de la calidad de los servicios. El contacto directo y físico entre el hospital y el paciente tiene el aspecto positivo de que se establece un circuito de retroalimentación que informa continuamente acerca de la idoneidad de las prestaciones concretadas
- **La relación hospital-cliente:** Entre la oferta y la demanda se produce una interacción constante que varía en uno o en el otro sentido según la relación de poder que ejerza alguna de las partes.
En este sentido, surgen ciertos aspectos a considerar:
 - ✓ La fortaleza de los servicios
 - ✓ La imagen del hospital
 - ✓ La interacción individual con los pacientes
 - ✓ La propia naturaleza del servicioEn los hospitales, como tendencia general, se genera una obstinación a reducir al mínimo el papel de los pacientes y colocarlos en situación de dependencia. Ello genera descontento en los mismos pues aceptan los servicios no por satisfacción sino porque no tiene otras opciones a elegir o se les presentan dificultades para ejercer esta alternativa
- **La participación del paciente:** Se presenta en diversas funciones:
 - ✓ *Especificaciones del servicio:* En la asistencia sanitaria el servicio es acomodado a las necesidades concretadas de cada paciente por lo que participa activamente en su definición aportando información indispensable para el diagnóstico y tratamiento
 - ✓ *Coproducción:* En múltiples ocasiones, el paciente lleva a cabo tareas inherentes al hospital en la producción del servicio
 - ✓ *Mantenimiento del ethos:* La relación entre el paciente y el personal del hospital es sumamente directa: Esa interacción genera que el paciente también influye sobre aquellos en cuanto a comportamiento, motivación y productividad
 - ✓ *Control de calidad:* El reclamo del paciente ante una no conformidad

- ✓ *Desarrollo y perfeccionamiento del sistema:* Un cliente exigente e informado ofrece al profesional médico la oportunidad de realizar un trabajo de nivel superior
- ✓ *Comercialización del servicio:* Se genera por la interacción entre la oferta y la demanda (hospital y pacientes)

- **La intangibilidad:** El servicio sanitario profesional según M. L. Bell⁶ se define como servicio personalizado con una baja tangibilidad y un grado elevado de compromiso por parte del usuario. En líneas generales, los productos hospitalarios son intangibles con procesos normalizados que variarán en su conformación según la patología, la edad, el sexo y los medios disponibles

- **La inseparabilidad del proceso de producción y consumo del servicio:** El servicio se elabora, comercializa y consume en el mismo momento. Se necesita de la integración del factor humano y el técnico generando vínculos que pueden extenderse en el largo plazo. La ventaja principal de la simultaneidad es que el mismo puede ser modificado y mejorado con facilidad sin necesidad de un nuevo diseño permitiendo la personalización

- **La heterogeneidad:** El servicio, al tener una gran relación de contacto directo entre las partes, lo hace difícil de ser generalizado lo que provoca, para el caso del hospital público cuya premisa es llegar a ofrecer un servicio único a toda la población, una fuerte contradicción. Sin embargo, el hospital, en su faena diaria, deberá tener en cuenta algunos principios básicos a saber:
 - ✓ Tender a generar la igualdad de tratamiento para todos los relacionados con el servicio
 - ✓ La continuidad temporal y espacial en la prestación del servicio acercándolo al cliente y prologándolo en el tiempo
 - ✓ El cambio continuo para mantener la calidad de prestación y de manera de estar “un paso adelante” ante la comunidad en permanente evolución

- **La caducidad:** La prestación del servicio es de carácter perecedero ya que no puede almacenarse

- **Dificultades para su medición:** Por su dinamicidad y con diferentes funciones según cada caso, se hace difícil generar una medición de lo acontecido en cada uno de ellos

- **La calidad no puede predeterminarse:** Antes de recibirlo el cliente no podrá evaluar el servicio que recibirá

- **Se prestan ante una solicitud:** Los servicios se suministran de acuerdo a dos tipos de demanda: instantánea y programada

- **Implican la fiabilidad humana:** El problema de calidad será el de prevenir el error humano, corrigiéndolo y controlándolo
- **La calidad es tanto objetiva como subjetiva:** Es objetiva porque está relacionada con la medida de lo observable y subjetiva porque está sujeta a la apreciación del cliente

En conclusión, en los servicios de calidad, la fiabilidad humana es el factor más importante para enjuiciar la prestación llevada a cabo.

De todas formas, se pueden incluir otros aspectos más para tener en cuenta en ello:

- ✓ *La mejora del servicio depende mucho de la iniciativa humana:* La calidad está ligada al comportamiento de la persona a la cual se le confía la prestación
- ✓ *Un servicio puede evaluarse tanto o más por el proceso que por el resultado mismo:* Una buena calidad de servicio acompañada de una información adecuada puede asegurar al hospital la satisfacción del cliente y disminuir su grado de incertidumbre aún en el caso de situación de delicada enfermedad o de extremo desenlace frente a sus familiares
- ✓ *El servicio se evalúa en dos niveles:* El nivel primario es el la prestación normal. El segundo nivel aparece cuando surgen problemas en el primero de ellos: Una organización eficiente, responsable y fiable tendrá más capacidad para reparar el daño causado. La resolución rápida y eficiente de los posibles errores surgidos en cualquier momento de la prestación contribuye a que la atención proporcionada se valore satisfactoriamente
- ✓ *La calidad del servicio en un hospital es una responsabilidad de todos lo que la integran:* Todos los estamentos deben estar imbuidos de esta responsabilidad de satisfacer las necesidades y expectativas de los pacientes
- ✓ La calidad de los servicios es más difícil de evaluar que la calidad de los productos tangibles
- ✓ La percepción de la calidad por el cliente es el resultado de la comparación de las expectativas del servicio con la prestación del mismo
- ✓ Las expectativas y necesidades de los clientes, especialmente la de los potenciales, deben conocerse con detalle
- ✓ Se debe definir un sistema permanente de control de calidad en los clientes
- ✓ Es necesario analizar periódicamente la estructuración, comercialización y prestación del servicio
- ✓ Debe crearse un proceso interno de análisis de resultados y de desarrollo del proceso de mejora continua

- ✓ Se debe potenciar la comunicación interna y externa como medio de introducir cambios en el mercado

Notas Bibliográficas:

- 1.- Parasuraman, A, Zeithmal, V.A. y Berry, L.L. "A conceptual model of service quality and its implications for future research" (Journal of Marketing, 1985)
- 2.- Grönroos, C. "Service quality model and its marketing implications" (European Journal of Marketing, 1984),
- 3.- Ortega Martínez, E. "El nuevo diccionario de Marketing" (Area, Madrid 1990).
- 4.- Eiglier, P., Langeard, E. "Le marketing des services" (McGraw-Hill París, 1987)
- 5.- Jaime Varo (1994) "Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios: Un modelo de gestión hospitalaria" Ediciones Díaz de Santos Madrid España
- 6.- Bell, M.L. "Gestión de empresas de servicios" (EADA, Barcelona 1989)

SEGUNDA PARTE:

CAPÍTULO 3: LA ORGANIZACIÓN DEL HOSPITAL

ESTRUCTURA DE LA ORGANIZACIÓN. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN MÉDICA. NORMATIVA DE LA CALIDAD:

Peter F. Drucker: “La esencia de la organización moderna es hacer que las cualidades y conocimientos del individuo sean productivas y lograr que sus deficiencias no tengan influencia alguna”



3.1. LA ESTRUCTURA DE LA ORGANIZACIÓN:

A fin de funcionar y alcanzar sus objetivos, la organización debe dotarse de una estructura que combine las relaciones formales preestablecidas y aquellas otras que son el resultado de las actividades e interacciones de sus miembros así como también las distintas tareas y funciones que se desarrollan en su seno.

La estructura organizativa comprende los recursos humanos y materiales y el modo de ordenarlos para producir los bienes o servicios que la empresa también entrega a la sociedad.

M. Strategor¹ expone que la estructura es la totalidad de funciones, relaciones, comunicaciones, procesos de decisión y procedimientos que determinan formalmente los fines que cada unidad de la organización debe cumplir y los modos de colaboración entre estas unidades.

Dirigiendo la vista a una unidad hospitalaria, se pueden distinguir cinco partes fundamentales de la organización citando por ello a H. Mintzberg²:

- 1) *Alta Dirección o vértice estratégico*: Conformado por todas las personas con una responsabilidad global de la organización incluida quienes les asisten directamente. Para el caso de hospitales públicos: El Director, Subdirectores médicos y adjuntos de enfermería
- 2) *Núcleo de operaciones o núcleo técnico*: Se sitúa en el otro extremo de la organización abarcando a aquellos miembros que realizan el trabajo básico directamente relacionado con la generación de los productos y servicios. En hospitales: El personal de los servicios médicos y de las unidades asistenciales (médicos, enfermeras y auxiliares de clínica)
- 3) *Línea media o mando intermedio*: Cadena de directivos de la línea media provistos de autoridad formal. De hospitales: Jefes de servicio y de sección y los supervisores de enfermería
- 4) *Staff de apoyo*: Son unidades especializadas cuya función consiste en proporcionar un apoyo a la organización fuera del flujo de trabajo de operaciones. Para hospitales: La dirección de gestión en sus líneas de mantenimiento, suministros, asesoría jurídica y relaciones laborales
- 5) *Tecnoestructura*: Son los analistas de control que afianzan la normalización en la empresa. Su misión es planificar, diseñar y cambiar los procesos de trabajo. Ejemplo de hospitales: Comisión de Garantía de Calidad, Comisiones Clínicas

- 6) Se agrega una sexta, propuesta por el mismo autor H. Mintzberg³:
Cultura: Entendida como la ideología o conjunto de tradiciones, creencias y valores de una organización que la distinguen de otras

3.1.1. Elementos descriptivos de la estructura organizativa:

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

A continuación, se establecen definiciones de dichos elementos:

- ✓ **Funciones:** Una función es una actividad o conjunto de actividades con características similares y relacionadas que se debe realizar para que la organización alcance sus objetivos. Son las operaciones, las fases esenciales del proceso productivo que se desarrollan en el interior de una empresa (hospital para el caso). Una función será *explícita* cuando hay uno o varios órganos o personas para llevarla a cabo y será *implícita* cuando no está situada en ningún punto concreto de la estructura.

También se las podrá clasificar en *principales* cuando dichas actividades estén encaminadas a la consecución de los objetivos primordiales, en tanto que las *complementarias* son aquellas orientadas al logro de los objetivos secundarios y que participan indirectamente en los principales.

La *función directiva* se refiere a la formulación de objetivos, la programación de los resultados que se quieren alcanzar, el control de trabajo, la coordinación de recursos y actividades y la asignación de tareas mientras que la *función ejecutiva* implica el desarrollo de las actividades necesarias para obtener resultados del empleo de materiales, equipos, personas e información

- ✓ **Órganos:** Son las unidades compuestas por miembros que actúan como elemento de decisión o ejecución. Cabe distinguir entre *puesto de trabajo* y *unidad organizativa*. Para el primer caso, *puesto de trabajo*, implica la descripción del mismo indicando el conjunto de tareas que debe llevar a efecto una persona mientras que para el segundo caso, la *unidad organizativa* es la agrupación de varios puestos que desarrollan una actividad homogénea subordinados a un directivo ante el cual responden y al que informan directamente
- ✓ **Ámbito de supervisión y de control:** El ámbito de supervisión es el número de colaboradores que están ligados directamente a un mando mientras que el de control tiene una limitada disposición referida a la actividad, la preparación la estructura de la organización, el estilo de la

dirección y sus decisiones, las innovaciones tecnológicas, los órganos staff y la similitud o diferencia de las actividades supervisadas

- ✓ **Las relaciones:** Son las conexiones que unen los diferentes elementos de la organización tales como las jerárquicas, consultivas, funcionales, auxiliares, de conexión y colaboración y laterales
- ✓ **Organigrama:** Es la descripción estructural de la organización la cual incluye una representación gráfica y esquematizada de los distintos niveles de la organización formal. Muestra las relaciones y funciones de los miembros de la misma desde la Dirección hasta los puestos inferiores recorriendo la escala jerárquica.
Es el principal instrumento de representación estática la estructura. El objetivo: Evidenciar la articulación de las distintas funciones dentro de la organización, los puestos de trabajo y las unidades y su posición en la estructura, las relaciones formales jerárquicas, las líneas formales de comunicación y las conexiones entre los distintos puestos y unidades
- ✓ **Normas y procedimientos:** Las normas tienden a contemplar los comportamientos individuales ante situaciones concretas pudiendo ser formales expresadas o articuladas en códigos y las informales, que surgen en base al consenso. Los procedimientos son un conjunto de operaciones que involucran a un grupo de personas que trabajan en distintos sectores y afectan a varias unidades organizativas

3.1.2. El Manual de la Organización:

El Manual de la Organización plasma la realidad empresarial. En él se recoge la totalidad de los documentos que describen de manera formal y explícita todos los instrumentos de organización de la empresa.

Contiene:

- ✓ Organigramas
- ✓ Descripción de las tareas y funciones
- ✓ Normas
- ✓ Procedimientos
- ✓ Políticas de la empresa

3.2. Configuraciones estructurales hospitalarias:

Al analizar el hospital como una organización integrada en una de orden superior se pueden reconocer cuatro configuraciones estructurales según H. Mintzberg.

Se citan a continuación:

- 1) *La forma multidivisional:* Esta configuración estructural consiste en unas entidades semiautónomas (hospitales) y otros centros sanitarios acoplados mediante una estructura administrativa central. Los principales parámetros de diseño son las agrupaciones según el mercado geográfico y los sistemas de control de rendimientos.

Esta modalidad es adoptada legalmente por la organización sanitaria de ámbito comunitario para estructurarse. La estructura administrativa central asume todas las responsabilidades lo que genera un condicionante de desarrollo bajo esta óptica

- 2) *La estructura funcional:* En este caso, cada división tiene su propia estructura. La necesaria especialización de las funciones obliga a diferenciar las actividades y da lugar a una división funcional que comporta descomponer el flujo de actividades
- 3) *La estructura matricial:* Existe aquí un doble flujo de autoridad y su carácter es temporal. Sacrifica el principio de la unidad de mando y lo sustituye por el principio de la doble autoridad ya que un trabajador depende de dos jefes al mismo tiempo: uno orgánico y otro funcional. En los hospitales, el carácter de temporal se convierte en continuo o permanente ya que por la vigencia de la distribución del poder adopta esta estructura en forma definitiva.

Sus ventajas: Mayor flexibilidad de la organización, frecuente contacto entre los miembros de diferentes funciones, flujo de información más rápido, reducción de los conflictos entre las funciones y el aumento de motivación de los que trabajan en pos de un proyecto común.

- 4) *La burocracia profesional:* Al disponer de un alto grado de cualificación profesional de parte de la mayoría de los trabajadores, se determina que se configure una burocracia organizativa que degenera en una especialización horizontal de los puestos de trabajo. En este tipo de estructura, la formulación de la estrategia constituye un proceso ascendente ya que está controlada en primer lugar por las asociaciones científicas, después del núcleo técnico y finalmente por el aparato administrativo. Los profesionales integrantes de la organización ejercen un considerable control sobre su propio trabajo y pretenden una relativa independencia sobre sus colegas pero con estrecho contacto con la clientela

3.2.1. Configuración del poder hospitalario:

Siguiendo a H. Mintzberg se destacan dos configuraciones:

- a) **Sistema cerrado:** El sistema cerrado se corresponde con la forma multidivisional como configuración estructural, generalmente adoptadas por las organizaciones sanitarias asistenciales. En ellos se caracterizan que los agentes externos (proveedores, clientes, etc.) no pueden imponer objetivos importantes mientras que los internos (empleados) se hallan ligados a la organización de forma utilitaria conformando una máquina burocrática que necesita de un sistema de objetivos operativo. La eficiencia es más una restricción que un objetivo principal ya que los agentes internos saben de la necesidad de cumplir con ciertas pautas pero las superaciones continuas generan costos mayores no siempre posibles de asumir. Este sistema persigue la supervivencia a los fines del mantenimiento de la organización pero también de la perpetuación de la configuración del poder

- b) **Sistema de meritocracia federativa:** La burocracia profesional se crea como una organización en donde los individuos se unen con el fin de conseguir una misión común. Necesita una estructura administrativa que ejecute las decisiones pero bajo un contexto normalizado a las necesidades de los clientes. Aquí la mirada destacada es que los profesionales son contratados por la organización siendo que a éstos les conviene integrarse a ella con el objetivo de practicar su profesión con apoyo administrativo y auxiliar. Actúan con procedimientos normalizados sirviendo a los clientes con un alto grado de autonomía y responsabilidad.

3.3. El Hospital público en la actualidad:

La actual transformación del sistema sanitario público pretende pasar de una asistencia curativa y rehabilitadora a un sistema de salud orientado hacia la promoción de la salud, la educación sanitaria y la prevención de las enfermedades y da lugar a un nuevo paradigma de cuidados de salud cuyo objetivo es fomentar estilos de vida y filosofías personales conducentes al mantenimiento y aumento de la salud de los individuos.

A ello se agregan otros elementos a saber:

- ✓ La pérdida del carácter estrictamente liberal de la profesión médica
- ✓ La transformación del papel social del médico
- ✓ La sustitución de la figura individual del médico por el equipo sanitario
- ✓ La difuminación de la relación médico-paciente
- ✓ El aumento de los contenidos burocráticos y de la complejidad de la organización hospitalaria
- ✓ La falta de formación de los médicos para asumir las responsabilidades de la gestión
- ✓ La importancia de los dilemas entre los avances tecnológicos y científicos, los principios éticos y la asignación de recursos limitados
- ✓ La exigencia de atención inmediata

3.4. Evaluación de la calidad en la atención médica:

Conocer la calidad con que se otorga la atención médica como primer paso para mejorar su prestación es una necesidad inherente al acto médico mismo.

Años atrás la evaluación de la calidad de la atención médica se había centrado en la información contenida en el expediente clínico.

Pero, a posteriori, y con base en la revisión de la bibliografía previa, se hizo evidente la necesidad de tomar en cuenta otros aspectos, tales como la suficiencia y la calidad de los recursos físicos, la disponibilidad y capacidad profesional o técnica de los recursos humanos, el suministro de material de consumo, la organización de los servicios, la realización de los procedimientos y actividades de la atención conforme a las normas de calidad vigentes, la obtención de resultados de la atención congruentes con el objetivo de la misma y todo ello dentro de un marco de trato social y humanitario.

Allí estuvo incluido que la calidad de la atención podía enfocarse desde tres ángulos diferentes: el paciente, de la institución misma (su dirección) y desde el trabajador mismo como parte de ella.

En esos aspectos y citando a A. Donabedian⁴ se puede exponer:

- a) **Expectativas de los pacientes:** Los pacientes que acuden diariamente a las unidades médicas esperan contar con servicios médicos accesibles tanto en función de distancias como de transportación, como de los trámites que se requieren para poder disponer de ellos, atención con cortesía y en forma oportuna, en un ambiente agradable en cuanto a iluminación, temperatura, ventilación, privacidad, comodidad, funcionalidad, orden y aseo. También espera contar con información suficiente por parte del personal administrativo, médico y de enfermería, con capacidad profesional y técnico para el tipo y nivel de atención que se otorga y en cantidad suficiente en cuanto a las personas establecidas para la debida atención, recursos necesarios para satisfacer los requerimientos de atención en cuanto a equipo, instrumental, material de consumo suficientes, disponibles, adecuados, funcionando correctamente y en buen estado de conservación, así como la valoración integral para la determinación de un programa de estudio y tratamiento congruente con el problema de salud que le aqueja, establecimiento oportuno del diagnóstico y proposición de un pronóstico probable. Por consiguiente, resultados satisfactorios en la atención y en la solución del problema que motivó la consulta a dicha entidad sanatorial
- b) **Expectativas de la Institución:** Ella pretende que la atención otorgada sea proporcionada por los trabajadores a los pacientes con la debida oportunidad, calidad, conforme a las normas y programas que la propia entidad emite, dentro de los rangos de productividad esperados, acorde con el presupuesto de costos calculado, con abatimiento de la morbilidad y la mortalidad y en ausencias de quejas
- c) **Expectativas de los trabajadores:** Los trabajadores esperan lograr satisfacción en la realización de sus labores a través de otorgar la atención a los pacientes en instalaciones y con equipo e instrumental apropiados, con el reconocimiento de sus superiores por las actividades realizadas y con una remuneración congruente con la magnitud y responsabilidad de su trabajo

3.5. Normativa de programas de garantía de calidad de atención médica en el país:

En el país se encuentra en vigencia el Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica de Salud en función al dictado de la Resolución Ministerial 431/2000 (Ministerio de Salud de la Nación) conforme a la vigencia del Decreto Ley 1269/1992 la cual constituye su base y que establece, entre otras cosas, un conjunto de normas de organización y funcionamiento de los distintos servicios y áreas hospitalarios.

La normativa, de reciente promulgación, en sus lineamientos, define el área a que hacen referencia, describiendo, luego, la planta física, el equipamiento y los recursos humanos que deberían tener, estableciendo normas de funcionamiento.

En el programa referido, en función a la factibilidad de resolución de los riesgos de vida y no de la complejidad tecnológica, los hospitales están clasificados en:

- Nivel I (bajo riesgo)
- Nivel II (Mediano Riesgo)
- Nivel III (Alto Riesgo)

En los centros asistenciales del *Nivel I* se realizan acciones de promoción y protección a la salud, así como de diagnóstico temprano de daño, control de la población e internación para la atención de pacientes con bajo riesgo.

Los establecimientos de este tipo deben poseer mínimamente:

- Área de admisión y egreso
- Sector para usuarios
- Gabinetes para consultas y prácticas
- Office de enfermería
- Sector de estar para el personal
- Sanitarios
- Amoblamiento y equipos técnicos para atender consultas y para funciones de promoción y prevención de salud
- Comunicación y transporte
- Sector abierto para el paso y atención al público
- Sector cerrado para la atención de pacientes internados
- Internación discriminada por sexo y área para pediatría
- Instrumental adecuado para desarrollar las acciones programadas

En lo atinente al equipo de trabajo, el establecimiento debería contar con:

- Médico director capacitado en gerenciamiento y funcionamiento de redes de atención médica
- Médicos generalistas
- Pediatra/Tocoginecólogo (permanentes o rotativos)
- Odontólogo / Bioquímico
- Enfermeros
- Personal administrativo (compras, facturación, contabilidad, secretaría)
- Personal de mantenimiento

En los centros de asistencia sanitaria del *Nivel II*, a las acciones del Nivel I se les suma un mayor nivel de resolución para aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos que exceden la resolución del bajo riesgo, siendo relevantes las actividades quirúrgicas y de obstetricia.

Deberían poseer los recursos físicos y de equipamiento similares a los de Nivel I, ampliados de acuerdo a las especialidades que se hayan agregado como por ejemplo:

- Consultorio e instrumental odontológico

- Locales y equipos para Radiología y Laboratorio
- El equipo de trabajo será el contemplado para el Nivel I adicionando:
- Médicos de las cuatro especialidades básicas (Clínica Médica, Clínica quirúrgica, Pediatría y Tocoginecología)
 - ORL, Oftalmología, Traumatología
 - Eventualmente otras especialidades (Cardiología, Neumonía)
 - Enfermeros y auxiliares
 - Técnicos: Radiología, Laboratorio, Hemoterapia, esterilización y Estadística

Los Hospitales o centros del *Nivel III* pueden realizar acciones de bajo y mediano riesgo, pero deben estar en condiciones para resolver total o parcialmente aquellos procesos mórbidos y/o procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos que requieran el mayor nivel de resolución vigente tanto sea por la capacitación y especialidad del equipo de trabajo como por los recursos tecnológicos disponibles.

La planta física varía respecto del Nivel II en cuanto a dimensiones y expansión de actividades y su equipo de trabajo estará integrado, además, por especialistas en áreas tales como:

- ✓ Neurología
- ✓ Cardiología
- ✓ Gastroenterología
- ✓ Endocrinología
- ✓ Oncología
- ✓ Dermatología
- ✓ Inmunología

Específicamente, en el área de consultorios, para la atención personalizada ambulatoria en unidades de salud, la R.M 431/2000 dispone que los consultorios deberán contar con por ejemplo:

- Superficie mínima de 7,50 m², con un lado mínimo de 2,50 m²
- Sus condiciones ambientales procurarán privacidad, protecciones de seguridad y buena ventilación
- El equipamiento mínimo es: lavabo, toallero para descartables, escritorio, sillas, camilla, balanza, negatoscopio, Tensiómetro, armario, recipiente con tapa y papelerero y carro de suministros y curaciones o equipamiento que reemplace al enunciado pero que posibilite el desarrollo de las acciones. Si se trata de consultorio para salud mental sólo contará con mesa y sillas
- Boca de Techo o de pared en el área de examen
- Cuatro tomacorrientes simples e iluminación general de 200 Lux, blanca y difusa y en lo pertinente luz focalizada
- Las instalaciones eléctricas deben tener dispositivos de seguridad eléctrica y luz de emergencia en accesos y circulaciones
- Un matafuego por consultorio

Para el área se prevé un comité de seguridad cuyo representante deberá efectuar controles ambientales, de incendios, de residuos patológicos, de electricidad, infecciones, gases tóxicos, radiaciones y residuos peligrosos.



En el ámbito de la Provincia de Buenos Aires, el Decreto Ley 7314/1967 y el Decreto 3020 establecen los requisitos mínimos de estructura para el funcionamiento y habilitación sanitaria de los establecimientos privados asistenciales o de recreación y para las entidades que presten los servicios para atención a personas con discapacidad, respectivamente.

Notas Bibliográficas:

- 1.- M. Strategor (1988) "Strategie, structure, decision, identité" (Intereditions, París, Francia)
- 2.- H. Mintzberg (1979) "The structuring of organizations" Englewood Cliffs Prentice Hall, Nueva York USA
- 3.- H. Mintzberg (1989) "Mintzberg on management. Inside our strange world of organizations" New York The Free Press, USA
- 4.- A. Donabedian (1991) "Control de calidad asistencial: Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial" (1º Parte). La prensa médica mexicana, Mexico

SEGUNDA PARTE: LA ORGANIZACIÓN DEL HOSPITAL

CAPÍTULO 4

EL CASO DE DIAGNÓSTICO: HOSPITAL PÚBLICO MUNICIPAL EUSTAQUIO ARISTIZÁBAL. MODELO DE GESTIÓN DE CALIDAD EN EL SECTOR PÚBLICO. PREMIO NACIONAL A LA CALIDAD

Juan Carlos Azzanesi (h): “Pero indudablemente la obra más significativa de aquella época progresista la constituyó el Hospital de Coronel Vidal cuyo edificio fue donado por la Señora Micaela Ugalde de Aristizábal y cuya piedra fundamental fue colocada el 06 de Enero de 1909 e inaugurado el 12 de Enero de 1913”



4.1. CASO DE DIAGNÓSTICO:

Ingresando este trabajo al caso de Diagnóstico, en este punto, se puede expresar que el propósito de esta acción fue la de visualizar los recursos existentes en el Hospital Público Municipal Eustaquio Aristizábal que se halla situado en el radio céntrico de la localidad de Coronel Vidal, cabecera del Partido de Mar Chiquita, en plena llanura pampeana bonaerense, con revisión de su evolución y su situación actual.

A partir de ello, tomando la premisa de un sistema de gestión total de la calidad, se realizarán activaciones de principios y prácticas operativas conceptualizadas a través de criterios, generando la formación de una filosofía, que, respetando valores y tradiciones existentes en la entidad sanatorial, faciliten la incorporación de técnicas de participación, de conocimiento y satisfacción de las expectativas del usuario interno y externo tendientes a la aseguración en el mediano y largo plazo de los sistemas de calidad que puedan instalarse en el mismo.

En esa instancia es que se buscarán promover las siguientes premisas:

- ✓ El desarrollo y difusión de los procesos y sistemas destinados al mejoramiento continuo en esta unidad sanitaria pública municipal que pueda ser imitada por otros organismos de similar esfera permitiendo una apertura y utilización de gestiones de calidad en todo el Sector Público dentro del ámbito del Partido de Mar Chiquita por su reflejo como entidad señera dentro de este espacio geográfico jurisdiccional
- ✓ Estimulación y apoyo de la modernización y competitividad de las organizaciones públicas para asegurar la satisfacción de necesidades y expectativas de las comunidades
- ✓ Preservar el ambiente humano de trabajo y la óptima utilización de los recursos

En todo este proceso, no puede dejar de expresarse que la cultura de una organización refleja las normas prevalecientes, los valores, las creencias y suposiciones que determinan cómo los integrantes de una organización se relacionan unos con otros y con su propio trabajo.

Cabe destacarse que la cultura que sustenta la gestión total de calidad pone énfasis en el compromiso con la excelencia, el respeto mutuo entre empleados y directivos, la decisión de asumir riesgos y cambios con la mira puesta en los pacientes y la mejora continua.

El tiempo que lleva generar esta postura en todos sus integrantes puede ser largo requiriendo la construcción de estructuras necesarias para sustentar y gerenciar cambios de manera de producir un entrenamiento suficiente para el debido mantenimiento de la excelencia.

Lograr la transformación permite vislumbrar resultados sorprendentes en toda la organización por realizar trabajos tendientes a mejorar la calidad de los servicios que prestan y los procesos que los generan maximizando el bienestar del los usuarios.

En los últimos años ha surgido el creciente interés del sector público en poner el énfasis en la calidad y la satisfacción: Ya no solo se trata de conseguir la calidad de las actividades o de los servicios públicos por imperativo legal sino que es una necesidad cada vez más demandada por el ciudadano que exige un nivel determinado de satisfacción sobre los servicios prestados como contrapartida por las aportaciones económicas que realiza a través del pago de los impuestos.

En este sentido, medir esta faceta de satisfacción de los consumos de los servicios sanitarios es utilizada frecuentemente como índice de buen funcionamiento de la calidad del servicio prestado e incluso como un indicador del resultado de los mismos por parte de la Administración hospitalaria.

Se resalta que el caso de análisis involucra a una Institución pública de importancia para esta jurisdicción toda vez que concentra en gran medida el servicio sanatorial por excelencia de los habitantes de este partido, a más de ser el único en su tipo instalado en dicho ámbito, siendo preocupación continua del marco político gubernamental que esta prestación se lleve a cabo con la mayor eficiencia posible no sólo para la atención de dolencias y enfermedades sino también para las actividades de prevención y de contención física y psíquica de la población en general.

De los resultados que se obtengan, los funcionarios gubernamentales involucrados podrán obtener conclusiones válidas de lo que acontece en esta Institución de manera de evaluarlas para la instrumentación de las medidas que consideren prudentes disponer tendientes a lograr una franca actitud de mejora continua en busca de la calidad de los servicios generados de manera de que el paciente concurrente tenga fuerte confianza en su utilización y que lo atiendan como si estuviera en su casa.

El hospital público presta sus servicios en forma absolutamente gratuita y sus recursos surgen de los presupuestos nacionales, provinciales y municipales. En ellos se atienden los que no pueden acceder a ningún otro tipo de servicio, pero también lo hacen afiliados a obras sociales o, inclusive, los que tienen algún servicio de medicina privada.

En la autogestión es posible arancelar ciertas prestaciones y prácticas médicas ya que las obras sociales prepagas o sindicales deben resarcir al hospital público por las prestaciones

En la actualidad, dentro de los organismos estatales, ya subyace la idea de que no pueden prestar servicios de mala calidad y con un modelo de pérdidas continuas. Entonces ha surgido el sentimiento, la necesidad y el posicionamiento de que estas instituciones deban estar enfocadas en el servicio sin perder su configuración y función social, disponiendo de servicios de calidad con valores agregados a los usuarios (pacientes) y que los mismos

sean pagados en forma directa o con subsidiariedad en las personas de escasos recursos que permitan afrontar los costos reales y una rentabilidad que asegure la supervivencia, crecimiento y desarrollo de ella para beneficio de la misma comunidad.

Haciendo historia de sus orígenes como entidad sanatorial de mayor envergadura en la ciudad de Coronel Vidal, su creación data del Año 1913 (próximo a cumplir su centenario).

Citando a Juan Carlos Azzanesi (h)¹ cuenta sobre esta cuestión histórica:

“...Pero indudablemente la obra más significativa de aquella época progresista la constituyó el Hospital de Coronel Vidal cuyo edificio fue donado por la Señora Micaela Ugalde de Aristizábal, y, cuya piedra fundamental fue colocada el 06 de Enero de 1909 e inaugurado el 12 de Enero de 1913. Las autoridades, por su parte, cedieron el terreno para su ejecución encabezadas por el Intendente Beltrami y apoyado por todo el vecindario sin distinción de clases sociales. Esta obra constituye una satisfacción, además de proporcionar una tranquilidad no solo a la población de Coronel Vidal sino para todo el Partido de Mar Chiquita por el servicio humanitario que presta cubriendo además a los accidentes tan frecuentes a lo largo de los 75 kilómetros de la Autovía que atraviesa este distrito a los que se deben sumar otras rutas y caminos vecinales....”.

4.2. Modelo de Gestión de la Calidad Total:

El sistema de calidad en la gestión pública ha tomado como base el Modelo de gestión de la calidad total denominado “Modelo EFQM”² (European Foundation for Quality Management) de excelencia utilizado en Europa, siendo el más difundido en el ámbito empresarial e institucional.

Los criterios de excelencia de EFQM son:

- ✓ Liderazgo
- ✓ Las personas
- ✓ La política y estrategia
- ✓ Las alianzas y recursos
- ✓ Los procesos
- ✓ Los resultados en las personas
- ✓ Los resultados en los clientes
- ✓ Los resultados en la sociedad
- ✓ Los resultados claves

La interpretación teórica del modelo parte de que los procesos son los medios por los cuales la entidad utiliza el valor de sus empleados para producir unos resultados (en los clientes, en los empleados y en la sociedad).

Ellos son alcanzados por medio del liderazgo que, a través de unos procesos establecidos, conduce a una política y estrategia gestionando personas y que se sirve de los recursos y de las alianzas llevando finalmente a la excelencia en los resultados claves de la organización.

Liderazgo: Se pretende identificar cómo los líderes desarrollan y facilitan la consecución de la misión y la visión, conformando los valores necesarios para alcanzar el éxito a largo plazo implantando todo ello en la organización

mediante las acciones y los comportamientos adecuados estando implicado personalmente en asegurar que el sistema de gestión del mismo se genera en la realidad.

En las organizaciones del sector público, el papel de los líderes de ellas debe tener un rol diferenciado de los similares políticos.

La clave de este criterio está en conseguir un equilibrio entre los objetivos de carácter político y el grado en que se involucran los líderes en establecer y apoyar los objetivos orientados hacia los clientes (pacientes para el caso).

Estos líderes deben mostrar un conocimiento claro de los usuarios y sus necesidades específicas generando la capacidad de equilibrarlos con las exigencias políticas.

Aspectos a considerar del liderazgo:

- ✓ Desarrollo de la misión, visión, valores y ética que actúan como modelo de referencia dentro de una cultura de excelencia
- ✓ Implicación personal para garantizar el desarrollo, implantación y mejora continua del sistema de gestión de calidad de la organización
- ✓ Interacción con los clientes, partners y representantes de la sociedad
- ✓ Refuerzo de la cultura de la excelencia con el personal de la organización y motivación, apoyo y reconocimiento a ellos en su accionar diario
- ✓ Identificar y defender el cambio organizacional

Política y estrategia: Recoge la manera de implantar la misión y visión de la organización a través de una estrategia orientada a todos los grupos de interés y sustentada por políticas, planes, objetivos, metas y procesos relevantes.

La política y la estrategia deberán considerar la cultura interna de la organización, su estructura y operaciones a corto y largo plazo tomando en cuenta las prioridades y necesidades de clientes, comunidad y políticos así como la adecuación coherente de los procesos, planes, objetivos y metas.

Aspectos a considerar:

- ✓ Las necesidades y expectativas actuales y futuras de los grupos de interés que son el fundamento de la política y la estrategia
- ✓ La información procedente de las actividades relacionadas con la medición del rendimiento, investigación, aprendizaje, creatividad y las actividades externas relacionadas
- ✓ Desarrollo, revisión y actualización de la política y estrategia
- ✓ Comunicación y despliegue de la política y estrategia mediante una estructura de proceso clave
- ✓ Comunicación e implantación de la misma

Personas: Hace referencia al modo de gestionar, desarrollar y aprovechar el conocimiento y todo el potencial de las personas que componen la organización, tanto a nivel individual y de equipos como de la organización en su conjunto. También incluye la planificación de estas actividades en apoyo de la política y estrategia y del eficaz funcionamiento de los procesos.

En este criterio, se debe tener muy en cuenta la limitación relativa que tienen los organismos públicos para gestionar recursos humanos que siempre está supeditada al gobierno nacional, provincial y local. Por ello, es vital conocer los

límites impuestos de manera de generar el máximo rendimiento de los trabajadores dentro de esta conceptualización dada.

Aspectos a considerar:

- ✓ Los recursos humanos se planifican, gestionan y mejoran
- ✓ Los conocimientos y competencias del personal son identificados, desarrollados y sostenidos
- ✓ Implicación y asunción de responsabilidades por parte del personal de la organización
- ✓ Existencia de un diálogo entre las personas de la organización
- ✓ El personal de la organización es recompensado, reconocido y cuidado

Alianzas y Recursos: Está relacionado con la forma en que la organización planifica y gestiona tanto sus alianzas externas como sus recursos internos como soporte de su política y estrategia y del eficaz funcionamiento de sus procesos. En los organismos públicos existen evidentes limitaciones de carácter legislativo y de procedimientos que dificultan la asignación, gestión y obtención de recursos para la prestación de sus servicios disminuyendo ostensiblemente su capacidad para generar recursos suplementarios.

Aspectos a considerar:

- ✓ Gestión de las alianzas externas
- ✓ Gestión de los recursos económicos y financieros
- ✓ Gestión de los edificios, equipos y materiales
- ✓ Gestión de la tecnología
- ✓ Gestión de la información y del conocimiento

Procesos: Comprende el diseño, gestión y mejora por parte de la organización de procesos que son implementados en apoyo a su política y estrategia, logrando satisfacer totalmente tanto a sus clientes como al resto de los grupos de interés generando cada vez mayor valor.

Aspectos a considerar:

- ✓ Diseño y gestión sistemática de los procesos
- ✓ Introducción de las mejoras necesarias en los procesos mediante la innovación a fin de satisfacer plenamente a clientes y otros grupos de interés, generando valor agregado
- ✓ Diseño y desarrollo de los productos y servicios basándose en las necesidades y expectativas de los clientes
- ✓ Producción, distribución y servicio de atención de los productos y servicios
- ✓ Gestión y mejora de las relaciones con los clientes

Resultados en los clientes: Mide los logros obtenidos por la organización en relación con sus clientes externos.

Resultados en las personas: Evalúa los resultados logrados por la organización en relación con las personas que la componen.

Resultados en la sociedad: Se valora la incidencia de los aspectos relacionados con la actuación de la organización en la sociedad en el ámbito

local, provincial y nacional según resulte pertinente. Este criterio es el más destacado ya que está estrechamente relacionado como la misma razón de ser de éstas y también debido a que el papel fundamental del Estado es proveer satisfacción a la sociedad elevando la calidad de vida de las personas.

Resultados claves: Engloba las consecuciones de metas y objetivos que la organización está logrando con relación al rendimiento que ésta tenía planificado. Los resultados claves están orientados a cuantificar el grado de consecución de manera eficiente y eficaz de las metas y objetivos planificados a través de la prestación de servicios, inclusive los de carácter eminentemente políticos.

4.3. Premio Nacional a la Calidad en la Gestión Pública:

En nuestro país y en el ámbito del sector público, se encuentra conformada la Secretaría Técnica del Premio Nacional a la Calidad dependiente de la Oficina Nacional de Gestión Pública – Subsecretaría de la Gestión Pública – parte integrante de la Secretaría para la Modernización del Estado – Jefatura de Gabinete de Ministros – Presidencia de la Nación.

Entre sus objetivos más importantes se encuentra la evaluación de los casos que se presentan anualmente para el otorgamiento del Premio Nacional a la Calidad para el Sector Público³.

Ello se realiza en función a que dichas organizaciones estatales están enfrentando actualmente fuertes cambios con vistas a la mejora permanente de sus servicios a la sociedad.

La introducción de nuevas tecnologías informáticas y una nueva forma de hacer el gerenciamiento de ellas basadas en un enfoque en el usuario (paciente) hace que se produzca una fuerte transformación de las estructuras del Estado.

Para este objetivo, de Estado nuevo, moderno y con estándares de calidad a alcanzar es necesario que todos los integrantes, líderes y empleados se compenetren en la excelencia de su gestión.

Por ende, la gestión total de calidad, surge como una filosofía dentro de la cual se logran desarrollar técnicas de participación, de conocimiento y de satisfacción de las expectativas del ciudadano y de aseguramiento de los procesos y sistemas de calidad instalados.

4.3.1. Objetivos del premio:

Se destacan los siguientes objetivos para la entrega del premio:

- ✓ Promover el desarrollo y la difusión de los procesos y sistemas destinados al mejoramiento continuo de la calidad en la producción de bienes y servicios que se originan en el Sector Público Argentino
- ✓ Estimular y apoyar la modernización y competitividad de las organizaciones públicas para asegurar la satisfacción de las necesidades y expectativas de las comunidades

- ✓ Preservar el ambiente humano de trabajo y la óptima utilización de los recursos
- ✓ Promover la cultura de la calidad en todo el ámbito público para lograr un real aumento de la eficiencia y de la productividad del Estado en el marco de la reforma administrativa y así alcanzar la Calidad Nacional que identifique y distinga al país

4.3.2. Prácticas operativas:

Tomando como base el Modelo de Gestión de la Calidad Total, el sistema considera una serie de prácticas operativas para hacer realidad los principios vinculados a planificar los objetivos de calidad teniendo en cuenta el conocimiento del usuario y sus necesidades y/o expectativas, desarrollando productos y/o servicios que respondan a ellos, desarrollando procesos capaces de producir esas características, transfiriendo esos planes a toda la organización.

- ✓ Existencia de un liderazgo personal que respalde el proceso de calidad encarnando en el máximo nivel jerárquico de la organización y en el equipo de alta dirección
- ✓ Garantizar que toda la organización se oriente a la satisfacción de las necesidades y expectativas del usuario
- ✓ Planificar estratégicamente la instrumentación a corto y largo plazo de un proceso de calidad en toda la organización a partir de los objetivos de calidad
- ✓ Desarrollar clara información para medir el proceso de mejora iniciado pudiendo identificar las causas de la no calidad para hallar entre todos las soluciones
- ✓ Proveer recursos adecuados para el entrenamiento y reconocimiento a los empleados a fin de capacitarlos en el cumplimiento de sus tareas, reforzando sus actitudes positivas
- ✓ Fortalecer a los empleados para tomar decisiones y promover el crecimiento de los equipos de trabajo
- ✓ Desarrollar sistemas para asegurar que la calidad sea construida desde el comienzo y en todas las actividades

Citando al Ing. Armido Bonelli⁴, como autoridad de aplicación en el Premio Nacional a la Calidad en la Gestión Pública, en su introducción, dentro de las bases necesarias a cumplir para que un organismo estatal de cualquier nivel (nacional, provincial y municipal) pueda participar, expresa que, cuando la transformación ha ocurrido los resultados son con frecuencia sorprendentes: “Todos en la organización trabajan para mejorar la calidad de los bienes y servicios producidos y los procesos para generarlos a efectos de maximizar la satisfacción de los usuarios. Las organizaciones se vuelven más eficientes, todos se involucran en las diversas tareas y hay un gran espíritu de cooperación en la búsqueda de las metas comunes. Para que estos cambios se hagan realidad se debe contar con el pleno apoyo y participación del máximo líder con su equipo de alta dirección quienes llevan a cabo el gerenciamiento en la adopción de las expuestas prácticas operativas”.

Para comenzar con el esfuerzo de embarcarse la organización en el proceso de calidad, se requerirá que el líder se introduzca en los principios y la filosofía de ella realizando una planificación inicial y creando un Consejo de Calidad que examinará de manera sistemática los valores y tradiciones de la organización desarrollando sobre la base de la información provista por los empleados y la misión que tiene asignada, una visión del futuro en el cual se desea estar en los próximos años, observando el presente para determinar dónde está hoy ubicada en relación a la misma.

Los miembros de este Consejo hacen un compromiso formal con la adopción de la calidad y lo comunican a toda la organización.

Adoptando estas bases como punto de partida del diagnóstico de la situación actual organizacional del Hospital Público Municipal Eustaquio Aristizábal para luego sugerir cursos de acción a corto, mediano y largo plazo tendiente a desarrollar la gestión de calidad en esta unidad sanatorial, se procede a examinarla a través de distintos aspectos considerados como los criterios para la evaluación.

4.3.3. Criterios de evaluación:

Criterio 1: Liderazgo: Visión de la alta dirección de la organización acerca del proceso participando en su diseño y en la forma que transmite los valores al resto

Criterio 2: Enfoque en el usuario: Sistemas que utiliza la organización para conocer las necesidades y los requerimientos de los usuarios y los métodos para dar una respuesta rápida y eficaz desde la misma a aquellos

Criterio 3: Desarrollo del personal: Estimular el compromiso del personal involucrándolo en el proceso de calidad proporcionando la educación necesaria

Criterio 4: Información y análisis: Indicadores cuantitativos que se utilizan para conocer el avance del proceso de mejora de la calidad en toda la organización con delimitación del alcance de los datos y desde cuándo se utilizan

Criterio 5: Planificación: Integrar el proceso de mejora continua en la planificación global de la organización determinando los objetivos y metas en el corto, mediano y largo plazo

Criterio 6: Aseguramiento y mejora de la calidad: Formas y sistemas a implementar para asegurar la calidad de los bienes y servicios a prestar incluyendo el control a los proveedores

Criterio 7: Impacto en el entorno físico y social: Políticas que lleva a cabo la organización para que otros organismos inicien procesos de calidad con los recursos que le dedica a ellos. Preservación del medio ambiente y conservación de los recursos

Criterio 8: Resultados de la gestión de calidad: Indicadores numéricos o gráficos más representativos de los niveles que se alcancen en el mejoramiento de la calidad de los bienes y servicios que la organización produce

4.3.4. Desarrollo de los criterios de evaluación:

CRITERIO 1: LIDERAZGO: En este criterio se examina la participación directa del equipo de Dirección hacia la Gestión de Calidad de la organización. La participación directa involucra el desarrollo de acciones sustentables en el tiempo, independientemente de los cambios que puedan producirse en la conducción. Las acciones deben demostrar, además, el compromiso con la visión, misión, valores y prácticas de calidad.

En el liderazgo mediante el ejemplo y la práctica se especifican:

- ✓ Explicar cómo la Alta Dirección concibe, diseña y enfoca el proceso de calidad como un sistema integral orientado a la satisfacción del usuario interno, externo y la comunidad, la mejora continua, la participación del personal y la difusión de la cultura de la calidad
- ✓ Describir acciones que demuestren el estilo de liderazgo innovador, proactivo y participativo
- ✓ Describir cómo los valores de la organización son generados, compartidos, implementados y difundidos
- ✓ Demostrar cómo se relacionan estos valores con la visión y la misión de la organización, integrados con las expectativas de los usuarios y cómo se evalúa su grado de avance
- ✓ Describir cómo y cuántos recursos se asignan para facilitar el establecimiento del sistema de calidad de la organización
- ✓ Describir las acciones emprendidas a efectos de sustentar el enfoque hacia la calidad y asegurar la continuidad del sistema
- ✓ Describir el involucramiento del equipo de dirección en actividades tales como la incorporación de la calidad dentro de la planificación estratégica, despliegue de políticas, objetivos y metas de la calidad en toda la organización, revisión cuidadosa de los planes y avances en la calidad, dictado y participación en cursos y conferencias sobre el tema, participación en comités o equipos de trabajo de calidad, reconocimiento al personal por logros de calidad, asistencia a reuniones con usuarios y proveedores internos y externos, seguimiento de estadísticas de satisfacción del usuario, atención a las demandas de la comunidad, indicar el porcentaje de tiempo que dedica al equipo de dirección de la organización a este tipo de actividades, indicar la medición del desempeño del equipo de dirección en relación al sistema de gestión de la calidad y su planificación

En el liderazgo frente a los logros se destaca:

- ✓ La mención de casos concretos que demuestren el predominio de los valores de calidad e innovación por sobre los valores tradicionales
- ✓ La mención de cambios estructurales, antecedentes, hechos, etc., que demuestren la perseverancia y continuidad en el esfuerzo por lograr una cultura de calidad que haya sido inspirada por la alta dirección

CRITERIO 2: ENFOQUE EN EL USUARIO: Este criterio examina los esfuerzos de la organización para satisfacer o superar las necesidades y expectativas de sus usuarios actuales y potenciales. Examina la efectividad de los sistemas que la organización posee para detectar en forma integral y proactiva las expectativas de los usuarios.

En el conocimiento de los usuarios:

- ✓ Describir los sistemas y métodos utilizados por la organización para identificar a los usuarios, su perfil, necesidades, expectativas y nivel de satisfacción
- ✓ Describir la metodología empleada para medir la efectividad de los sistemas

Sistemas para mejorar el servicio al usuario:

- ✓ Describir los sistemas y métodos aplicados por la organización para brindar atención y responder efectivamente a los reclamos, quejas y sugerencias de los usuarios
- ✓ Describir cómo se analiza y utiliza la información remitida por los usuarios para mejorar la calidad de los productos y servicios
- ✓ Describir los procesos de selección, capacitación y asignación de responsabilidades del personal a cargo de la atención directa a los usuarios
- ✓ Describir la metodología empleada para medir la efectividad de los sistemas y métodos descriptos

CRITERIO 3: DESARROLLO DEL PERSONAL: Este criterio examina cómo la organización desarrolla, estimula y optimiza el potencial del personal en relación con los objetivos de calidad de la institución. A estos efectos, se analiza cómo participa y se involucra el personal en el proceso de mejora de la calidad en las cadenas de usuario-proveedor interno, en la generación del clima de trabajo, en la participación en la toma de decisiones, en la promoción de la creatividad y en la colaboración activa en la mejora de la organización, de sus procesos y de sus productos y/o servicios.

Participación eficaz del personal:

- ✓ Describir los métodos que utiliza la organización para facilitar la contribución del personal al logro de las metas de calidad dentro de su propia área con los usuarios y los proveedores tanto internos como externos
- ✓ Indicar cómo la organización estimula la participación del personal en el proceso de calidad en todos los niveles analizando las iniciativas del mismo y dando las respuestas respectivas
- ✓ Indicar las medidas específicas instrumentadas para incrementar la responsabilidad, autoridad y capacidad de los empleados para innovar y contribuir en la mejora continua
- ✓ Describir cómo la organización mide y mejora el grado de participación del personal en el sistema de gestión de calidad
- ✓ Describir los medios que utiliza la organización para difundir las metas, objetivos, resultados y cualquier otra información de interés al personal

Educación:

- ✓ Describir cómo se identifican las necesidades y se planifican las actividades de capacitación para la calidad en todos los niveles
- ✓ Describir cómo se implementa la planificación citada
- ✓ Describir cómo se evalúa la efectividad del proceso de capacitación y aprendizaje y qué medidas se aplican para mejorarlo

Desarrollo:

- ✓ Describir cómo se identifica el potencial y el perfil del personal
- ✓ Describir las estrategias y políticas aplicadas para fomentar el desarrollo del conocimiento y la aplicación de habilidades múltiples por parte del personal
- ✓ Describir la metodología que se utiliza para fomentar el progreso individual asociado a los objetivos de la organización

Desempeño y Reconocimiento:

- ✓ Describir los métodos empleados por la organización para medir el desempeño individual y grupal teniendo en cuenta su contribución a los objetivos y metas de calidad
- ✓ Describir cómo se reconoce o recompensa el buen desempeño y cómo se administran las oportunidades de mejora del personal
- ✓ Describir cómo se participa el personal en la definición de dichos métodos de medición y reconocimiento
- ✓ Describir cómo se evalúa y mejora la efectividad de los métodos mencionados

Calidad de vida en el trabajo:

- ✓ Describir cómo se crea y mantiene un ambiente de trabajo que genere un buen clima interno
- ✓ Describir las acciones desarrolladas para propiciar un ambiente interno de justicia, equidad y transparencia
- ✓ Describir los métodos y la frecuencia con que se determina la satisfacción del personal
- ✓ Describir de qué manera se implementan las acciones correctivas o preventivas en función del estado de satisfacción del personal
- ✓ Explicar las actividades realizadas para promover la participación de las asociaciones gremiales y profesionales en el proceso de calidad

CRITERIO 4: INFORMACIÓN Y ANÁLISIS: Este criterio examina los Sistemas de Información que el organismo utiliza para facilitar la toma de decisiones con énfasis en su utilidad, su eficacia y eficiencia. Se evalúa si los datos de los sistemas de información son adecuados para este propósito y el tipo de información de comparación o referencia (benchmarking) que el organismo utiliza como medio para mejorar su gestión.

Datos y Fuentes:

- ✓ Describir los datos e información que utiliza la organización con relación a sus usuarios, sus procesos de gestión, el desempeño de la misma y la satisfacción que brindan sus productos y/o servicios
- ✓ Describir las fuentes de donde provienen los datos e información que se utilizan para la planificación, administración y evaluación de los procesos de gestión

- ✓ Describir los criterios empleados para la selección de dichos datos e información, incluyendo los mecanismos que garanticen la protección, la consistencia, la oportunidad y la validez de los mismos
- ✓ Indicar la metodología de inserción de los datos e información seleccionada dentro del sistema de información operativa y del proceso de planificación estratégica
- ✓ Describir cómo la organización evalúa la efectividad de los sistemas de información (indicadores, sugerencias, auditorías, revisiones, etc.) y cómo asegura su mejoramiento

Análisis de la información:

- ✓ Describir los métodos de validación de los datos y de análisis de la información
- ✓ Describir cómo y con qué herramientas dentro de la organización (respecto de los usuarios, proveedores, personal, procesos de gestión y sociedad, de sus necesidades y requisitos, de la satisfacción que brindan sus productos y/o servicios, de sus desvíos frente a los planes y de las acciones preventivas y/o correctivas para corregirlos)
- ✓ Indicar cómo se utiliza la información de los resultados económicos y financieros con el propósito de mejorarlos
- ✓ Describir cómo la organización evalúa sus métodos de análisis de la información con el objeto de asegurar un proceso de mejoramiento continuo de los mismos

Información de referencia (benchmarking):

- ✓ Describir cómo se seleccionan las áreas en las que se efectuará el benchmarking y qué información utiliza como referencia para comparar y mejorar el propio desempeño respecto de otras organizaciones
- ✓ Realizado el benchmarking, describir cómo se utiliza la información obtenida para mejorar los procesos de gestión
- ✓ Describir cómo la organización evalúa sus métodos de benchmarking con el objeto de asegurar un proceso de mejoramiento continuo del mismo

CRITERIO 5: PLANIFICACIÓN: Este criterio examina el proceso de planificación de la organización y cómo se relacionan armónicamente los objetivos estratégicos, operativos, financieros y de calidad así como las metas a corto y largo plazo.

Planificación estratégica:

- ✓ Describir cómo se integran la visión, la misión, los valores y los objetivos estratégicos en dicha planificación
- ✓ Describir cómo se evalúan las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas de la organización con el objeto de incorporarlos a la planificación
- ✓ Describir cómo se utiliza la información generada por la organización en el proceso de planificación
- ✓ Describir el proceso de planificación estratégica incluyendo su elaboración, evaluación, aprobación, seguimiento, revisión, plazos y responsables del mismo

- ✓ Indicar de qué manera participa el personal, los usuarios y los proveedores en la elaboración del plan
- ✓ Describir las mejoras realizadas en el proceso de planificación estratégica

Planificación operativa:

- ✓ Describir cómo se traducen las estrategias definitivas en los planes operativos
- ✓ Describir el proceso y los sistemas de planificación operativa utilizadas en el ámbito de toda la organización y de cada una de sus unidades y/o departamentos e indicar cómo se integran e interrelacionan dichos planes entre sí teniendo en cuenta el contexto en el que se desarrollan
- ✓ Describir cómo se despliegan los objetivos de calidad en la organización y la forma en que se traducen los factores claves de calidad en planes y metas operativas
- ✓ Describir los planes operativas, detallando los presupuestos, responsables, fechas y frecuencias de revisión
- ✓ Indicar cómo se evalúa y mejora continuamente el proceso de planificación operativa

CRITERIO 6: ASEGURAMIENTO Y MEJORA DE LA CALIDAD: Este criterio examina los procesos utilizados por la organización para asegurar la calidad de sus productos y/o servicios y los de sus proveedores, así como la metodología empleada para evaluar la efectividad y mejora continua de dichos procesos.

Procesos generales:

- ✓ Identificar y describir sus procesos principales y de apoyo
- ✓ Describir cómo se diseñan, implementan y mejoran los procesos para cumplir con los requisitos de los usuarios
- ✓ Describir cómo se identifican las oportunidades de mejora de los procesos
- ✓ Describir cómo participan las áreas responsables de los procesos de apoyo en las actividades de mejora continua
- ✓ Describir cómo se miden los procesos, se les da seguimiento y se evalúa su efectividad, de forma tal de asegurar la calidad de los productos y/o servicios
- ✓ Describir a través de qué medios se documentan los procesos y cómo dichos documentos se utilizan para apoyar el aseguramiento y mejora de la calidad
- ✓ Describir cómo se reflejan en los documentos los cambios producidos en los procesos asegurando la no utilización de los obsoletos

Procesos especiales:

- ✓ Describir el proceso de resguardo del desarrollo tecnológico y administrativo generado
- ✓ Describir el sistema de diseño, rediseño e introducción de nuevos productos y/o servicios que la organización ofrece a sus usuarios
- ✓ Describir la forma en que las necesidades de los usuarios se traducen en requisitos del producto y/o servicio y cómo son documentados en especificaciones de diseño

- ✓ Describir cómo la organización evalúa la efectividad del sistema de diseño y cómo lo mejora en forma continua

Control de calidad:

- ✓ Indicar cómo y con qué frecuencia la organización se asegura que los procesos se encuentran conformes a las capacidades requeridas, así como también si los equipos e instrumentos de medición se hallan de acuerdo a las especificaciones previamente establecidas
- ✓ Indicar de qué manera se detectan las causas de los desvíos y se implementan las acciones correctivas y cómo se comunican los cambios a todas las unidades de trabajo integrantes del proceso
- ✓ Indicar de qué manera las conclusiones que surgen de las acciones de aseguramiento se traducen en acciones de prevención y mejora sobre los procesos, productos y/o servicios

Proveedores:

- ✓ Describir la forma en que se especifica, evalúa y asegura la calidad de los productos y/o servicios y procesos de los proveedores
- ✓ Describir los métodos y frecuencia que utiliza la organización para la evaluación, el desarrollo y el seguimiento del desempeño de los proveedores
- ✓ Indicar de qué manera la organización determina el número y tipo de proveedores incluyendo las acciones para su mejora y reconocimiento
- ✓ Indicar la forma en que la organización estimula y facilita que sus pequeños y medianos proveedores desarrollen sus propios sistemas de mejora especificando cuántos recursos dedica para el cumplimiento de dicho propósito

Evaluación del sistema de calidad:

- ✓ Describir cómo se evalúa el desempeño del sistema de calidad de la organización así como el cumplimiento de los objetivos de la calidad que se hubieran determinado
- ✓ Indicar la frecuencia, responsable de la administración y contenido del proceso de evaluación del sistema de calidad
- ✓ Describir cómo se asegura que los resultados de las evaluaciones son conocidos y difundidos hacia las áreas interesadas de forma tal de implementar las recomendaciones sugeridas
- ✓ Describir cómo se evalúa la confiabilidad de dicho sistema y cómo se mejora continuamente

CRITERIO 7: IMPACTO EN EL ENTORNO FÍSICO Y SOCIAL: Este criterio evalúa el compromiso de la organización y examina en qué medida extiende su esfuerzo de calidad a su entorno físico, social y económico a través de la conducta ética que pone de manifiesto a través de sus acciones, la difusión y promoción de la cultura de calidad en la comunidad, la preservación del medio ambiente y la conservación de los recursos y el cuidado de la seguridad y salud ocupacional de sus empleados.

Ética en la gestión:

- ✓ Indicar cómo se halla reflejado en la política de la organización el compromiso hacia una conducta ética

- ✓ Indicar cuáles son las normas éticas adoptadas por la organización y cómo se difunden las mismas
 - ✓ Describir cómo se estimula y evalúa el cumplimiento de dichas normas
- Difusión y promoción de la cultura de calidad en la comunidad:
- ✓ Indicar cómo se halla reflejado en la política de la organización el compromiso hacia la sociedad
 - ✓ Describir las acciones que la organización dedica para estimular a otros miembros de la sociedad a que desarrollen sus programas de mejora
 - ✓ Indicar cuándo se iniciaron estas acciones y qué programas desarrolla para incrementarlas y mejorarlas en el futuro
 - ✓ Cuantificar los recursos que asigna la organización a las acciones que realiza para estimular y facilitar dichos programas
- Preservación del medio ambiente:
- ✓ Indicar cómo se halla reflejado en la política de la organización el compromiso hacia la preservación del medio ambiente describiendo los objetivos y metas respectivos
 - ✓ Describir la estructura organizativa puesta al servicio del sistema de cuidado del medio ambiente
 - ✓ Describir los programas, proyectos y tecnologías utilizados o planeados para prevenir o evitar accidentes o incidentes de contaminación y minimizar el riesgo de producir daños al medio ambiente
 - ✓ Describir el modo en que la organización se asegura que se cumplen las exigencias de las normas jurídicas relacionadas con el medio ambiente
 - ✓ Describir cómo la organización estimula y capacita al empleado para su participación en la implementación de los programas y proyectos ambientales
 - ✓ Cuantificar los recursos que asigna la organización a las acciones que realiza para estimular y facilitar dichos programas
 - ✓ Describir cómo se difunden hacia la sociedad la política y las acciones de la preservación del medio ambiente y se incentiva el aporte de sugerencias
 - ✓ Describir cómo se evalúan y mejoran el sistema y los programas de preservación del medio ambiente
- Sistemas de gestión de seguridad y salud ocupacional:
- ✓ Indicar cómo se halla reflejado en la política de la organización el compromiso hacia la seguridad y salud ocupacional describiendo los objetivos y metas respectivos. Difusión
 - ✓ Describir la estructura organizativa puesta al servicio del sistema de gestión de seguridad y salud ocupacional
 - ✓ Describir los programas, proyectos y tecnologías utilizados o planeados para prevenir o evitar accidentes o incidentes de seguridad
 - ✓ Describir el modo en que la organización se asegura que se cumplen las exigencias de las normas jurídicas relacionadas con la seguridad y salud ocupacional
 - ✓ Cuantificar los recursos que asigna la organización a las acciones que realiza para estimular y facilitar dichos programas

- ✓ Describir cómo la organización estimula y capacita al empleado para su participación en la implementación de los programas de seguridad y salud ocupacional
- ✓ Describir cómo se evalúan y mejoran el sistema y los programas de seguridad y salud ocupacional

CRITERIO 8: RESULTADOS DE LA GESTIÓN DE CALIDAD: Este criterio examina el sistema utilizado para evaluar las tendencias medir los resultados obtenidos en la gestión de calidad, seguridad, productividad y los aspectos económicos y financieros relacionados a los procesos, productos y/o servicios. Examina también en qué medida los resultados son consecuencia de la aplicación de los criterios anteriores. Evalúa de qué manera los indicadores cuantitativos y cualitativos reflejan las necesidades y expectativas de los usuarios y de la comunidad así como los objetivos de la institución. Analiza los resultados concretos de los indicadores y las tendencias y su comparación con los obtenidos por otras organizaciones semejantes.

Resultados obtenidos en la satisfacción de los usuarios:

- ✓ Describir los indicadores y exponer los resultados obtenidos
- ✓ Proporcionar datos numéricos verificables de todos ellos así como los gráficos de tendencias, tablas y cuadros claros y específicos de los tres últimos años
- ✓ Describir las causas y las acciones correctivas implementadas para los niveles y tendencias menos favorables

Resultados obtenidos en la mejora del bienestar, la satisfacción, el desarrollo, el compromiso y el reconocimiento del personal:

- ✓ Describir los indicadores y exponer los resultados obtenidos
- ✓ Proporcionar datos numéricos verificables de todos ellos así como los gráficos de tendencias, tablas y cuadros claros y específicos de los tres últimos años
- ✓ Describir las causas y las acciones correctivas implementadas para los niveles y tendencias menos favorables

Resultados operativos obtenidos en la mejora de los resultados económicos-financieros, en la calidad de los productos y/o servicios, en la productividad y en los procesos principales, en la calidad de los servicios de apoyo y en la calidad de los proveedores y su desarrollo:

- ✓ Describir los indicadores y exponer los resultados obtenidos
- ✓ Proporcionar datos numéricos verificables de todos ellos así como los gráficos de tendencias, tablas y cuadros claros y específicos de los tres últimos años
- ✓ Describir las causas y las acciones correctivas implementadas para los niveles y tendencias menos favorables

Resultados obtenidos de la responsabilidad social del organismo con respecto al entorno físico y social:

- ✓ Describir los indicadores y exponer los resultados obtenidos
- ✓ Proporcionar datos numéricos verificables de todos ellos así como los gráficos de tendencias, tablas y cuadros claros y específicos de los tres últimos años

- ✓ Describir las causas y las acciones correctivas implementadas para los niveles y tendencias menos favorables

Notas Bibliográficas:

- 1.- Juan Carlos Azzanesi (h) (2004) “Orígenes del Partido de Mar Chiquita” Departamento de Publicaciones e Impresos – Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires
- 2.- European Foundation for Quality Management (1999) “Modelo EFQM de Excelencia” EFQM Bruselas, Bélgica
- 3.- Premio Nacional a la Calidad para el Sector Público – Sub Secretaría de la Gestión Pública – Dirección Nacional de Organización – Secretaría Técnica del Premio Nacional a la Calidad para el Sector Público – Secretaría para la modernización del Estado – Jefatura de Gabinete de Ministros – Presidencia de la Nación
- 4.- Armido Bonelli (2005) “Premio Nacional a la Calidad-Bases para el Sector Público” Secretaría Técnica del Premio Nacional a la Calidad, Argentina

TERCERA PARTE: LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN

CAPÍTULO 5

CRITERIO 1 DE DIAGNÓSTICO: EL LIDERAZGO

Robert L. Sutton: “Los mejores líderes acostumbran reconocer a su gente más mérito del que quizá tiene y cuando un líder actúa así, siempre gana”



5.1. DIAGNÓSTICO: CRITERIO 1: LIDERAZGO:

El Director del Hospital, a la vez que es la cabeza de la organización y su líder natural, es el gran coordinador de todas las acciones.

Como responsable de todo, es el celoso guardián no solamente del bien material de su dotación, de su presupuesto, sino de la calidad técnica y condición humana de todos los trabajadores.

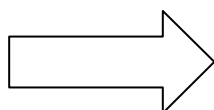
Se halla al frente de la vigilancia y control de la institución previendo fallas y con su presentación, la corrección oportuna conociendo con claridad los costos que ello conlleva.

En el andar diario, desde el ingreso del paciente hasta su egreso del hospital, transcurren una serie de etapas que exigen cuidadosa y acertada intervención de quienes en pasos sucesivos deben asumir la correspondiente responsabilidad sin poder determinarse cual actividad es más importante que la otra, dado a que el equipo profesional debe responder adecuadamente para regularizar la alteración física motivo de la hospitalización o concurrencia del mismo a dicha unidad médica, comprometiendo esfuerzos, conocimientos, destrezas, habilidades y ética en pos de ello. Es allí donde surge la responsabilidad del Director administrando no solo la oportuna disponibilidad de los recursos físicos, materiales y humanos sino que coordinando, también, la intervención más acertada, tomando en cuenta los resultados inmediatos y mediatos.

En síntesis, debe volcar todos los esfuerzos de la organización para lograr la plena satisfacción del paciente.

La labor multifacética de la Dirección exige preparación integral, gran capacidad de liderazgo, aplicación de la más exigente lógica, sentido común, habilidad, iniciativa, autoridad, serenidad, sensatez y ética incuestionable.

DIRECTOR
DE
HOSPITAL



LÍDER
INNOVADOR
ORGANIZADOR
PLANIFICADOR
EJECUTIVO
EJEMPLO

Pudiendo equiparar al Director como Gerente, Administrador o Líder del Hospital y citando a Charles Knight¹ quien definió las “Reglas de Oro” para esta función, podemos identificar los aspectos cumbres que debe tenerse en cuenta en ello:

- 1) Saber ordenar prioridades
- 2) Jamás delegar lo esencial
- 3) Exigir mucho
- 4) Actuar rápido
- 5) Informarse bien
- 6) Comprometerse
- 7) No ocuparse sino de lo posible
- 8) Saber perder
- 9) Ser justo y decidido
- 10) Gozar del trabajo

En este mismo sentido, se pueden agregar estos otros cuatro elementos adicionales a saber de necesidad para el desarrollo de un Director o Líder:

- 1) Ser un estratega global que domine en el tiempo y en el espacio el entorno desde lo político hasta lo estratégico, la estructura como sujeto permanente al cambio y la administración y desarrollo del recurso humano
- 2) Un maestro de la tecnología
- 3) Un maestro de la política
- 4) Un líder

El Director es el representante legal y máxima autoridad dentro del hospital y como tal, es su vocero oficial, siendo, por ello, la cabeza visible ante las distintas autoridades de entes oficiales o particulares, contratistas o afiliadas a los servicios que presta la entidad, sindicatos o autoridades de salud.

Por lo tanto, frente a su equipo de trabajo, debe buscar su apoyo, confianza y respaldo con base en trabajos que deriven resultados satisfactorios combinados con una permanente comunicación de las actividades o decisiones más importantes que se lleven a cabo con el objeto de mostrar en detalle cómo los procedimientos se planean y ejecutan con transparencia moral, eficiencia, eficacia y economía.

Por ende, el Líder no puede improvisar: Debe proponer políticas y presentar propuestas completas y sustentadas de necesidades y soluciones que impliquen cambios e innovaciones tecnológicas y administrativas, la creación o ampliación de nuevos servicios, fusión o supresión de otros por avances científicos, sistemas para mejorar el bienestar de pacientes, familiares, funcionarios del hospital, proveedores, etc., así como nuevas formas de atención y desarrollo, modificaciones legales y demás avances necesarios para mantener el hospital dentro de las modernas tecnologías con clara proyección a futuro.

En su faz personal, el buen Director es el líder, caudillo, orientador, conductor o jefe natural del hospital con autoridad por su capacidad de convicción.

Para enlazar el hospital y el área social de influencia, corresponde a este funcionario líder estrechar los vínculos de mutua ayuda logrando que el hospital sea mirado como una organización activa, patrimonio de la comunidad en la cual el director es un coordinador que se comunica en términos claros, sencillos y lógicos cuyas ideas se plasman en corto tiempo en hechos, en obras que benefician real y significativamente a la población.

5.1.1. Funciones del Líder:

En las actividades dentro del hospital, el director debe administrar los recursos humanos requiriendo tener en cuenta los siguientes aspectos conforme a lo que expresa Gabriel Pontón Laverde² en la obra “Administración Hospitalaria”:

- a) **Coordinación:** Es un coordinador de personas, esfuerzos, grupos, actividades, tecnologías, etc., con un manejo moral y profesional de las relaciones humanas que induzca a la actividad y despierte permanentemente la solidaridad de suerte que comprometa a todo el personal del hospital con la filosofía, las estrategias, las metas y objetivos a alcanzar
- b) **Mejoramiento de la calidad de los funcionarios:** El director debe ser un maestro nato que promueva e innove constantemente los programas de capacitación en las áreas médicas, paramédicas y administrativas con el fin de desarrollar grupos de trabajo más eficientes y responsables, donde exista un sentido claro de delegación de funciones, que permita surgir al personal joven como reconocimiento de sus calidades y méritos. Tiene que estimular permitiendo la crítica constructiva (cuestionamiento amplio y profundo del status quo) ofreciendo soluciones eficientes, reales y fáciles de implementar
- c) **Mantenimiento de la incentivación al personal:** Debe reconocer las cualidades reales de las personas, de su calidad de trabajo y el entusiasmo con que desarrollan las tareas que le son propias sin perder de vista el comportamiento habitual del grupo de manera de poder generar incentivos de tipo extrínsecos (recompensas) e intrínsecos (satisfacción grupal o individual espiritual). Cabe destacar que en toda organización formal existe otra informal que se aglutina de diversas formas alrededor de los jefes naturales. Su consideración importa descubrirlos, exaltarlos, guiarlos y apoyarlos si con ello facilita el logro de los objetivos de la institución o dirigirlos para que su influencia se convierta en factor de motivación trascendente que beneficie a sus trabajadores y pacientes
- d) **Manejo del personal:** La unidad de mando en la persona del director es indispensable para que sea él quien tome las decisiones con cautela, personalidad y oportunidad. Si no la hubiere, no existiría una buena administración generando mayor anarquía ya que un mando débil, indeciso o pusilámne hace que la capacidad decisoria se traslade a los

jefes intermedios ávidos de poder, lo que puede provocar la división en feudos que lleven a ineficiencias, envidias, injusticias, etc. Otra consideración es que el director debe producir el cumplimiento de las normas establecidas en el hospital anticipándose a los problemas y buscando resolverlos sin perder de vista el beneficio común

- e) **Administración de la asistencia médica:** Es labor del director proponer modificaciones de políticas específicas en la asistencia médica (claras, normalizadas y actualizadas) en concordancia con los cambios operados tanto en la tecnología médico-científica como en la morbilidad propia de la comunidad a la que se atiende y el progreso mismo del hospital. Por ello, será indispensable pasar revista o visitar a los médicos en sus consultorios o servicios, a los pacientes en las salas de espera para consulta o exámenes de diagnóstico o en sus habitaciones hospitalarias y a los familiares no solo con el fin de controlar las actividades sino también con el sentido de incrementar la relación médico-paciente y dar ejemplo sobre el cumplimiento de las normas establecidas liderando su accionar
- f) **Administración de la docencia e investigación:** El director debe evaluar los programas en sus diferentes niveles tanto desde el punto de vista pragmático como ético y humanitario de manera de desarrollar los programas especiales implementados en esta área manteniendo a su cuerpo médico actualizado
- g) **Administración y finanzas:** El área administrativa y financiera del hospital tiene como función específica apoyar el desempeño del cuerpo médico en la atención de pacientes. Los hospitales que invierten esta relación se tornan ineficientes y pierden su objetivo social. Por ello es importante contar con normas, prioridades y procedimientos en cada una de las actividades de manera de generar eficiencia en la acción. Un buen desempeño administrativo parte de establecer directrices para programar, presupuestar, adquirir, almacenar, suministrar y cancelar los bienes y servicios que consume dentro de un tiempo oportuno y a costos razonables. En este punto, debe diferenciar la eficiencia en la producción de los productos intermedios en cuanto a las hospitalizaciones, comidas, pruebas de laboratorio, radiografías, intervenciones quirúrgicas, gestión en general, etc., de la eficacia en la utilización de los mismos en la producción de los productos finales (partos, atención de enfermedades, etc.) así como también la importancia de convertir eficientemente las materias primas (trabajo, materiales, equipo) en productos intermedios que obedecen a órdenes médicas ya que si éstos se solicitan inadecuadamente o en forma ineficaz, se habrán malgastado los recursos

En síntesis, el director debe ser consciente que es la máxima autoridad y ello en forma permanente, constante porque es la persona que cataliza la unidad de mando y la autoridad que da estabilidad a la organización siendo ejemplo de

disciplina y trabajo, de ética y liderazgo que utiliza permanentemente las herramientas de la administración moderna para evaluar y juzgar las actividades del hospital, revisando sus resultados, identificando las verdaderas necesidades, corrigiendo los errores, reprogramando las actividades y efectuando las reorganizaciones formales e informales que se requieran.

Para mejorar la calidad de la atención médica, debe propiciar el incremento de la eficiencia de los diferentes jefes con entrenamiento o con cambios buscando que se conviertan en especialistas calificados y gerentes en sus áreas así como en verdaderos asesores del director, poseedores de gran capacidad, autoridad y responsabilidad. En esta forma, el director es la persona que integra los esfuerzos, respetando los conocimientos, calidades y debilidades de cada jefe y de cada especialidad.

5.2. Caso del diagnóstico: Liderazgo:

Actualmente y por decisión del Intendente Municipal Don Jorge Paredi, el Dr. Jorge Scala es el Director del Hospital siendo que también ocupa el cargo de Secretario de Salud del Municipio del Partido de Mar Chiquita por lo que también tiene a su cargo la coordinación y el andamiaje de todas las unidades médicas asistenciales radicadas en su geografía repartidas entre las existentes en Santa Clara de Mar, Mar de Cobo, General Pirán, Vivoratá, Mar Chiquita, entre otras.

Por ello, su acción como Líder de esta organización denominada Hospital Público Municipal Eustaquio Aristizábal, se encuentra sumamente limitada y restringida por esta determinación, ya que dispone de un doble cargo que ocupa, en sus amplias dimensiones, desde hace más de tres años.

En el análisis de la acción de Liderazgo del Director del Hospital en su actividad surge una primera limitación muy clara vinculada a su doble función de cargo compartido con el de Secretario de Salud de la Municipalidad de Mar Chiquita.

El hecho de ejercer este puesto de nivel superior que implica la coordinación de todas las unidades sanitarias de este partido geográfico genera una seria restricción en su actuación como Líder del Hospital Eustaquio Aristizábal, por su implícita ausencia de las funciones propias atento a que debe cumplir su otro rol en los distintos centros asistenciales y como representante en el área de salud del ente gubernamental a nivel provincial, así como también la obligada delegación de tareas y de responsabilidades que eso genera sin la capacitación dispuesta para ser obtenida para el personal que recibe esta nueva funcionalidad derivada.

En este aspecto, se observa que el Dr. Scala ha sido muy consciente de ello y de sus expresiones siempre ha surgido la idea de que se esfuerza doblemente para lograr alcanzar ciertos objetivos planteados por la Intendencia tanto a nivel de Secretario de Salud como de Director de este nosocomio aunque reconozca implícitamente que sus impulsos no alcancen para dispensar una eficiente y eficaz labor como Encargado de la Administración del mismo.

Dejando de lado por un momento esta severa restricción y dirigiendo la mirada a su acción de Director, se vislumbra de la entrevista que a continuación se expone y de sus acciones, una fuerte idea de prestar servicios eficaces y continuos a los pacientes que concurren al mismo.

Por un lado, se han llevado a cabo bajo su dirección una serie de arreglos edilicios que han buscado a tender a modernizar la atención sanitaria.

Se dispensó en ello la idea de que los pacientes se encuentren más cómodos en las salas de espera de las consultas ambulatorias ubicando asientos en bloque en distintos sectores para su utilización.

En el mismo sentido, también se mejoraron y ampliaron las habitaciones pertenecientes a Pediatría para mayor comodidad de las madres de los recién nacidos y con una disposición de infraestructura que permite estar ubicado en un sector único lejano del resto de las internaciones, tanto de la sala de preparto como de parto.

En el aspecto de capacitación al personal de trabajo, ha favorecido e instado al mismo para participar activamente de los cursos que ha dictado la Provincia en forma general y de algunos organizados por la Comuna tendientes a profundizar conocimientos para los casos del personal paramédico (enfermeros, asistentes de laboratorio, farmacia) como algunos propios generados en materia de administración o de limpieza y mantenimiento.

Es de destacar que en todo momento el Director del Hospital ha manifestado su entendimiento y comprensión de la necesidad de que la unidad sanatorial pueda desarrollar su acción bajo un proceso de calidad como un sistema integral orientado para la satisfacción del usuario interno y externo, con plena participación del personal de trabajo y la difusión de la cultura de la calidad.

En la entrevista producida remarca su conciencia de que se trabaja para la comunidad como una unidad prestadora de servicios y con la consigna de la participación activa del personal de trabajo que contacta diariamente a los pacientes.

Sin embargo, el hecho de trabajar en el día a día y en la doble función antes expresada, lo inhibe de generar actividades que demuestren su liderazgo innovador y proactivo. Más bien, todo lo contrario: Su actitud de desarrollo denota “la acción reactiva” frente a los problemas que se presentan y sin conformar una planificación.

No hay una misión escrita como tampoco una visión: De lo expresado por su Director en su alocución y que es compartido por el resto del personal de trabajo, surge una misión no escrita de “servir a la comunidad marchiquitense” en la prestación de la salud, muchas veces no solo terapéutica sino también psíquica.

En el liderazgo no se advierte que los valores que tenga la organización sean generados, compartidos, implementados y difundidos. Sin embargo, el “don de gente” que muestran todos los usuarios internos es casi compartido al unísono y sostenido con ahínco por el Director como herramienta destacada en la prestación del servicio a la comunidad. Este valor es claro y podría redundar en generar una misión y visión que pueda servir de “leit motiv” para el funcionamiento del hospital en un todo así como para remarcar valores y costumbres existentes de hecho en el equipo de trabajo. Hoy no está en discusión el tema desde la jerarquía aunque es palpable que lo reconoce como aspecto a desarrollar prontamente.

Siguiendo la evaluación de los conceptos que deben tenerse en cuenta en este criterio, no hay recursos asignados para facilitar el establecimiento del sistema de calidad de la organización, ni hay generado acciones para sustentar ese

enfoque ni que la dirección tienda a incorporar metas de calidad dentro de la planificación estratégica con despliegue de políticas, objetivos y planes en esa dirección.

Al momento de permitir la concreción de esta tarea de diagnóstico por parte del autor de este texto, se infiere que el Dr. Scala sí ha reconocido esta necesidad y pretende asumir esta acción como un puntapié de inicio de esta labor que supone una mirada de largo plazo aunque lo motiva de que este hito sumado a que en el Año 2013 el Hospital cumplirá su primer centenario, puedan convertirse en hechos de trascendencia para que con políticas a implementar en el corto y mediano plazo, pueda arribarse a un porvenir que implique que este nosocomio sea un ejemplo a imitar por su acción de plena satisfacción en la prestación de servicios sanitarios a la comunidad.

Como antes se hubiera citado, el liderazgo ha promovido la concreción de cursos de entrenamiento y capacitación del personal paramédico con mucho entusiasmo pretendiendo lograr que la escuela “sea el semillero” de nuevos profesionales en esta materia que vayan surgiendo de ella hacia el área de trabajo.

A su vez no se advierten reconocimientos al personal por logros de calidad ni tampoco se han llevado a cabo reuniones grupales tendientes a convalidar acciones conjuntas de los usuarios internos y externos y los proveedores de la organización.

Prácticamente es nulo el porcentaje de tiempo que el Director dedica a la organización para este tipo de actividades: Se encuentra subyugado en los problemas de concurrencia habituales y propios de su desarrollo lo que no le permiten generar una atención en este sentido. Las reuniones dispensadas para atender esta requisitoria presentada en este documento le han producido el interés de generar acciones en esta dirección pero no todavía en la medida de lograr disponer de un tiempo determinado para ello máxime la citada limitación de su doble función de Secretario de Salud y Director del Hospital.

En la evaluación de los logros, no se observan actos palpables organizados tendientes a demostrar la aplicación o el predominio de los valores de calidad e innovación por sobre los valores tradicionales o la concreción de cambios estructurales que demuestren la perseverancia y continuidad en el esfuerzo por lograr una cultura de calidad que haya sido inspirada por la alta dirección: Solo puede destacarse que comprende y entiende su existencia y observa posible desde su propia impronta, su implementación en la medida que pueda disponer del tiempo de trabajo completo en su cargo de Director para llevar a cabo una labor sostenida en el tiempo verificándose como razonable su posición ya que la misma literatura del tema entiende como de obligatoria necesidad que los funcionarios jerárquicos actúen contundente y palpablemente en la dirección e implementación de los conceptos de calidad.

A continuación, se incluye la entrevista personal que mantuviera el autor de esta obra con dicha persona para conocer en detalle aspectos personales, académicos y de su vínculo de interacción en la función de Director del nosocomio.

5.2.2. Entrevista al Líder:



Esta conversación, entre las tantas que ha tenido el autor con esta persona desde el inicio de este trabajo hasta su finalización, se produjo dentro de un ámbito distendido y sumamente cordial en su despacho de trabajo.

Su rostro y disposición, siempre afable y de amabilidad, con mate de por medio, y celular de continuo funcionamiento, denotan a un médico dirigente consustanciado con sus labores del día a día pero a sabiendas que la mirada a futuro también importa y que esta entrevista tenía, en gran parte, esta conceptualización.

A continuación se incluye la misma en toda su extensión:

Sergio Juric: Dr. Scala: Desde cuándo ejerce la profesión de médico y en qué especialidad?

Rta.: Recibido de Médico en la UNLP (Universidad Nacional de La Plata) en el año 1982.

S.J.: Cuándo asumió sus funciones de Director del Hospital Municipal Eustaquio Aristizábal? Por qué se decidió a asumir este cargo? Cómo se lleva a cabo el proceso de selección de la función de Director en la Municipalidad del Partido de Mar Chiquita?

Rta.: La primera vez que asumo funciones como Director del Hospital se produjo en el año 1993. La segunda vez, se concretó en el año 2000 y desde el año 2007 en esta gestión política institucional. La decisión de aceptar esta última vez la tarea ejecutiva fue por sumarme a un equipo de trabajo que se propone mejorar la salud pública en Mar Chiquita (hechos que se han evidenciado más concretamente sobre todo a partir del año 2003). Los cargos ejecutivos en la Municipalidad son políticos, o sea, que los designa el mismo Intendente.

S.J.: Qué papel entiende usted que juega ser Director de este Hospital frente a los pacientes, el personal de trabajo y la misma comunidad del Partido de Mar Chiquita?

Rta.: Primero es una tarea de gestión. No puede separarse la función ejecutiva de la asistencial. En nuestro medio, el médico no deja de serlo por tener funciones agregadas. Hay también una tarea de docencia en el trabajo.

S.J.: A su criterio: Cuáles son los factores para hacer que el Hospital pueda cumplir con las expectativas que en materia de salud y prevención genera en la población de este distrito geográfico?

Rta.: Aumentar, mejorar y/o jerarquizar los servicios ofrecidos. Hacerlos accesibles a toda la población.

S.J.: Qué estrategia ha desarrollado en sus funciones de líder en cuanto a servicios hospitalarios a brindar a la comunidad? Se han cumplido esas metas? Qué le ha faltado?

Rta.: Se comenzó esta última gestión prestando especial importancia a los aspectos de infraestructura y de servicios, dotando al Hospital de mejores instalaciones para el desarrollo de las tareas. Actualmente, sin descuidar los aspectos edilicios y de servicios, se está prestando especial atención a mejorar e incrementar el recurso humano, una falta, atribuible a la suma de tareas (posiblemente) y a recursos humanos también sobrecargados de trabajo, a más de la deficiente formación de cuadros intermedios que colaboren con la gestión.

S.J.: Qué políticas de innovación ha intentado implementar durante su acción? Qué resultados ha obtenido?

Rta.: Desde la dirección política de la gestión, orientada por nuestro Intendente, se ha puesto los esfuerzos de todo el equipo de salud en hacer más accesible la salud a toda la población. Se trabaja día a día en ello. Reconocemos errores y aciertos y se trabaja permanentemente en solucionar los primeros.

S.J.: Para usted: Cuáles son las cinco fortalezas y debilidades que tiene el hospital en su desarrollo diario?

Rta.: Fortalezas: El personal, sin el que ninguna tarea sería posible y su capacitación. La edad promedio del mismo, que es baja, por ser egresados recientes de las carreras de enfermería que esta gestión ha implementado. Otra fortaleza: La voluntad y compromiso hacia el trabajo que demuestra la mayor parte del personal. Debilidades: superposición de tareas, por falta de personal en sectores varios, desde ejecutivos hasta de servicios. Lo anterior hace que se evidencie una falta de contacto frecuente entre el personal y los directivos. También, todavía falta considerarse aspectos edilicios que aún requieren mejorarse. Otra debilidad: En algunos sectores, muy acotados, se verifican actitudes de maltrato (poco frecuente y puntual, afortunadamente) hacia los usuarios del servicio.

S.J.: Cuáles son las especialidades médicas que el hospital brinda a la comunidad? Cuáles entiende que deberían agregarse? Los servicios brindados satisfacen plenamente a los pacientes que concurren al mismo?

Rta.: Las especialidades médicas ofrecidas son: Clínica Médica, Cardiología, Cirugía General, Pediatría, Ortopedia, ORL, Kinesiología, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología, Oftalmología, Diagnóstico por Imágenes, Urología, Psiquiatría y Psicología. De las especialidades que podrían agregarse, menciono, por ejemplo Cirugía Laparoscópica y artroscópica. Seguramente, si hubiera mayor

frecuencia de algunas especialidades, mejoraría la satisfacción de los pacientes. Se está evaluando continuamente según la estadística mensual.

S.J.: Qué acciones comunitarias fuera del ámbito propio de servicios hospitalarios lleva a cabo la entidad sanatorial?

Rta.: Se realizan acciones de capacitación comunitaria, charlas en las escuelas así como visitas por equipo multidisciplinario a establecimientos escolares rurales para el control de la salud. También se difunde en los medios de comunicación locales informaciones de salud por campañas nacionales o provinciales, etc.

S.J.: A su criterio y dada su actual inexistencia, cual entiende usted que es la visión, la misión, los valores y los objetivos que debe tener este Hospital?

Rta.: No hay una misión escrita! Sin embargo se comparte la consigna de que el Hospital sea una entidad referente de la sociedad marchiquitense y un lugar de encuentro donde se pueda atender a la gente y que trasciende la salud física. Un lugar de encuentro!

S.J.: Qué contacto comunicacional lleva a cabo como Director del Hospital frente a su grupo de trabajo?

Rta.: El contacto es el diario y personal. Seguramente es una de las falencias la falta de contacto grupal, para dar directivas de trabajo y escuchar opiniones e inquietudes de los integrantes del equipo.

S.J.: Realiza usted mediciones de funcionamiento y de cumplimiento de objetivos en su grupo de trabajo?

Rta.: No en forma reglada.

S.J.: Qué políticas de conocimiento de labores, desarrollo y capacitación se han implementado con respecto al personal de trabajo?

Rta.: Como conocimiento de tareas que se desarrollan, se utiliza el contacto diario con las personas encargadas de supervisión de los distintos grupos. Se estimula al personal a desarrollar las distintas capacitaciones ofrecidas desde el ámbito oficial.

S.J.: A su criterio: Cuáles son los valores fundamentales que debe tener un Director de Hospital Municipal?

Rta.: Funciones de liderazgo y guía en las acciones de trabajo. Planificación estratégica.

S.J.:Cuál es el vínculo que tiene el Hospital Municipal con la misma Municipalidad del Partido de Mar Chiquita? Tiene contacto directo con el Intendente Municipal? A nivel actual de los gastos que tiene el hospital? Cómo se financian? De dónde provienen los ingresos?

Rta.: El contacto es diario y permanente. Se tiene contacto directo y fluido con el Intendente, quien se interesa continuamente por el funcionamiento de los

Centros de Salud. Los gastos del Hospital se financian con presupuesto municipal.

S.J.: Qué expectativa tiene en el futuro inmediato para el desarrollo de acciones del Hospital frente a sus pacientes y la comunidad? Y en el futuro mediato?

Rta.: Aumentar progresivamente las acciones de promoción y prevención de la salud. Mejorar paulatinamente los aspectos edilicios para dar también mejor confort a pacientes y equipo de salud.

S.J. Cuáles son los planes a corto, mediano y largo plazo que tiene en mente instrumentar en el Hospital para el logro de sus objetivos? Con respecto al grupo de trabajo?

Rta.: Continuar brindando posibilidades de capacitación al personal así como comenzar en el año 2011 con una nueva carrera de Tecnicatura Superior de Enfermería (la 4^º) para poder realizar oportunamente el recambio lógico de la especialidad por jubilaciones o bajas de otro origen. También, la ampliación de Consultorios externos y sectores de servicios, dado que el constante aumento de oferta de especialidades así lo requieren.

Muchas gracias por su amable atención!!

Notas Bibliográficas:

- 1.- Extraído por Jean Paul Sallenave (1992) "Gerencia y Planeación Estratégica" Editorial Norma Bogotá, Colombia
- 2.- Gabriel Pontón Laverde (2008) "Administración Hospitalaria" Editorial Médica Panamericana Bogotá, Colombia

TERCERA PARTE: LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN

CAPÍTULO 6

CRITERIO 2 DE DIAGNÓSTICO: ENFOQUE EN EL PACIENTE

B. Booms & M. Bitner: “La intangibilidad de los servicios condiciona que su grado de calidad dependa de la percepción y evaluación de los clientes”



6.1. DIAGNÓSTICO: CRITERIO 2: ENFOQUE EN EL PACIENTE:

6.1.1. El diseño de los servicios: Características específicas:

J. M. Juran¹ desarrolla cuatro modelos o características de calidad que se pueden incorporar al diseño del servicio.

Se destacan a continuación:

- 1) **Modelo para múltiples consumidores:** Las empresas de servicios deben prestar atención a aquellas facetas del diseño encaminadas a la satisfacción de una clientela compuesta por múltiples consumidores.

Entre estas facetas se distinguen:

- ✓ Diseños a la medida: El gran número de clientes potenciales y la magnitud del sistema sanitario público obligan a que los procedimientos estén normalizados. Pero, por el otro lado, la personalización del servicio está en la misma esencia de la atención médica por lo que el diseño en general debe realizarse tanto desde el punto de vista del hospital como del usuario
- ✓ Sencillez: Los procedimientos hospitalarios deben confeccionarse lo más sencillo posible para que pueda ser comprensible a los clientes
- ✓ Servicios periféricos complementarios: Son servicios prescindibles que mejoran el servicio global

- 2) **Modelo del tiempo como parámetro de diseño:** El tiempo se considera como una característica de calidad de los servicios.

Sus variantes:

- ✓ El tiempo de acceso: Es el que transcurre desde que se produce la demanda de servicio hasta que se capta la atención de la empresa
- ✓ El tiempo de espera: Es el tiempo de espera (colas) producido habitualmente por las variaciones de las cargas de trabajo
- ✓ El tiempo de atención: Es el tiempo que dura la prestación del servicio

En el diseño del parámetro temporal deberá considerarse la percepción del cliente y el efecto acumulado por las demoras.

- 3) **Modelo del diseño orientado al bienestar del cliente:** La satisfacción del cliente es uno de los indicadores de la calidad del servicio aunque su medición es dificultosa realizarla.

Algunos aspectos que ayudan a este proceso son:

- ✓ El ambiente: Forma parte de los componentes tangibles del servicio
- ✓ La sensación de importancia: La calidad del servicio sanitario mejora cuando la actuación del personal de contacto está regida por normas de cortesía, educación y respeto
- ✓ La información: Elemento determinante de la calidad de la prestación del servicio
- ✓ La seguridad: La seguridad ofrecida por el edificio y los equipos es un factor relevante en la calidad de la asistencia sanitaria

Otros elementos que influyen en la percepción positiva de los servicios sanitarios son el acceso a los servicios, su uso, la calidad de los cuidados, el mantenimiento de la autonomía y dignidad de la persona y la capacidad de respuesta a las necesidades, deseos y preferencias.

- 4) **Modelo de la continuidad temporal del servicio**: El hospital presta los servicios en forma continua y coordinada a fin de que la atención necesaria progrese sin interrupciones

6.1.2. La producción de los servicios:

En la prestación de un servicio sanitario se necesitan:

- ✓ *Los recursos humanos*: En el hospital el personal de contacto está integrado por todos los empleados que tienen una relación directa con el paciente (ej. Médico, enfermera, telefonista, etc.)
- ✓ *El soporte físico*: Tanto el edificio como el del entorno. Su localización, su decorado y disposición serán usufructuados tanto por los clientes internos como los externos
- ✓ *El cliente*: Elemento esencial
- ✓ *El servicio*: Es el objetivo del sistema y su resultado y surge de la interacción de los otros tres elementos
- ✓ *El sistema de organización*: Está conformado por las funciones clásicas del hospital (dirección, finanzas, contabilidad, personal, asistencia sanitaria, etc.) y por las específicas necesarias para realizar el servicio (suministros, mantenimiento preventivo y reparativo, limpieza, sistemas de compras, etc.)
- ✓ *Los otros clientes*: Al prestarse el servicio a muchas personas al mismo tiempo se establecen relaciones entre ellas que influyen en la calidad del servicio

6.1.3. El ofrecimiento de servicios de calidad:

Un servicio es de calidad cuando satisface, como se ha reiterado en varias oportunidades en este texto y siguiendo a J.M. Juran, las necesidades del cliente en diversos aspectos cubriendo totalmente sus expectativas.

Vinculadas a la prestación de servicios surge:

- ✓ **Relaciones con los pacientes**: Son determinantes de la calidad percibida por el mismo: La Dirección puede y debe influir en ella creando una imagen coherente con la realidad del servicio. Esta imagen

que transmite el personal de todos los niveles del hospital es el primer efecto de la relación entre la organización y el cliente.

- ✓ **La comunicación con los pacientes:** Implica escucharlos y mantenerlos informados: El conocimiento de los obstáculos en la interacción y la comunicación con los clientes proporciona una importante información acerca de las áreas donde es preciso mejorar el proceso de prestación del servicio. Incluye:
 - a) describir el servicio, su amplitud, disponibilidad y tiempo de prestación
 - b) dar a conocer el costo del servicio (para el caso de los servicios pagos)
 - c) exponer las interrelaciones entre el servicio, su prestación y el costo involucrado
 - d) explicar el efecto de cualquier problema que surja y la forma de resolverlo
 - e) asegurar que los clientes saben lo que pueden hacer para contribuir a la calidad del servicio
 - f) proveer los medios adecuados y fácilmente accesibles para una información eficaz
 - g) determinar la relación entre el servicio ofrecido y las necesidades reales de los clientes

- ✓ **Las conformidades internas y externas:** Las primeras están vinculadas al cumplimiento de las especificaciones establecidas en los procesos muchos de los cuales tendrán una repercusión directa sobre los pacientes y en otros, sobre el personal de trabajo. Mientras que en el segundo caso, la conformidad externa importa la concordancia del servicio con la calidad percibida por el cliente.

- ✓ **La parte tangible del servicio hospitalario:** Las instalaciones, equipos e imagen del personal de contacto determinan la única parte visible del servicio por lo que su visualización es parte de la oferta dispuesta tanto en su naturaleza y calidad, en la percepción del servicio por parte del paciente y en la calidad intrínseca del servicio.

- ✓ **La fiabilidad:** Implica prestar el servicio prometido con formalidad, exactitud y sin fallos.

- ✓ **La responsabilidad:** La responsabilidad exige estar listo para servir en el deseo de prestar un servicio prontamente y en forma eficaz.

- ✓ **La seguridad:** El personal de contacto debe ejercer su labor con competencia y con cortesía. La seguridad del servicio refuerza la atención médica otorgando un balance positivo para el paciente.

- ✓ **La empatía:** La empatía es la sintonía afectiva y emotiva de un sujeto con la realidad ajena e implica el grado de comprensión e identificación

con los sentimientos de la otra persona. La conducta de todo el personal de contacto del hospital debe tender ir más allá de la cortesía profesional asumiendo una conducta de compromiso con el paciente en el deseo de comprenderlo en sus necesidades precisas encontrando las respuestas adecuadas (servicio a medida)

6.2. Del paciente-usuario-consumidor.

Se denomina calidad del producto “servicio de salud” al grado de adecuación de dicho servicio a los aspectos técnicos y a la satisfacción de las necesidades de sus usuarios.

El control de calidad médica, de acuerdo a lo expresado por A. Donabedian² se ocupa del estudio de los componentes de la asistencia sanitaria (estructura, procesos y resultados), monitoreando constantemente la evolución de las necesidades de los consumidores para la aplicación de políticas tendientes a la satisfacción de éstas en pos de una mejora continua.

El grado de satisfacción de las necesidades del consumidor se puede medir según la conformidad que experimenta el usuario por la atención recibida.

En este contexto y con la nueva ola de reformas en materias de salud en la región americana, la percepción de los usuarios cobra importancia.

Así comenta A. Medici³ cuando expresa que “...en el marco de las reformas se deberá utilizar en forma creciente instrumentos como el análisis de interés de los agentes relevantes y herramientas de comunicación social, con el fin de reducir las asimetrías de información y aclarar posiciones entre los distintos grupos, armonizando sus puntos de vista y garantizando la consecución de los objetivos más permanentes de los cambios...”.

El interés por evaluar el conocimiento en aspectos relacionados con la calidad de la atención y para mejorarla en forma continua, se han desarrollado en los sistemas de salud diversas acciones tales como la organización de comités de mortalidad, grupos de consenso encargados de evaluar la optimización de las técnicas, comités y círculos de calidad; sistemas de monitoreo y la aplicación de encuestas de opinión a proveedores y usuarios, entre otros.

De todo ello resulta que evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común.

En tal sentido, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas.

Este método representa una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de la calidad de los servicios y ofrece beneficios a un costo relativamente bajo.

Por ejemplo, es posible formular preguntas con el fin de llevar a cabo estudios de mercado acerca de innovaciones en los servicios de salud, identificar oportunamente a pacientes de alto riesgo, tener mayor control en la planeación de los servicios, identificar las quejas de los pacientes descontentos y, además, minimizar los daños a la organización, como es el caso de las demandas legales. Asimismo, es posible documentar los diferentes niveles de desempeño laboral y facilitar la evaluación, de tal forma que contribuya a la mejoría en la

calidad de la atención mediante el establecimiento de estándares de desempeño, esto a pesar de la existencia de dudas sobre la capacidad que tiene el usuario para hacer juicios de valor sobre los aspectos técnicos de la atención.

Las bases conceptuales y metodológicas sobre la calidad de la atención, publicadas en los ámbitos nacional e internacional durante los últimos veinte años, se han venido justificando en el modelo desarrollado por Donabedian².

El análisis de la calidad a partir de las tres dimensiones que propone el autor (estructura, proceso y resultado) ha sido una contribución importante, pues permite medir ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud. Este esquema supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica que no todos los resultados puedan ser fáciles y exclusivamente imputables a los procesos y no todos los procesos, por ello, dependerán directa y unívocamente de la estructura.

Con base en lo anterior, se desprende el análisis de la satisfacción de los usuarios, vista como un indicador de la dimensión de resultado a partir del cual se puede obtener la opinión acerca de los aspectos de la estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización), el proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta) y el resultado (cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida). También se puede obtener información sobre aquellas características de los servicios que facilitan u obstaculizan los esfuerzos del usuario para obtener atención (accesibilidad). En ocasiones, la accesibilidad se traslapa conceptualmente con la definición de calidad, ya que aquella abarca fenómenos que tienen repercusiones directas en la atención, como son los tiempos de espera, los horarios del servicio o los costos de la misma, que en conjunto se consideran como características de la accesibilidad a las organizaciones.

En este marco es relevante, para identificar los niveles de acuerdo y desacuerdo con las expectativas de los usuarios, el análisis de los profesionales y los integrantes del hospital, suponiendo que la unidad de criterio entre usuarios e integrantes del hospital constituye una valorada manifestación de satisfacción.

Según lo expuesto por Jaime Varo⁴ en su obra "Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios", en los estudios relevados sobre satisfacción/insatisfacción con los servicios de salud entre usuarios de hospitales los ítems que se evaluaron cuantitativamente con encuestas fueron: trato recibido, tiempo de espera, explicación sobre la enfermedad, aseo, señalización, comodidad en la sala de espera, temperatura, baños.

La comprensión de los atributos determinantes de una percepción positiva de la calidad del servicio sanitario por parte del usuario presumiblemente se traducirá en mejores resultados médicos si se tiene en cuenta las relaciones que se han descrito entre calidad, satisfacción y adherencia al tratamiento.

En efecto, diversos autores han sostenido que la calidad de servicio es un antecedente de la satisfacción del paciente (Gotlieb, Grewal y Brown, 1994; Bigné, Moliner y Sánchez, 1997; Mira, Rodríguez y otros, 2000).

Asimismo, ha sido citada la relación existente entre la satisfacción con la atención sanitaria recibida y la adherencia al tratamiento (Falvo y Tippy, 1988; O'Connor, Shewchuk y Carney, 1994; Mira, Rodríguez y otros, 2000).

Finalmente conviene resaltar las ventajas que reporta disponer de una herramienta válida de medición de la calidad del servicio desde el punto de vista de eficiencia organizacional. Sólo si logramos un adecuado control de la calidad podremos llevar a cabo una mejor canalización de los recursos hacia la satisfacción de las deficiencias existentes.

En la medida que las cosas no se hacen bien desde un principio los costos de corregir los problemas de calidad, tanto administrativos como de interacción entre proveedor y cliente, son elevados.

Por ello, C. Grönroos⁵ expone que dado que *"el objetivo de calidad es, a menudo inferior al 100 por 100 y, por tanto, los errores se toleran racionalmente, estos costes se convierten en costes ocultos que se dan como un hecho y no se considera que son innecesarios"*.

Esta situación es crítica en las organizaciones sanitarias si tenemos en cuenta que su actividad se desarrolla en un *"entorno de alta permisibilidad y márgenes de error anchos en relación con la evaluación de la calidad de la gestión o la eficiencia de la misma"* de acuerdo a lo citado por A. Guilera⁶.

6.3. La Relación Médico-Paciente:

Siguiendo a A. Donabedian, una de las obligaciones profesionales es la de educar al enfermo, entregando los conocimientos claros y suficientes para conseguir que no solo comprenda lo que le sucede y afecta sino que participe de manera activa y eficaz en el tratamiento respectivo, en las medidas de rehabilitación y en las preventivas que eviten nuevos ataques de la enfermedad.

El lenguaje utilizado debe ser claro, libre de términos rebuscados o innecesariamente especializados siendo el mensaje que debe ofrecer de relevancia social antes que de lucimiento personal para el científico evitando incitaciones o sugerencias que pudieran provocar pánico, angustia innecesaria o cualquier otra reacción contraria al bien común valorado con los más rectos criterios.

La relación médico-paciente necesita desarrollarse sobre una base de confianza mutua, estableciendo vínculos con el paciente de manera de lograr la confianza siendo la empatía un proceso de "ponerse emocionalmente en el lugar del otro".

Para obtener esa empatía es preciso prestar atención a la comunicación verbal y no verbal.

Uno de los elementos que influyen en la atención médica es el encuentro entre el profesional y el paciente y es que puedan influenciarse emocionalmente generando una relación intensa entre ambas partes siendo diferente en cada caso ya que cada afectado por una enfermedad se convierte en una unidad diferenciada e irrepetible.

L. Boltanski⁷ sostiene que en la relación médico-paciente, el médico adopta diferentes actitudes según la clase social del enfermo. Dice que los médicos solo dan amplias explicaciones a quienes logran evaluarlas bajo el entorno de

suficiente capacitación para su debida comprensión y que, a su vez, consideran que los pacientes de sectores populares que poseen un bajo nivel de instrucción, no tienen los requisitos para ello.

M. Balint⁸ afirma que la relación establecida entre el profesional de la salud y el paciente es el fármaco más potente. Precisamente por ello, una relación disfuncional puede actuar como un antiplacebo tan poderoso que haga fracasar la terapia más adecuada (el análisis de la relación asistencial forma parte del abordaje integral del individuo).

En el Anexo 1 se citan los Derechos del Enfermo transcrito por el autor F. Sánchez Torres⁹ que deben ser acatados por todos los profesionales médicos siendo meta y compromiso del Director su cumplimiento evitando la aparición de actitudes paternalistas de otras épocas en esta materia.

A su vez, en el Anexo 2 se cita la Declaración de Helsinki de 1964 que importan recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica de seres humanos ya que según lo expresado en la Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial “el deber del médico es velar solícitamente y ante todo, por la salud del paciente”.

En el Código de Ética Médica se declara que el médico debe actuar solamente en el interés del paciente, al proporcionar atención médica que pueda tener efecto de debilitar la condición mental y física del paciente.

En la actualidad imperan escuelas vinculadas al esquema de relación dialógica mutuamente participativa de acuerdo a lo citado por M.Kottow¹⁰ en la cual se conjugan lo bueno del paternalismo con el respeto a la autonomía mediante una comunicación entre el médico y el enfermo que cumpla con los cánones éticos de veracidad, comprensibilidad, honestidad, y claridad.

Esa comunicación permite establecer una relación caracterizada por el mutuo respeto de los deseos y de los intereses de cada uno lo que incrementa la calidad y la eficiencia del Acto Médico y de sus derivaciones incluyendo la colaboración del enfermo en su tratamiento y la limitación razonable de sus expectativas.

6.3.1. Historia Clínica:

En el vínculo entre médico y paciente es que surge la confección de la Historia Clínica.

Este documento es considerado de índole privado ya que contiene datos relativos a la intimidad de la persona enferma estando sujeta al secreto profesional médico y quien la lea o conozca queda ligado a esa obligación.

Es reconocida la propiedad de la historia clínica, por una parte, a la persona cuyos datos contiene pero, también, por otro lado, al médico o médicos cuyos conocimientos, análisis, decisiones, órdenes e informes quedan registrados en sus páginas.

La institución hospitalaria actúa como guardián legal de ese documento respondiendo por su integridad y por su custodia frente a quien quisiera consultarlo sin tener derecho a ello.

El registro de la historia clínica constituye una papelería principal en un sistema de información hospitalario imprescindible en su vertiente asistencial y

administrativo implicando un registro completo de la atención prestada al paciente durante su enfermedad.

Los componentes principales son:

- ✓ Datos subjetivos proporcionados por los pacientes
- ✓ Datos objetivos obtenidos de la exploración física del profesional
- ✓ Diagnóstico
- ✓ Pronóstico
- ✓ Tratamiento

En dicho formulario, se incluye información obtenida por varias vías vinculadas a la propia de la entrevista clínica generada por el paciente y/o sus familiares, las de exploración física por medio de la inspección, palpación, percusión y auscultación del paciente de parte del profesional, las de exploración complementaria brindadas por laboratorios, diagnósticos por imágenes, etc., juicios de valor emitidos por el médico extraídos de las pruebas llevadas a cabo y el tratamiento instaurado por cada caso.

Además de los datos clínicos que tengan relación con la situación actual del paciente, incorpora datos de sus antecedentes personales y familiares, sus hábitos y todo aquello vinculado con su salud biopsicosocial. También incluye el proceso evolutivo, tratamiento y recuperación no limitándose a una narración o exposición de los hechos sino a incorporar juicios de valor, documentos, procedimientos, informaciones varias y el consentimiento del caso.

En la actualidad, una historia clínica tiene dos tipos de soporte:

- ✓ *Papel*: Se ordenan los documentos en carpetas individuales siendo de archivo único en el Hospital para su correspondiente custodia
- ✓ *Electrónica*: Almacenada en computadoras mediante la utilización de programas informáticos

Ventajas:

- ✓ *Para la entidad sanatorial*: Su uso permite generar un manejo continuo en la relación médico-paciente
- ✓ *Docencia*: Permite producirse acciones de aprendizaje sobre lo acontecido en cada caso en particular
- ✓ *Investigación*: De la información que aporta la historia clínica se pueden inferir respuestas científicas de valor para la investigación
- ✓ *Epidemiología*: Produce información sanitaria
- ✓ *Mejora continua de calidad*: Constituye un verdadero registro de la actuación médico sanitario prestado al paciente lo que permite, de su análisis, establecer el nivel de calidad del servicio realizado
- ✓ *Gestión y administración*: Es fundamental su uso para ejercer el control y gestión de los servicios médicos de las instituciones sanitarias
- ✓ *Médico-legal*: Documento legal que permite el juicio en la relación médico-paciente

En este momento, en el Hospital Público Municipal Eustaquio Aristizábal solo se lleva un sistema de ficha, a manera de historia clínica, para los casos de que el paciente haya recibido alguna internación (hospitalización) en el mismo ya que, de lo contrario, no hay registro alguno de su paso por el nosocomio salvo en los casos en que el paciente a severe disponer de una Obra Social para el posterior reintegro del servicio prestado por esta entidad sanatorial con aquella

que cubre al usuario en su salud: Allí sí se le abrirá una ficha para su posterior seguimiento. Sin embargo, este procedimiento no es continuo para todos los pacientes sino para estos casos determinados.

Si el usuario estuvo hospitalizado, en cambio, se genera la apertura de una ficha en papel con un número de código pero sin carga en el sistema de cómputo, en donde se identifican sus datos personales y la obra social (si la tuviere). Esa ficha es utilizada por el médico de cabecera en la internación y por todos los profesionales que actúen en su dolencia y durante su estancia en la entidad sanatorial para el diagnóstico establecido, los controles de seguimiento, las prácticas médicas, etc., e inclusive, es de uso por parte del sistema administrativo para conocer todo lo actuado en esta cuestión y a los fines de ejercer el cobro a posteriori a la Obra Social de poseer el paciente una de ellas. El archivo de ellas es incluido en muebles de Oficina para ese menester en orden de vinculación entre el abecedario del apellido y ese código inserto.

Sin embargo, hay una firme intención de parte de la Dirección de revertir esta ausencia de importancia de información.

Se ha recibido de manera voluntaria un pequeño sistema desarrollado por una ex trabajadora de otro Hospital, ya jubilada en su acción, que refleja en registros informáticos información indispensable para instrumentar una historia clínica para las urgencias como para la atención en consultas ambulatorias. Con el mismo, se está en proceso de prueba para una futura implementación en la medida que pueda ser maleable, flexible y adaptable a los requerimientos en el andamiaje del nosocomio y de su equipo de trabajo.

6.3.2. Elaboración del Diagnóstico:

Los códigos de ética admiten que la persona enferma tiene derecho a recibir información sobre ese diagnóstico pero es apenas natural que corresponda al profesional tratante decidir los detalles de tal información con base en los consejos que le dicte la prudencia.

6.3.3. El protocolo clínico:

Es una secuencia ordenada de conductas que se aplican a un enfermo con objeto de mejorar su curso clínico. Es un conjunto de recomendaciones sobre los procedimientos diagnósticos utilizables ante todo individuo con un determinado cuadro clínico o sobre la actitud terapéutica más adecuada ante un diagnóstico clínico o un problema de salud. Constituye una ayuda en el proceso de decisión clínica al reducir el número de alternativas diagnósticas y terapéuticas.

El protocolo clínico es la formalización del proceso de encasillamiento empleado por el médico para aplicar un conjunto de conocimientos normalizados a las contingencias que se le presentan.

Su utilización permite incrementar la cantidad de datos clínicos válidos para el diagnóstico y tratamiento planteándose la necesidad de su sistematización a fin de evaluarlos con mayor facilidad y no perder información considerándose una

mejora sustancial en la prestación de servicios bajo la óptica de calidad asistencial.

Su función esencial es la de formalizar el comportamiento general del médico siendo este protocolo un documento de suficiente flexibilidad para que el profesional, si lo cree conveniente, lo adopte o modifique, a fin de adecuarlo a las necesidades de un enfermo concreto.

Ventajas: Son múltiples:

- ✓ Produce un importante ahorro económico y de tiempo
- ✓ Dota a los profesionales sanitarios de una normalización elegida por ellos mismos
- ✓ Diseña el proceso de trabajo de esta actividad sanitaria
- ✓ Asegura que el proceso que se ejecute tenga una semejanza y uniformidad con lo planteado al momento de su instrumentación
- ✓ Normaliza las actuaciones profesionales
- ✓ Garantiza la calidad de los servicios prestados
- ✓ Propicia la transferencia de información entre profesionales
- ✓ Facilita la práctica profesional
- ✓ Adapta mejor al personal de nueva incorporación
- ✓ Facilita la autoevaluación y la evaluación de la calidad técnico-científica al disponerse de un mecanismo de comparación
- ✓ Posibilita un mayor desarrollo de tareas del personal de enfermería dándoles mayor contenido científico
- ✓ Evita, dentro de lo posible, la incertidumbre en el proceso asistencial al incorporar en el protocolo módulos referidos al ciclo completo de la asistencia hospitalaria

6.4. El servicio al cliente en una entidad sanatorial:

La cultura médica acepta que el paciente es el centro de su actuación de manera de lograr su salud como el objetivo central. Su mayor interés está en el “producto”, que implica la capacidad diagnóstica y la potencialidad terapéutica dejando de lado la dimensión psicológica y social del cliente. De allí que se pueda aseverar que la gestión de los servicios sanitarios han puesto todo su interés en la solución de los problemas internos dejando de lado los externos.

En los hospitales públicos es muy difícil tener en cuenta estos factores porque carecen de autonomía para ejercer sus propias decisiones pero la instrumentación de una oferta de mejores servicios prestados por sus trabajadores bien preparados sumado a un marco de servicios de alta calidad pueden ser atributos que otorguen un valor diferencial a la imagen hospitalaria proporcionando ventajas competitivas.

Por ello, los elementos a tener en cuenta son los siguientes:

- ✓ Conocer las necesidades de los pacientes
- ✓ Diseñar los procedimientos para satisfacer las necesidades de los pacientes
- ✓ La adopción de una actitud positiva, amable y atenta en todas las fases del servicio a prestar
- ✓ El diseño de un servicio en cuanto a los bienes tangibles que garanticen eficacia y eficiencia de lo ofrecido a los pacientes

Todos estos aspectos son requeridos para que los servicios ofrecidos cuenten con los procedimientos hospitalarios adecuados para su producción con éxito en actividades propias del nosocomio en cuestión vinculadas a las admisiones de pacientes, continuidad de la asistencia a los usuarios, la gestión de camas, el sistema de traslados, la gestión de reclamos, sistemas de información y registro, etc.

6.5. El personal de contacto del hospital:

El personal de contacto del hospital está integrado por el no asistencial que tiene contacto repetido con los pacientes en su paso por el mismo.

Incluye tanto a recepcionistas, administrativos, vigilancia, telefonistas y a parte del personal sanitario en particular siendo su influencia de importancia por la creación de contactos sociales con los mismos.

Su participación está considerada como uno de los aspectos más tangibles en la prestación de los servicios y se genera desde dos puntos distintos: las funciones operacionales, que implica las que ejecuta en forma de operaciones, algunas de las cuales son propias internas y otras en plena interactividad con el cliente y las funciones relacionales, que debe ser agradable y eficaz ante ellos, destacándose los elementos visuales, gestuales y verbales.

En el hospital, el personal de contacto se interrelaciona con los pacientes en diversas formas:

- ✓ Por Mesa de Entradas, para la solicitud de un turno con un profesional, para conocer días y horarios de trabajo de los médicos, para informarse sobre los servicios que presta el nosocomio, registro de alta de una hospitalización, atención de una consulta ambulatoria, etc.
- ✓ Por Urgencias para una atención profesional que requiere la debida inmediatez en su tratamiento
- ✓ Por Pediatría, para el caso de consultas en el sector infantil
- ✓ Por vía telefónica o de e-mail según el caso para distintas consultas sobre servicios a prestarse en el mismo

No hay un protocolo de atención ni se llevan acciones de capacitación en esta cuestión. Solo el apoyo del personal de trabajo de antigüedad frente al de menor práctica para ciertas cuestiones y la personalidad y su voluntad de colaboración que cada integrante de trabajo muestre en su vínculo con los pacientes de manera de brindar un servicio correcto y eficiente.

6.5.1. Señales de alarma en los niveles de calidad:

La información sobre los niveles de calidad de los servicios hospitalarios en el mercado se obtiene a través de lo que J. M. Juran¹¹ indica como señales de alarma.

Las mismas son diversas y tienen distintos orígenes:

- ✓ **Los casos de quejas y reclamos:** Surgen a través de un proceso normalizado
- ✓ **El descontento generalizado de los usuarios:** Se dan a conocer mediante los informes internos, los órganos institucionales de participación ciudadana y la opinión pública

- ✓ **La situación competitiva del hospital:** A través del benchmarking con otros hospitales similares
- ✓ **La pérdida indiscriminada de clientes:** Motivado por el descontento
- ✓ **El grado de actividad de la medicina privada en constante aumento:** Los pacientes dirigense a atenderse al ámbito privado porque han perdido la confianza en la gestión sanitaria pública

Los informes internos disponibles y las señales de alarma antes citadas son elementos importantes pero no suficientes para identificar los descontentos de los pacientes en su interacción con el nosocomio.

Allí surge la herramienta del sondeo de mercado como una de real valía para reflejar esta situación ofreciendo resultados más ajustados ya que recoge información de cada actividad concreta que luego será recopilada para análisis. Allí surgirán las encuestas, como método de investigación, para conocer la satisfacción de los clientes por los servicios recibidos.

6.5.2. Detalles de etiqueta en la atención de pacientes:

Como uno de los medios para mantener el espíritu de humanidad en su institución, es deber del Director establecer y cuidar la vigencia permanente de actitudes que marcan el respeto de quienes trabajan allí por las personas que solicitan la atención en cualquiera de los servicios y dependencias sobre todo para el personal de contacto.

Entre ellos se destacan:

- Llamar siempre a las personas por su nombre completo o al menos su apellido salvo cuando ella de modo voluntario solicite que se la mencione por su nombre de pila lo cual se agradecerá como muestra de confianza
- No utilizar términos impersonales de pretendido afecto tras las cuales se quiere ocultar la realidad de que no se sabe ni importa el nombre de la persona (vg. "Viejita", "Mi amor", "Madre", "Hijito", etc.)
- Mantener cerrada las puertas de las salas de examen o de parto siempre que en ellas una persona esté sometida a cualquier procedimiento. En esas condiciones nadie puede entrar sin golpear a la puerta y escuchar la autorización del caso. Una vez adentro, deberá presentarse en voz alta, explicar la razón de su presencia y preguntar al enfermo si tiene inconvenientes que permanezca allí
- Dar las citas para consultas a intervalos sucesivos y no todas a la misma hora para evitar innecesarias molestias por sobrecupo y larga permanencia en las salas de espera
- Mantener servicios sanitarios limpios y convenientemente dotados al alcance de los enfermos que acuden a las consultas externas y de los visitantes
- Convenir con la Dirección Médica el procedimiento para que cada persona hospitalizada sepa claramente cuál es su médico tratante, otros participantes y las funciones que cumplen cada uno de ellos de manera de satisfacer sus consultas y explicaciones sobre sus preocupaciones

- Cuidar el suministro de alimentos a las personas hospitalizadas no solamente en los aspectos dietéticos sino en otros de menor cuantía como los vinculados al sabor, aspecto, temperatura, etc.

6.6. Celebración de encuestas de satisfacción al cliente en Hospitales:

En relación al término “evaluación” y específicamente para el caso de la “evaluación de la atención médica”, aparecen diversas definiciones entre las cuales se pueden mencionar:

- ✓ Medición de los resultados pasados y presentes con relación con los esperados, ya sea parcial o integralmente, con la finalidad de modificar, afinar, mejorar y formular nuevos planes.
- ✓ Comparar una situación, acción, hecho o resultado, con un indicador, promedio de otros con características similares o norma de calidad preestablecida.
- ✓ Proceso ordenado y metodológico para establecer análisis y mediciones sistemáticas de políticas, estrategias y programas de salud, estudiándolos de acuerdo con los objetivos formulados y la coherencia de las acciones planteadas, la utilización de recursos previstos, el grado de cumplimiento de los resultados y los efectos producidos.

Lo que se busca, finalmente, es establecer un juicio de valor en relación con un marco de referencia previamente determinado.

En términos prácticos, estas encuestas tienen los siguientes fines:

- a) Detectar las causas de descontento no detectadas en las señales de alarma
- b) Determinar el nivel de calidad de los servicios hospitalarios propios y, en lo posible, con relación a la competencia
- c) Investigar las posibilidades de mejora de la calidad

6.6.1. Proceso de elaboración de una encuesta:

El proceso de realización de una encuesta comprende las siguientes fases:

- 1) Determinar la población que se va a encuestar
- 2) Diseñar el cuestionario
- 3) Fijar el tamaño de la muestra
- 4) Seleccionar la muestra
- 5) Organizar el trabajo de campo
- 6) Tratamiento estadístico
- 7) Analizar los resultados

Informe: Tiene por objeto ilustrar los resultados de la muestra. Será presentado a la dirección con un resumen de todo lo acontecido con las encuestas, los gráficos resultantes de lo medido, las conclusiones del caso y las recomendaciones correspondientes

6.7. Encuestas celebradas con los pacientes en el Hospital Municipal:

Para el caso de las encuestas instrumentadas en el Hospital Público Municipal Eustaquio Aristizábal, las evaluaciones se llevaron a cabo en forma programada a manera de sondeo tanto en la fecha como en los aspectos relevados siendo generadas en un lapso de tiempo aunque sin previo aviso para los pacientes que participaron de la misma.

Se trataron previamente, los problemas de la implementación, siendo todos solucionados a la instancia de la ejecución.

El Director del Hospital delegó esta actividad en una empleada administrativa quien fue capacitada anticipadamente en cuanto todas las inquietudes y dudas que pudieran surgir de partes de los encuestados con relación al cuestionario a completar.

Las encuestas fueron confeccionadas teniendo en cuenta los aspectos objetivos que debían tratarse evitando introducir prejuicios o tendencias preestablecidas.

Las encuestas de satisfacción constituyen, en la expresión de Jaime Varo, la forma tradicional de conocer el punto de vista del paciente sobre la asistencia sanitaria ya que son sencillas de realizar, permiten conocer las opiniones de un gran número de ellos a un costo razonable y su interposición suele requerir menor tiempo y recursos que otros métodos.

En el Anexo 3 del presente trabajo se incluye un detalle pormenorizado de la realización y resultados obtenidos con motivo de este trabajo de tesis en la evaluación de la gestión de la calidad en este Hospital.

Una vez que fueron desarrolladas las mismas en el campo del cuestionario y su implementación tanto a nivel de la encuesta para conocer el grado de satisfacción de los pacientes en el sector consultas ambulatorias, en el sector urgencias y en el de hospitalizaciones, surgieron diversos inconvenientes de orden práctico que imposibilitaron obtener una mayor cantidad de respuestas para análisis de parte de los pacientes:

Como parte de la problemática de diagnóstico y análisis del Hospital Municipal y su cultura de trabajo se pueden mencionar los siguientes aspectos que se destacaron y que en su conjunto se convirtieron en óbices de una mayor respuesta en esta cuestión:

- ✓ Ausencia física del Director del Hospital (su doble función con el cargo de Secretario de Salud) lo que provocó que no pudiera otorgar el respaldo a la persona administrativa a quien había delegado la instrumentación de esta actividad como al resto del personal de trabajo para su colaboración
- ✓ La propia incredulidad de esta trabajadora en que esta faena era de utilidad para conocer cómo ven al hospital los pacientes: Concretamente, con esta postura, influyó de sobremanera para que el llenado de estas formas no fuera consideradas como de valor por los mismos:
- ✓ La proximidad de la implementación de esta encuesta con relación a una anterior celebrada en el mes de Setiembre/2010 por pedido del mismo Municipio (Intendente) para conocer las preferencias de los miembros de la comunidad en cuanto a sus expectativas de lo que esperan del

gobierno para el siguiente período electoral: Indicaron a esta cuestión como un desaliento de parte de los pacientes ya que implicaba llenar otra forma distinta a la que recientemente se había concluido en esta materia

A pesar de estos inconvenientes ya explicitados precedentemente y que han provocado que no se pueda lograr un corolario más certero de los aspectos puestos a evaluación por parte de los pacientes dado que la muestra no ha sido suficientemente representativa, de la apreciación de los resultados generados y las tendencias que se han mostrado en cada caso, se pueden destacar algunas conclusiones válidas a saber y que se especifican en mayor detalle en el Anexo 3:

- Hay una fuerte preponderancia de pacientes cuya procedencia se radica en la zona urbana frente a la rural y con residencia en el Partido de Mar Chiquita
- La mayoría de las personas que se atienden en este nosocomio tienen cobertura de obra social paga frente a los que no la disponen y se atienden en este nosocomio
- La generalidad de pacientes está compuesta de trabajadores activos (empleados públicos, privados e independientes) y de jubilados, los cuales, en todos los casos, disponen de obras sociales sindicales, las propias del Estado Nacional y/o Provincial y de prepagas
- Los profesionales médicos atienden a los pacientes en horario o con demoras no muy sustanciales escuchándolos y orientándolos en los tratamientos a seguir
- La Farmacia del Hospital contiene los medicamentos que recetan los profesionales y en cantidad suficiente
- En términos generales, se ha comprobado que se radica una adecuada orientación tanto del sector Informes como de Enfermería en cuanto a la atención que dispensan a los usuarios
- En cuanto a las condiciones ambientales y físicas del hospital, son coincidentes en todas las salas (atención ambulatoria, urgencias y hospitalización) de que las mismas son adecuadas, salubres, limpias y debidamente señalizadas
- Con relación a la imagen hospitalaria de los pacientes relevados es considerada de muy buena en todos los rubros analizados tanto a nivel de referencia como de opinión formada luego de haber sido atendido y hasta de su próximo regreso de necesitarlo salvo en el caso de urgencias en donde en la idea anterior tiene un sesgo de positividad menor pero que se revierte luego del paso del paciente por la Institución

Dado lo expuesto precedentemente, los resultados en cuanto a encuestas completadas ascendió de acuerdo al siguiente detalle:

- ✓ Encuestas de satisfacción externa pacientes en Consultas Ambulatorias: 50 casos en el lapso Noviembre-Diciembre/2010, Febrero y Marzo/2011
- ✓ Encuestas de satisfacción externa pacientes en Sector Urgencias: 63 casos en el lapso Noviembre-Diciembre/2010, Febrero-Marzo/2011

- ✓ Encuestas de satisfacción externa pacientes en Sector Hospitalización:
37 casos en el lapso Marzo/2011

Tal como se expresara con anterioridad, en el Anexo 3 de este trabajo se expone todo lo analizado en las encuestas de satisfacción externa con los pacientes con relación a los resultados obtenidos, conclusiones y recomendaciones.

En otras cuestiones, se resalta que tampoco hay implementado un sistema de buzón de sugerencias ni un libro concreto para reclamos y quejas.

Si existe un caso de queja de parte del paciente y/o sus familiares por una cuestión en particular, se trata de generar la solución práctica de la misma según el caso o la atención personal de parte del Director o del personal jerárquico administrativo del nosocomio.

De llegarse a la instancia escrita, sobre los cuales se informa que son verdaderamente muy aislados, el Director toma participación directa de manera de producir soluciones tendientes a satisfacer el reclamo o queja del mismo.

No se genera un registro puntual con información para análisis posterior de los hechos de manera de recoger experiencias para futuras correcciones del actuar hospitalario.

Notas Bibliográficas:

- 1.- J. M. Juran (1990) "Manual de control de calidad" Reverté, Barcelona, España
- 2.- A. Medici (2000) "Las reformas de salud en América Latina y el Caribe. En la hora de los usuarios: Reflexiones sobre economía política de las reformas de salud" Editorial H. Sánchez y Zuleta
- 3.- A. Donabedian (1991) "Una aproximación a la monitorización de la calidad asistencial (primera parte) Control de Calidad Asistencial España
- 4.- Jaime Varo (1994) "Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios" Editorial Días de Santos España
- 5.- C. Grönroos (1994) "Marketing y gestión de servicios. La gestión de los momentos de la verdad y la competencia en los servicios" Edición Díaz de Santos, Madrid España
- 6.- E. Guilera (1997) "La Gestión de las organizaciones sanitarias como empresas de servicios" Gestión Hospitalaria Nº 2, España
- 7.- L. Boltanski (1997) "Relación médico paciente y distancia social" Editorial Ciencia Nueva, Buenos Aires
- 8.- Michael Balint (2003) "La Medicina, su enfermedad y la enfermedad" Nueva edición Payot
- 9.- F. Sánchez Torres (1995) "Temas de Ética Médica" Giro Editores, Bogotá, Colombia
- 10.- M. H. Kottow (1995) "Introducción a la Bioética" Editorial Universitaria, Santiago de Chile
- 11.- J. M. Juran (1989) "Juran on leadership for quality" Juran Institute, USA

TERCERA PARTE: LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN

CAPÍTULO 7

CRITERIO 3 DE DIAGNÓSTICO: SATISFACCIÓN EN EL PERSONAL DE TRABAJO

Judith M. Bardwick: “Nada contribuye más a crear en los empleados el respeto por sí mismos que el hecho de incluirlos en el proceso de la toma de decisiones”



7.1. DIAGNÓSTICO: CRITERIO 3: SATISFACCIÓN DEL PERSONAL DE TRABAJO:

Uno de los principales cambios ocurridos a partir de mediados del Siglo XX en la teoría de las organizaciones y más concretamente en los estudios sobre la eficiencia y la eficacia en las empresas, ha sido pasar el eje de las actuaciones desde los procesos y la estructura a centrarlo en los trabajadores.

A partir de la fuerte influencia de la psicología y la sociología en el desarrollo de los métodos de gestión, se estableció como premisa que la satisfacción de las personas con su trabajo es uno de los factores condicionantes básicos de la productividad.

Según E. Locke¹ se entiende por satisfacción laboral a “un estado de ánimo emocional positivo o placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto o como la respuesta afectiva de una persona a su propio trabajo”. Ampliando en esta cuestión, dicho autor indica que los trabajadores contrastan su opinión de agrado/desagrado con la naturaleza del propio trabajo, sueldo, oportunidades de promoción, reconocimiento, condiciones laborales, beneficios, supervisión, compañeros y clientes.

En una empresa de servicios, como el caso del hospital, el grado de satisfacción es un indicador de la atención que mejora la relación profesional/cliente. Por el contrario, la insatisfacción laboral ha sido asociada al ausentismo laboral, a la agresividad en el trabajo y al bajo rendimiento de los profesionales.

En dirección al análisis del hombre-trabajador se debe conceptualizar que en él se distinguen tres grandes dimensiones que tienen que ser recuperadas y activadas:

- a) **La capacidad intelectual de pensador:** Que implica el uso del pensamiento estratégico configurado en un proceso mental que le permite ser creativo, imaginativo, intuitivo y un soñador capaz de generar una visión de futuro encarando las contingencias y azares de los cambios a producir
- b) **La potencialidad de generar acción:** Realización agradable de una actividad laboral que le permite elevar su autoestima
- c) **La entidad de ser social:** El trabajador busca en su rol social-afectivo a apreciar a los demás, escucharlos, compartir inquietudes y experiencias, lograr consensos, anticiparse a los problemas y crisis de manera de evitarlos

Uno de los pasos fundamentales, entonces, será la de que el hospital deberá apelar a la inducción, a la creación de una nueva cultura por medio de la pedagogía de la participación, de la investigación-acción y del aprendizaje continuo a través de diferentes proyectos educativos que permitan a cada hombre reencontrarse con sus propios valores y dimensiones dentro de este ámbito integrador.

7.2. Modelos de sistemas de motivación:

Autores como E. Huse y J. Bowdicht² agrupan en tres modelos las diversas teorías que han intentado resolver el problema de la motivación:

- 1) **Modelo de fuerza y coerción:** La base de este modelo es suponer que el hombre trabaja mejor cuando se le fuerza a una situación en la que rinde o es sancionado
- 2) **Modelo económico/mecánico:** En el primer caso se resaltan las recompensas económicas ya que el hombre es intrínsecamente perezoso por lo que el incentivo motivador es la remuneración mientras que en el mecánico se basa en la creencia de que la conducta humana depende de los condicionamientos del entorno
- 3) **Modelo de crecimiento o de sistema abierto:** Aquí surgen dos modelos que se desarrollan a continuación en forma más específica

7.2.1. Modelo del hombre que se autorrealiza: La teoría de Maslow³:

La teoría de Maslow sostiene que todo estudio de la motivación debe partir del conocimiento de las necesidades del hombre.

Sus conclusiones:

- ✓ La conducta del hombre equivale en cada momento a un intento de satisfacer una necesidad concreta
- ✓ Las necesidades humanas se superponen en un cierto orden de prioridad
- ✓ La satisfacción de un conjunto determinado de necesidades conlleva la aparición de otras
- ✓ Las necesidades de orden superior son insaciables
- ✓ El individuo, en un momento concreto, se siente inclinado a satisfacer la necesidad de orden más elevado

Los tres niveles más bajos de la pirámide de Maslow son motivadores solo por defecto ya que una vez satisfechos, dejan de actuar. Por el contrario, los dos niveles superiores actúan por adición, porque cuanto más se satisfacen más se desean.

Orden Inferior: Fisiológicas, Seguridad y Sociales

Orden Superior: Autoestima-Reputación y Autorrealización

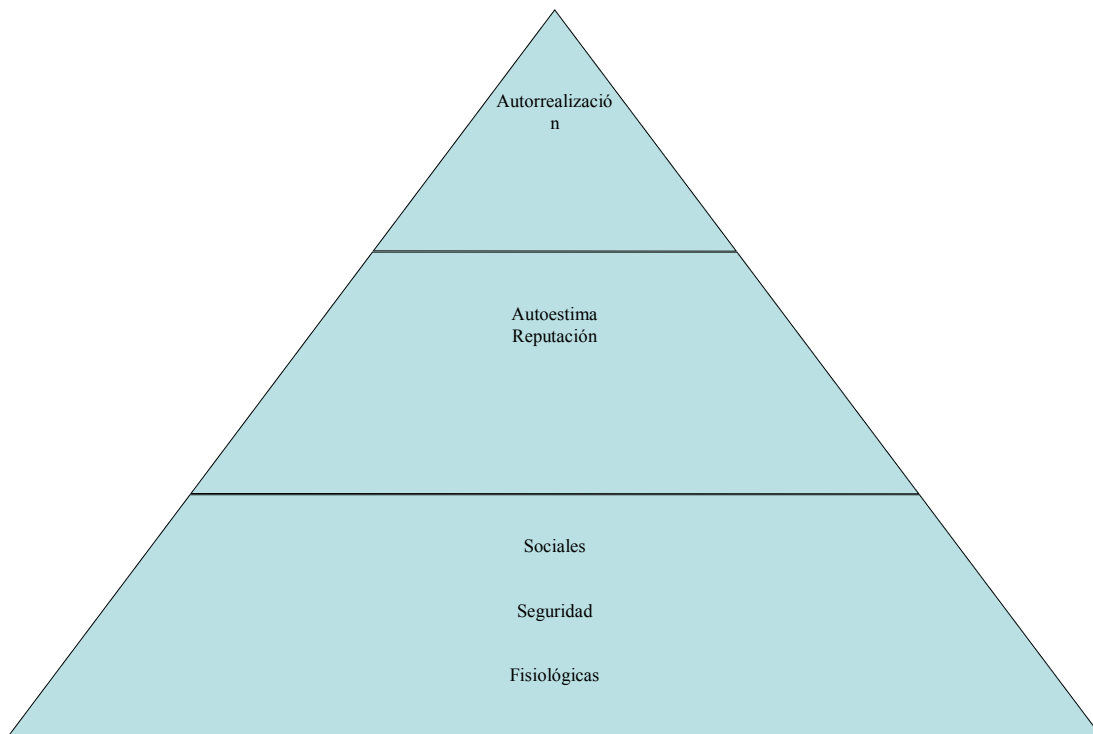


Figura: La pirámide de la motivación de Maslow

7.2.2. Modelo de higiene-crecimiento: La teoría dual de Herzberg⁴:

La teoría dual de Herzberg postula que la persona tiene dos tipos de necesidades que satisfacer en el trabajo: Las necesidades higiénicas ligadas a factores del entorno laboral y las motivadoras, intrínsecas al propio trabajo, productoras de insatisfacción o desánimo si no se satisfacen.

En esta teoría, se indica que los factores que contribuyen a la satisfacción y motivación en el trabajo están separados y pueden diferenciarse respecto de aquellos que producen el efecto contrario siendo lo antagónico de la satisfacción al trabajo la no satisfacción al trabajo.

En la investigación de Herzberg los factores relacionados con la satisfacción o la insatisfacción se clasificaron en factores de primer y de segundo nivel:

Factores de primer nivel: Son elementos objetivos de la situación que, a juicio del trabajador, son causas del sentimiento de satisfacción o de insatisfacción global en el trabajo. Se detallan a continuación:

- 1) *Reconocimiento:* El reconocimiento positivo es causa de satisfacción mientras que el negativo o la falta de reconocimiento, de insatisfacción
- 2) *Logro:* En su aspecto positivo implica éxito en el trabajo
- 3) *Posibilidad de desarrollo personal:* Incluye cualquier hecho que suponga aumentar o disminuir las posibilidades de crecimiento personal
- 4) *Promoción:* El ascenso en el status genera positividad en este factor

- 5) *Salario*: Contempla cualquier aspecto relacionado con la cuantía o en el sistema de remuneración
- 6) *Relaciones interpersonales*: La satisfacción o insatisfacción se deriva de la interacción del trabajador con otra persona
- 7) *Capacidad directiva de los jefes*: La competencia o incompetencia de los mandos tanto para desempeñar la función como para resolver los problemas que afecten a las tareas del trabajador
- 8) *Responsabilidad*: Comprende la competencia adecuada y suficiente sobre el trabajo y el de los subordinados y sobre los resultados
- 9) *Políticas, normas y procedimientos de gestión de la empresa*: La satisfacción o la insatisfacción está generada por la política general y de personal, las normas y procedimientos que favorecen o no la ejecución del trabajo
- 10) *Condiciones de trabajo*: Comprende las condiciones ambientales o del entorno del trabajo
- 11) *Trabajo en sí mismo*: Interviene cuando la tarea que se realiza es la causa de satisfacción o insatisfacción
- 12) *Vida privada*: Abarca cualquier aspecto del trabajo que afecte a la vida privada y genere un sentimiento de satisfacción o insatisfacción hacia aquel
- 13) *Status*: Su satisfacción viene determinado por la posición en la estructura de la empresa
- 14) *Seguridad en el trabajo*: Sentimientos de seguridad o inseguridad en el empleo

Los factores de crecimiento, de satisfacción o de desarrollo son los factores de primer nivel relacionados con el contenido del trabajo: éxito, reconocimiento, naturaleza del puesto, responsabilidad y promoción.

Los factores de higiene o de insatisfacción son los factores de primer nivel relacionados con el contexto del trabajo: política y administración de la empresa, la falta de competencia de los supervisores, las condiciones laborales, las cargas del trabajo, el sueldo, el status y la seguridad.

Factores de segundo nivel: Es aquel sentimiento de satisfacción o de insatisfacción de un determinado tipo de necesidad causado por un factor de primer nivel. Se interpretan como el sentimiento de satisfacción de las necesidades de desarrollo personal, éxito y autorrealización que producen los hechos relativos a los factores de satisfacción de primer nivel.

7.3. La motivación y el rendimiento:

De este análisis surge que la motivación es uno de los elementos centrales que generan actitud y aptitud al trabajador en su desempeño dentro de la organización y que, por ende, se terminan reflejando en su rendimiento positivo o negativo dentro del accionar dentro de ella.

Frente a ello, surgirán distintas variantes que puedan producir en él y en la Dirección interés para un desarrollo más intenso.

7.3.1. Incentivos generales:

Se aplican a los empleados por su vinculación a la organización independientemente de su rendimiento.

Contribuyen a la incorporación y la permanencia ya que atraen y mantienen a las personas si la comparación con las condiciones del mercado les son favorables.

De allí surgirá una primera clasificación en la cual la motivación extrínseca está causada por recompensas o incentivos independientes de la actividad realizada por el individuo para conseguirlos mientras que las intrínsecas se basan en características de la propia actividad motivadas por sí mismas y, por ende, está bajo el control del trabajador.

Otras variantes:

Incentivos individuales y de grupo: Los incentivos individuales suelen ser más eficaces que las grupales. En el primer caso, la instrumentalidad es muy alta porque la relación entre el desempeño y el premio es directa y está ligada únicamente a la persona.

En el segundo caso, la instrumentalidad se difumina.

Objetivos de los incentivos:

- ✓ Recompensar a los empleados que hacen aportaciones sobresalientes a la organización para estimular un esfuerzo adicional en favor de la mejora
- ✓ Demostrar el agradecimiento de la organización
- ✓ Extraer los máximos beneficios del proceso de reconocimiento mediante un sistema eficaz de comunicación
- ✓ Ofrecer varias formas de premiar los esfuerzos de los empleados y fomentar la creatividad de la Dirección y de los mandos
- ✓ Mejorar la moral mediante un empleo adecuado del reconocimiento
- ✓ Reforzar los patrones de conducta que la Dirección desee conservar

Clases de reconocimientos:

- ✓ Premios en efectivo
- ✓ Reconocimiento individual
- ✓ Reconocimiento colectivo
- ✓ Reconocimiento público
- ✓ Reconocimiento privado

7.4. Implicancia en la tarea:

Es el grado en que un sujeto se identifica psicológicamente con su trabajo representando la importancia que tiene éste en la imagen que la persona se forma de sí misma.

Identificación con los objetivos de la organización: Es el gradiente en que una persona asume los fines de aquella de tal modo que llegan a formar parte de su propio sistema de valores.

Enriquecimiento del trabajo: Implica diseñar la tarea como un todo, la corresponsabilidad de los trabajadores en los métodos y procedimientos

empleados en el desempeño del puesto y que reciban información sobre los resultados.

7.5. El diseño del trabajo:

El diseño del trabajo comprende tres fases:

- 1) Determinar y especificar las tareas individuales que completan el proceso de producción
- 2) Establecer y precisar los métodos y procedimientos
- 3) Combinar las tareas individuales a fin de concretar el contenido del trabajo de cada puesto

Descripción del puesto de trabajo: Características a tener en cuenta:

- a) Identificación de puesto
- b) Misión
- c) Funciones y actividades que desarrolla
- d) Finalidades o resultados que deben alcanzarse
- e) Grado de autoridad y autonomía
- f) Directrices que recibe y ante quien es responsable
- g) Recursos con que cuenta el puesto
- h) Entorno y relaciones
- i) Medios de control y evaluación de la actividad

Las organizaciones se pueden clasificar en función del contrato psicológico operante relacionado con la clase de autoridad o poder empleado por la misma y con el compromiso y expectativas de los trabajadores:

En las organizaciones que hacen uso de una autoridad coercitiva, el tipo de compromiso del trabajador es alienante distanciándolo psicológicamente de la misma.

En las organizaciones que ejercen una autoridad utilitaria (racional-legal) empleando incentivos económicos, el trabajador percibe la jornada de trabajo como una contraprestación de su remuneración y tiene un compromiso calculado.

En las organizaciones que ejercitan un poder normativo, el compromiso del trabajador es de tipo moral. Frente al reconocimiento normativo del valor intrínseco del trabajo, el individuo desempeña la función porque la valora. Este es el caso de los hospitales.

7.6. El Marketing interno:

Ismael Quintanillo Pardo⁵ define al Marketing Interno “como una especialización del marketing puesta al servicio de la gestión y desarrollo de la empresa”.

Por ende, se le puede aplicar la definición general del marketing que, según P. Kotler⁶, se define “como el análisis, planificación, implantación y control de programas diseñados para producir cambios voluntarios de valores en los mercados meta con el propósito de alcanzar los objetivos de la organización”.

En igual sentido, la American Marketing Association indica que el marketing “es el proceso de planificación y ejecución del concepto, precio, comunicación y

distribución de ideas, productos y servicios con el fin de crear intercambios que satisfagan a los individuos y logren los objetivos de la organización”.

Entonces, se denota que el “marketing interno” considera la gestión y la optimización de los recursos humanos como una finalidad en sí misma comportando un conjunto de métodos y técnicas que, puestos en práctica en un orden determinado, permitirá aumentar el nivel de eficacia de la organización y el interés de los clientes y de los propios trabajadores.

De ello se infiere que su evaluación implica tener en cuenta ciertos aspectos a saber:

- ✓ *Conocer y comprender el mercado interno (el de la organización):* Se incluirán los Estudios del mercado interno (motivación, imagen, comunicación, organización, clima, evaluación del factor humano, etc.)
- ✓ *Adecuar el mercado interno a las exigencias del mercado externo:* Aquí surgirán aspectos vinculados a la proyección hacia el futuro desde la situación actual del mercado interno y su adecuación a las exigencias del entorno mediante un plan de acción en el que se definen las metas y los objetivos determinando los recursos necesarios, las actividades a realizar y los límites y restricciones que existen en ellos. También implicará la debida gestión de los recursos humanos y la construcción de una organización racional, flexible y eficaz en base a cuatro pilares: unicidad del individuo, delegación de poder, distribución de las funciones y las responsabilidades y la comunicación
- ✓ *Gestionar el cambio:* Implicará establecer un marco donde el individuo pueda desarrollarse dentro de la organización y la plena participación de todos los trabajadores en su integración activa en todos los niveles de la misma

Para la prestación de servicios, los trabajadores cumplen un papel esencial ya que su vínculo con los clientes genera ciertas características a destacar:

- ✓ El comportamiento del personal de contacto es parte integrante del servicio a prestar
- ✓ El servicio solo puede prestarse si el personal de contacto está dispuesto a actuar
- ✓ La producción y el consumo del servicio se genera durante la interacción del cliente y la organización
- ✓ El funcionamiento de la organización está en relación directa con las actitudes adoptadas por los trabajadores por lo que los resultados dependerán de sus actuaciones

7.6.1. Principios del marketing interno:

Como filosofía organizativa y programa de intervención, sus principios son:

- ✓ Es una filosofía directiva y de personal
- ✓ Se basa en el intercambio constante entre la organización y sus trabajadores, entre ellos entre sí y entre aquella, sus dependientes y los clientes
- ✓ Su principal objetivo es mejorar la organización, los trabajadores y los servicios que ofrecen
- ✓ Los clientes de la organización son los usuarios y los trabajadores

- ✓ Cada trabajador es cliente de otro trabajador

Para realizar un estudio cualitativo del mercado interno siguiendo a Jaime Varo en su obra “Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios”, es necesario analizar seis campos sectoriales:

- a) *Motivación*: Detectar las expectativas, necesidades y motivaciones de los trabajadores. Se evalúan los niveles de satisfacción con respecto a la política de la organización, los cuadros directivos, la organización y su funcionamiento y la imagen de ella
- b) *Comunicación*: Recoge la información acerca de la percepción que tienen los trabajadores sobre el funcionamiento de las relaciones interpersonales de la organización
- c) *Imagen*: Implica conocer la percepción formada por la comunicación de la organización, la que tienen los trabajadores sobre ella, la de los cuadros directivos, la de los servicios prestados, entre otras
- d) *Organización*: Diagnóstico de la organización actual a partir de la percepción de los trabajadores con relación a los análisis del poder, la revisión de la normativa interna y el examen de las interacciones funcionales, operacionales y jerárquicas
- e) *Clima laboral*: Determinar la naturaleza del clima de la organización a partir de las informaciones subjetivas de los trabajadores
- f) *Evaluación de los recursos humanos*: Valorar los conocimientos, formación y experiencias del personal de trabajo así como los resultados obtenidos y las capacidades humanas, técnicas y relacionales

El *marketing mix del mercado interno* implica la combinación de los diferentes medios e instrumentos que dispone la organización para alcanzar los objetivos fijados.

Los instrumentos a considerar:

- ✓ *El producto Trabajo-Trabajador*: El puesto de trabajo se concibe como un producto que debe venderse al que lo desempeña. Ello implica un diseño con el objeto de alcanzar la máxima eficacia. Los factores determinantes de la motivación del personal y de la eficacia en el trabajo se vinculan a el salario, la posibilidad de progreso y mejora personal, el contenido del trabajo, la valoración de los resultados de su acción, el ambiente laboral y sus relaciones humanas, la variedad de actividades, la tarea con identidad propia, el grado de autonomía y el impacto en el entorno
- ✓ *El precio*: La actitud del trabajador depende de la relación costo-beneficio. Hacer el precio más atractivo estriba en crear condiciones atrayentes como eliminar los elementos de rechazo
- ✓ *Distribución*: Al flexibilizar la estructura organizativa, al solapar los niveles jerárquicos y los grupos de trabajo, al propagar la dirección participativa y establecer los principios de la calidad total se genera la distribución del producto interno por medio del valor del trabajo y de la organización y la percepción que de ellos tiene el trabajador

- ✓ *Comunicación:* Debe ser precisa para que el mando realice con más eficacia su función y la organización marche mejor. Una mejor comunicación interna redundará en más motivación, menos errores, menos pérdida de tiempo y más capacidad de decisión siendo el resultado más satisfactorio con mejor rendimiento y clima de trabajo

Finalmente, se puede concluir citando otra vez a I. Quintanillo Pardo¹, cuando expresa que el objetivo primordial del marketing interno “es la mejora de la organización, los empleados y los servicios que se ofrecen”.

De allí surgen otros objetivos tales como:

- ✓ Facilitar la contratación del trabajador
- ✓ Atraer y conservar al personal
- ✓ Mantener el nivel de calidad en la prestación de servicios
- ✓ Alcanzar la efectividad del costo mediante una productividad elevada
- ✓ Motivar la profesionalización de los trabajadores
- ✓ Conseguir que cada trabajador esté convencido del producto que debe vender
- ✓ Capacitar a cada trabajador para comunicarse plenamente con los clientes
- ✓ Optimizar la relación costo-beneficio

En concreto, los trabajadores deben comprender el objetivo y la necesidad de lograr la calidad del servicio creyendo en el programa de acción que se entienda en su desarrollo con una clara percepción de éxito sintiendo que les será útil su continuidad y profundización.

En síntesis: “Considerar a cada trabajador como cliente de su propia organización”.

7.7. La cultura organizacional:

La cultura organizacional es el conjunto de suposiciones, creencias, valores y normas que comparten sus miembros. Crea el ambiente humano en que los empleados realizan su trabajo. Esta idea, en realidad, es intangible, ya que no puede tocarse ni se puede ver pero siempre está presente en todas las partes de una organización.

Con el tiempo la cultura tiende a ser conocida por el personal de trabajo y los clientes generando un efecto de perpetuación ya que la misma organización ha generado en su andar diario esos valores y creencias.

Según Daniel R. Denison⁷ se llega a la conclusión de que “las características culturales y conductuales de las organizaciones ejercen un efecto mensurable sobre el desempeño de una compañía”

En las organizaciones, el punto central es determinar la manera consciente de dimensionarla y dirigirla de esa forma al personal de trabajo comunicándola en todos sus estratos haciendo hincapié en los trabajadores de reciente incorporación.

Esta clase de socialización es de necesaria acción con la promoción desde la Dirección de manera de que los empleados tomen los elementos fundamentales de la cultura, utilizando, para ello, los métodos formales (vg.

Capacitación) y los informales (transmisión a través de los mentores) para plasmar estas actitudes, pensamientos y formas de comportamiento.

7.7.1 La participación del personal en la organización:

La participación es el grado en que el trabajador se integra en la organización y asume responsabilidades. Puede considerarse como una delegación de poder. Participar en el cambio implica que se tenga la misma tónica para la solución de los problemas, en la toma de decisiones y en la fijación de objetivos. La dirección participativa no puede calificarse de democratización estricta ya que el poder sigue en las manos de la Dirección pero genera en los trabajadores la factibilidad de participar de ellas.

Según lo expuesto por Jaime Varo⁸, en los hospitales se cumple con una de las condiciones indispensables de una auténtica participación de los trabajadores: el reconocimiento de su representatividad formal en la estructura de la organización. Sin embargo, aclara, que esa participación se reduce a que puedan expresar su parecer y asesorar en determinadas cuestiones pero el poder decisorio lo ejerce la Dirección. Esta escasa delegación formal se encuentra contrarrestada en los sectores profesionales por el poder informal ejercida por los médicos con sus pacientes al aplicar sus conocimientos especializados en las decisiones de carácter técnico (poder informal del experto entre los operarios).

Una alternativa para evaluar de factible incorporación en los hospitales públicos podría ser la de incorporar la *dirección por objetivos* definiéndose a la misma como una forma de dirección participativa, un sistema de planificación y control y un instrumento de motivación.

Sus principales características son:

- ✓ Define áreas de responsabilidad individual sobre la base de los resultados esperados
- ✓ Trata de implicar a directivos y subordinados
- ✓ Identifica el sistema de objetivos y subobjetivos de la organización teniendo en cuenta las metas individuales fijando estándares mensurables

Vías de participación: El personal de trabajo puede participar de las siguientes formas:

- 1) *En el establecimiento de metas:* El establecimiento de metas entre los mandos medios y sus colaboradores genera sus implicancias en la fijación de lo que se quiere alcanzar en cuanto a desempeño de tareas y de resultados a lograr
- 2) *En la toma de decisiones:* Implicarlos en ello permite ampliar el abanico de alternativas a evaluar mediante un debate estructurado y una decisión consensuada
- 3) *En la solución de problemas:* Involucrar a los trabajadores en la solución de problemas permite resolver sobre aspectos que impiden generar una buena labor y en la aplicación de los métodos más adecuados para mejorar en la producción de actividades
- 4) *En el cambio:* La participación en el cambio es la forma más auténtica, completa y compleja de implantar la participación en la organización

En definitiva, en un plano individual, la participación incrementa el grado de implicación personal, elevando la productividad y la autorrealización, aumentando la satisfacción laboral, favoreciendo el desarrollo de la carrera profesional, mejorando, también, la calidad de la vida laboral del mismo.

En el marco del grupo y de toda la organización, mejora la solución de problemas, incrementando la productividad y el desempeño de las tareas, aumentando la eficacia del trabajo en equipo generando un clima social más propicio en cuanto a actitudes de los empleados, disminuyendo el ausentismo ya rotación, logrando mayor eficiencia y pudiendo producir un incremento en los beneficios de todos.

7.8. La comunicación en la organización:

La comunicación es la transferencia de información y la comprensión entre dos personas. Es una manera de conocer las ideas, hechos pensamientos, sentimientos y valores de los demás. Siempre intervienen por lo menos dos individuos: el emisor y el receptor: Por ello, se puede conceptualizar que “la comunicación es lo que el receptor entiende, no lo que el emisor dice”.

J. Davis Pincus⁹ expresa que “cuando la comunicación es eficaz, tiende a alentar un mejor desempeño y promueve la satisfacción en el trabajo”. Los trabajadores conocen mejor su trabajo y se sienten más comprometidos con él.

7.8.1. El proceso de comunicación en dos direcciones:

El proceso de la comunicación en dos direcciones es el método en virtud del cual un emisor llega a un receptor con un mensaje.

Se destacan ocho pasos que involucran este proceso:

- 1) *Desarrollo de una idea*: Se desarrolla una idea que el emisor desea transmitir: “Reflexionar antes de hablar”
- 2) *Codificación*: El emisor debe codificar el mensaje en palabras, gráficos u otros símbolos adecuados para la transmisión
- 3) *Transmisión*: El emisor transmite el método elegido en el tiempo adecuado
- 4) *Recepción*: La transmisión permite a la otra persona recibir el mensaje (lo escuchará si es oral o lo leerá si es escrito)
- 5) *Descifrado de codificación*: El receptor decodifica el mensaje para entenderlo. El emisor quiere que el receptor lo comprenda en la forma en que fue transmitido siendo éste último quien decide si lo comprende o no
- 6) *Aceptación*: Una vez decodificado el mensaje, el receptor tiene la oportunidad de aceptarlo o rechazarlo
- 7) *Uso*: El receptor usa la información recibida pudiendo desecharla, instrumentarla en parte o en total forma, esperar otros mensajes, etc.
- 8) *Retroalimentación*: Cuando el receptor reconoce el mensaje y responde al emisor, la retroalimentación tuvo lugar completándose el circuito de la comunicación

7.8.2. Comunicación descendente y ascendente:

La comunicación descendente en una organización significa que el flujo se realiza de una autoridad superior a otra de menor nivel.

Los requisitos para lograr una mejor comunicación desde la Dirección al resto del personal tienen que ver en adquirir el primero una actitud positiva ante la comunicación debiendo procurar obtener información de aquellos planeando la comunicación en forma consciente haciéndolo al iniciar cualquier actividad creando, finalmente, confianza entre los emisores y los receptores.

En tanto que a la comunicación ascendente, la Dirección debe permitirla manteniendo un contacto fluido con los subalternos ya que son fuente de información en todo sentido utilizando los conceptos vinculados a la iniciativa, acción positiva, sensibilidad y de adaptabilidad frente a ellos para que la misma se mantenga siempre abierta y en franca confianza.

Si así se produce, se evitan los problemas que pueden producirse por el retraso de llegada de la información, la filtración de ciertos aspectos de la misma, que se pasen por alta ciertas pautas de alta importancia o la vista del empleado sobre el interés que manifiesta la Dirección en recibir y procesar ella.

Necesidades de comunicaciones: Los empleados en niveles inferiores tienen varias necesidades de comunicación: La Dirección debe intentar conocerlas de manera de establecerlas y satisfacer esas actividades.

Entre ellas surgirán las vinculadas a las instrucciones acerca de su trabajo, las cuales deben partir desde un criterio objetivo desechando las actitudes caprichosas o sin fundamento racional o que no se encuentren emparentadas con las propias de la organización. Por otra parte, la Dirección debe tener en cuenta y ajustar las comunicaciones a las necesidades de los subordinados en su acción diaria de labor. A su vez, también, requerirán retroalimentación sobre su desempeño para saber que actúan bien, con eficiencia y en consonancia con los objetivos de la organización mejorando, de esta forma su autoimagen y el sentido de competencia personal.

7.9. Formación y desarrollo de los empleados:

La formación y el desarrollo del empleado consiste en un conjunto de actividades cuyo propósito es mejorar su rendimiento presente o futuro aumentando su capacidad a través de la modificación y potenciación de sus conocimientos, habilidades y actitudes.

La formación implica proporcionar al trabajador de habilidades específicas o corregir deficiencias en su rendimiento.

En cambio, el desarrollo hace referencia al esfuerzo de la organización para proporcionar a ellos de las habilidades que necesitará a futuro.

Por lo tanto, en la formación se actúa de manera reactiva ya que implica superar una deficiencia mientras que en el desarrollo se procede de manera proactiva porque infiere incorporar nuevas capacidades.

En general, en las organizaciones, la formación tiene como principal objetivo la mejora del rendimiento en un puesto concreto mediante el incremento de las habilidades y conocimiento del individuo mientras que a través del desarrollo se

busca preparar a las personas para el desempeño de futuros roles en la organización.

El proceso del programa de formación y desarrollo: Involucra las siguientes fases:

- 1) *Fase de análisis:* Se determinan las necesidades de formación y desarrollo de la organización
- 2) *Fase de implantación:* Se emplean determinados programas y métodos de aprendizaje para transmitir nuevos conocimientos, habilidades y actitudes
- 3) *Fase de evaluación:* Se determina el grado en que se alcanzaron los objetivos con el programa cumplido

El primer paso para establecer un programa de formación viable es analizar las necesidades. Esta evaluación comienza con el examen de la estrategia, de los objetivos a corto, medio y largo plazo de la organización en su conjunto así como de las tendencias que pueden afectar a la estrategia implicando los vinculados a los recursos humanos, los índices de eficiencia y el clima de la organización (describir la calidad del ambiente para conocer cómo se sienten los empleados con relación a diversos aspectos del trabajo).

Análisis a nivel de tarea: Esta evaluación proporciona información sobre las tareas que deben efectuarse en cada puesto de trabajo, las habilidades necesarias para realizar las tareas y el nivel de rendimiento mínimo aceptable

Análisis a nivel de personas: Se centra en el sujeto comparando el rendimiento mínimo aceptable establecido para el puesto de trabajo frente al desempeño actual del trabajador como para determinar cuáles son las necesidades de formación y perfeccionamiento de puestos y personas en el futuro.

El programa de formación y desarrollo, generalmente, se diseñan específicamente para enseñar habilidades concretas a las que asisten un público determinado siendo impartido de las siguientes maneras:

- ✓ Supervisores inmediatos
- ✓ Los propios compañeros de trabajo
- ✓ El personal de recursos humanos
- ✓ Especialistas de otras áreas de la organización
- ✓ Asesores externos
- ✓ Asociaciones comerciales o institucionales
- ✓ Cuerpo docente de universidades

7.10. Sistema de retribuciones:

Si una organización pretende reducir al mínimo el ausentismo y la rotación del personal de trabajo debe asegurarse para ello que las retribuciones satisfagan al equipo de trabajo.

Los tres factores principales determinantes de la satisfacción con la retribución son:

- 1) **La equidad salarial:** Se refiere a lo que la gente cree que merece recibir en relación a lo que otros reciben. Si consideran que esta comparación es justa o equitativa es más probable que estén satisfechos, mostrando su insatisfacción a través de la disminución de su aportación, alta rotación, alto nivel de ausentismo y el alto número de quejas siendo necesaria que se mantenga la equidad tanto a nivel externo (en comparación con salarios del mercado), a nivel interno (en función al valor del puesto de trabajo) y de equidad personal (el reflejo del propio rendimiento del empleado)
- 2) **El nivel salarial:** Es el factor determinante de la cantidad percibida. El trabajador compara el sueldo que recibe con lo que piensa que debiera recibir. El descontento se produce cuando el nivel real sea menor que el esperado
- 3) **Prácticas administrativas de retribución:** La organización tendrá que tener en cuenta la equidad externa antes mencionada, la fijación del precio de un puesto de trabajo y su principio de igual trabajo e igual sueldo para cargos similares, serán aspectos a tener en cuenta en este aspecto

Retribuciones directas: A la hora de evaluar la efectividad con que una organización administra su programa de retribuciones debe hacerse en función a los siguientes fines:

- ✓ Atraer empleados potencialmente cualificados
- ✓ Motivar a los empleados
- ✓ Retener a los empleados cualificados
- ✓ Administrar las retribuciones dentro de los límites legales
- ✓ Facilitar los objetivos estratégicos de la organización con control de los costos laborales

Los planes de retribución deben evaluarse en función a la relación que existe entre el rendimiento y la retribución, que el plan reduzca al mínimo las consecuencias negativas percibidas de un buen rendimiento y que la contribución a la impresión de que otras recompensas distintas a las económicas son consecuencias, también, de un buen rendimiento.

Retribuciones indirectas: Se definen como las gratificaciones que concede la organización a sus empleados por formar parte de ella. Se destacan: programas de protección, sueldo correspondiente a tiempo no trabajado y servicios para los empleados y retribuciones en especie.

7.11. Trabajo en equipo:

El equipo de trabajo puede definirse como un grupo pequeño de colaboración que mantiene un contacto regular y que realiza una acción coordinada. Cuando los miembros conocen sus objetivos contribuyendo de manera responsable y entusiasta a la realización de la tarea y se apoyan mutuamente lo están estableciendo en su forma práctica.

Los equipos eficientes se caracterizan por establecer:

- ✓ **Un ámbito propicio:** La Dirección debe crear un ambiente que lo apoye. Debe predominar una cultura organizacional vinculada a la cooperación, la confianza y la compatibilidad entre sus miembros
- ✓ **Habilidad y claridad de roles:** Los miembros del equipo deben estar bien calificados para efectuar su trabajo y tener su deseo de cooperación
- ✓ **Metas de orden superior:** Una de las principales responsabilidades de la Dirección consiste en tratar de que los miembros del equipo no pierdan de vista su trabajo global
- ✓ **Premios del equipo:** Estos premios, que pueden otorgarse a nivel monetario o de un simple reconocimiento personal o grupal tienen máxima eficacia si los miembros del grupo lo aprecian y si quedan supeditados a la realización de las tareas del mismo.

7.12. El entorno de la organización:

En la organización todos deben trabajar para crear una cultura donde se valore la seguridad. Un lugar donde se reducen al mínimo las posibilidades de lesiones o accidentes implica experimentar por parte del equipo de trabajo de un marco de confianza y tranquilidad continua para el acometimiento diario de las actividades. Vital es la participación activa de la Dirección impulsando acciones tendientes a promover la seguridad y salud laboral como una parte sustancial del acontecer diario propugnando que cada trabajador sea crítico en este aspecto para identificar los problemas proponiendo soluciones para solventarlos.

En este sentido, es de importancia identificar:

- a) Los tipos de riesgos laborales: Los riesgos psicosociales en el trabajo implican las lesiones físicas que los empleados sufren en sus labores como aquellos de razón psicológica identificando las propensiones a enfermedades, la violencia en el ámbito laboral y los accidentes y enfermedades profesionales
- b) Las acciones preventivas a implementar para evitar estos sucesos
- c) El estrés laboral definido como el desequilibrio entre las aspiraciones del individuo y la realidad de sus condiciones de trabajo
- d) Otras clases de estrés de origen organizacional: Vinculados al ambiente físico (luz, ruido, vibraciones y espacio), al nivel individual (sobrecarga de trabajo, conflicto de roles, ambigüedad en los roles y discrepancias con las metas de la carrera laboral), a nivel grupal (falta de cohesión, conflicto grupal, clima grupal y presiones del grupo) y de origen organizativo (clima organizacional, tamaño y estilo de la dirección, estructura jerárquica, tecnología, fechas tope no racionales)

7.13. El papel del sindicato en una organización:

El sindicato laboral es la asociación de los empleados que se constituye con el propósito principal de influir en las decisiones del empleador sobre las condiciones de trabajo.

La jerarquía sindical se sitúa paralelamente a la jerarquía directiva y el empleado se convierte en un miembro de ambas. En ocasiones, este tipo de arreglo favorece a los trabajadores porque cuando sus necesidades no son satisfechas por la Dirección de la organización, puede recurrir al sindicato en demanda de ayuda.

7.14. Evaluaciones del personal del Hospital Municipal:

Con respecto al relevamiento del personal de trabajo del Hospital Público Municipal Eustaquio Aristizábal surge para Junio/2010:

- ✓ Director del Hospital: Profesional Médico
- ✓ Médicos: Planta Permanente: 5 Personas. A destajo: 38 profesionales
- ✓ Enfermeros: 13 de los cuales 12 son de Planta Permanente y uno es mensualizado contratado
- ✓ Técnicos de Laboratorio: 3 en planta permanente
- ✓ Instrumentalistas: 2 en planta permanente
- ✓ Diagnóstico en Imágenes: 2 mensualizados contratados
- ✓ Auxiliares de Enfermería: 6 de los cuales 5 en planta permanente y uno es mensualizado contratado
- ✓ Ambulancieros: 3 de los cuales 2 en planta permanente y uno es mensualizado contratado
- ✓ Mucamas: 17 de los cuales 9 en planta permanente y 8 mensualizados contratados
- ✓ Cocina: 4 de los cuales uno pertenece a la planta permanente y 3 mensualizados contratados
- ✓ Mantenimiento: 2 mensualizados contratados
- ✓ Administración: 9 de los cuales 5 están en planta permanente y 4 mensualizados contratados

Total de personas afectadas al nosocomio: 104 trabajadores

Legajos de Trabajo: Se encuentran en poder del Departamento Personal en el Palacio Municipal

Conforme a la normativa interna en vigencia, se establecen las siguientes definiciones en cuanto a la clasificación de categorías de trabajadores municipales:

Planta Permanente: Efectivos con categoría designada en cada caso

Mensualizados Contratados: Son incorporados por el Intendente Municipal dentro de sus facultades. Se les renueva la designación en períodos de tiempo (tres meses, seis meses o un año según el caso). La renovación es decisión del Intendente como también el momento de su incorporarlo a planta permanente. Desempeñan igual labor a los de planta permanente pero tienen restringidos algunos derechos laborales (licencias por maternidad, no perciben antigüedad, asignación por título, etc.)

A destajo: Cumplen un horario determinado en ciertos días y se les abona por esa función

En el Anexo 6 se incluyen los distintos aspectos que rigen con relación a la Ley Provincial 11757 con las modificaciones establecidas en las Leyes Provinciales 11853 y 12950 y que rige como Estatuto para el personal de trabajo de las Municipalidades de la Provincia de Buenos Aires.

Dado a que el Hospital del caso es enteramente municipal tiene como base de legislación laboral la citada normativa de trabajo.

Dentro del Escalafón vigente en la asignación de categorías de trabajo surge:
Cuenta 1110100000 Poder Ejecutivo Municipal (Intendente Municipal):
Categoría nº 510

Cuenta 1110108000 Secretaría de Salud (función actual del Dr. Scala)

Rubro 26: Hospital Central (Hospital Municipal Eustaquio Aristizábal):

Director: 2 cargos

Personal Jerárquico: 7 cargos distribuido entre uno de Clase I, otro de Clase II, dos de Clase III, uno de Clase IV y dos de Clase III en 48 horas

Personal Profesional: 11 cargos distribuidos entre nueve de Clase I, uno de Clase II y otro de Clase III

Personal Técnico 48 Horas: 26 cargos distribuidos entre 13 de Clase I y 13 de Clase II

Personal Técnico 35 Horas: Un cargo de Clase I

Personal Administrativo: 5 cargos distribuidos entre dos de Clase I, uno de Clase II y dos de Clase III

Personal de Servicio 48 Horas: 13 cargos distribuidos entre dos de Clase III y once de Clase IV

Personal de Servicio 35 Horas: 6 cargos distribuidos entre tres de Clase I, uno de Clase II y dos de Clase V

Los aumentos de remuneración para el personal municipal en forma completa surgen de un Decreto Municipal suscripto por el Intendente Municipal y el Secretario de Hacienda. Para el período de análisis (Junio/2010) estaba en vigencia el Decreto Municipal nº 2309 de fecha 09-12-2009 en la cual establecía la escala salarial para el personal de trabajo en los servicios de 48 horas y 35 horas en cada categoría con la fijación también de sueldos mínimos en cada caso, bonificaciones por antigüedad, bonificación por bloqueo de título, política de refrigerio, actividad crítica, política de horas extras, adicional título profesional, viáticos, reconocimiento de gastos, formas de pago en las licencias, fallas de caja, bonificación de función, bonificación función directiva, presentismo y bonificación jornada prolongada.

Orgánicamente el personal antes mencionado depende de la Dirección del Hospital.

Sin embargo, como integran la plantilla de la Municipalidad del Partido de Mar Chiquita se genera un vínculo muy estrecho con el Departamento de Recursos Humanos del ente gubernamental dependiente de la Secretaría de Gobierno y con una disponibilidad física en otro lugar diferente dentro de la misma localidad de Coronel Vidal.

En este sector se disponen de los legajos de todo este personal, con sus datos personales y de trabajo completo y la documentación sustentatoria de su paso por ella.

El sistema de ingreso y egreso al hospital se lleva a cabo a través de reloj fichador mecánico colocado a tal efecto en lugar estratégico del mismo debiendo cada persona colocar su mano en dicho aparato de carácter tecnológico. La información se procesa en archivo y se remite al Dto. Personal para su registro y pago de remuneraciones.

Diariamente el encargado administrativo del Hospital debe informar a este Departamento sobre las novedades producidas en cuanto a las ausencias y los motivos y las horas extras realizadas previa autorización gubernamental.

De lo conversado con el personal de este último sector, se indica que muchas veces esta información no se obtiene en esa secuencia terminándose de completar al término del mes para poder generar las liquidaciones de sueldo respectivas por cada trabajador. Algunas veces, inclusive, la demora en producir novedades del personal supera este período de corte lo que produce que recién a posteriori y con carácter retroactivo se subsane esta deficiencia a nivel de liquidación remunerativa. Esta operatoria afecta tanto al personal administrativo del hospital, como el de mantenimiento y de limpieza.

En el caso de las enfermeras, el encargado de su control en este aspecto es una Enfermera en Jefe que hace las veces de responsable del personal completo en el Hospital en otras ocasiones.

Esta persona se preocupa que no se produzca nunca un bache de ausencia de este servicio durante las 24 horas en todo el año. Los turnos se cubren en los horarios de 6 a 14 Horas por la mañana, de 14 a 22 Horas por la tarde y de 22 a 06 Horas por la noche debiendo siempre estar a disposición una de ellas para esta unidad sanatorial con atención en sector internación y guardia. El plantel completo es de cinco enfermeras.

Para el caso de los médicos, su atención se radica en las guardias y consultorio no cumpliendo una disposición determinada en cuanto a horarios pero sí en la necesaria cobertura en ambos lugares durante las 24 horas y todo el año.

No hay contacto personal entre el Dto. Recursos Humanos y esta plantilla del Hospital salvo para algún caso de licencia extraordinaria que requiera la intervención de este sector, el cual solicitará la aprobación previa del Director del nosocomio.

No existe Manual de Procedimientos para el desarrollo de las funciones administrativas. Solo se continúa un proceso de trabajo sobre la pauta de lo que debe atenderse para el funcionamiento de esta unidad asistencial.

Por ello, el personal administrativo se avoca diariamente a la atención en el Sector Informes sobre los turnos a generar para cada profesional en la atención ambulatoria y de guardia, la recepción de la documentación atinente para la concreción de la misma así como las vinculadas en la guardia y en la hospitalización de pacientes, facturaciones a las obras sociales de los usuarios con disposición de ellas, derivaciones a hospitales de mayor complejidad o especialidad para los casos dispuestos por los profesionales actuantes, atención de proveedores y sistemas de control municipal, atención en los sectores especializados tales como Farmacia (entrega y control de medicamentos a los pacientes, provisión de materiales en el Plan Nacer o cualquier otro instrumentado por el municipio o por el Gobierno Provincial para

prevenciones en salud), Pediatría, Prácticas Médicas (laboratorio, diagnóstico por imágenes, radiología), Sector Ambulancias, etc.

El equipo de trabajo tiene una cierta y larga trayectoria en cuanto a la permanencia en estas funciones del Hospital: La rotación del personal es mínima lo que produce, en este aspecto, una plena trascendencia en el tiempo de las funciones asignadas a cada persona sin un mayor control de los procesos y sin cuestionarse si las resoluciones disponen de una lógica estructural de satisfacción de necesidades. Solo se remiten a cumplir sus tareas evitando que se produzcan quejas de parte de los pacientes del mismo.

Una de las personas de este sector administrativo, de rango jerárquico en cuanto a la categoría remunerativa asignada y por la cantidad de años de antigüedad en su disposición en la plantilla, desempeña su función de “referente” del resto, por conocer en mayor detalle lo que se lleva a cabo diariamente en esta área del hospital, a la cual todos consultan cuando se producen situaciones de práctica diferentes a las que en forma habitual se resuelven de una determinada forma, no existiendo, se reitera, un análisis pormenorizado instrumentado por procedimiento escrito.

Esta situación narrada que conforma una fuerte debilidad interna en su desenvolvimiento, determina, a su vez, una positividad en algún aspecto: Se genera una constante interacción entre el equipo de trabajo para tratar algún “caso difícil” de manera de consensuar la salida al problema. Esta aparente soledad de procedimientos se termina supliendo con esta cultura existente en el nosocomio de “salir adelante como se pueda” siempre intentando darle solución al paciente recordando que se genera una fuerte ausencia de la Dirección en ciertos aspectos de operatoria diaria dada la doble función que debe ejercer como Secretario de Salud lo que lo imposibilita de ejercer esta primer función con el grado de atención que la misma requiere.

Ello produce en ciertas personas de la administración acciones impensadas previamente en la planificación y en la calidad de la gestión: La obligación de asumir responsabilidades por “delegación forzada”, de acuerdo a lo antes expresado, que implica tomar ciertas decisiones que importan satisfacer alguna necesidad puntual de los pacientes, así como también para superar inconvenientes con los proveedores por retrasos en la recepción de mercaderías de toda índole (medicamentos, productos alimenticios para los internados, etc.), surgiendo también actitudes innovativas y de plena iniciativas ante la obligación de superar los obstáculos presentados puntualmente con los casos excepcionales a atender.

Por lo demás, la organización no tiene metas, objetivos y resultados que difundir ya que se trabaja “al momento”.

La labor se desarrolla prácticamente en toda su extensión en forma manual siendo el uso de la computadora para alguna planilla de cálculo determinada o de procesador de texto para contestar notas al exterior del hospital.

Internamente, la asistencia diaria del personal en labores y la asignación de funciones en el ámbito de la enfermería se lleva a cabo de la misma manera, con una prolijidad asombrosa para éste último caso, con un grado de ordenamiento de relevancia pero que implica una actividad intensiva en su realización.

No hay una política definida en la materia de capacitación del personal de trabajo tanto a nivel administrativo como de enfermería, médico y de mantenimiento.

Está en plena vigencia la escuela de enfermería que es una actividad de orgullo del hospital aunque en realidad de plena afectación en la Secretaría de Salud que tiene como fin disponer a futuro de noveles enfermeros para desarrollar funciones en todas las unidades sanitarias pertenecientes al partido geográfico.

También se han concretado sin habitualidad, cursos de formación y capacitación en alguna materia de salud organizada por el municipio vía delegación del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires o por propia participación de esta cartera gubernamental provincial. Cuando éstos se produjeron, permitió la participación a algunos dependientes en sus disposiciones. De los comentarios escuchados al momento de relevar datos en el presente diagnóstico, vertieron conceptos vinculados a que se sentían ampliamente renovados en su labor por todo lo aprendido en su asistencia.

En cuanto a la incorporación de personal al hospital la misma se lleva a cabo por pedido expreso del Director al Intendente Municipal tanto a nivel médico, de enfermería, de administración o de mantenimiento.

Las postulaciones se concretan en la faz práctica con la firma del Decreto Municipal que así lo instrumenta previo haber llenado documentación atinente a datos personales y de antecedentes en el ámbito del Departamento de Recursos Humanos. El acuerdo para ello incluye al líder de esta organización. En la práctica acontece que el nuevo trabajador inicia sus funciones sin estar aún resuelta su aprobación de ingreso, abonándosele los salarios adeudados hasta esa fecha en forma retroactiva.

Lo mismo acontece con el examen preocupacional: Su desarrollo se produce tiempo después de estar prestando los servicios respectivos convirtiéndose en una seria debilidad por enfermedades pre-existentes y ante posibles reclamos de las aseguradoras de riesgo del trabajo (A.R.T.).

En muchas ocasiones y como una cultura distintiva del personal de trabajo de este hospital en particular, el momento del ingreso del postulante y su designación de parte del Intendente Municipal de turno, lo identifica al mismo dentro de la estructura laboral en forma definitiva y con la vertiente política de pensamiento en ese sentido.

En el Anexo 5 se incluye un estudio del relevamiento de puestos de trabajo al mes de Junio/2010 con el detalle de los cargos, su grado de dependencia funcional, educación obtenida, labor principal ejercida, vínculo funcional con sus pares, personal a cargo y sugerencias y conclusiones a realizar del análisis de las mismas constituyendo una base para ajustar la estructura real a los principios básicos de diseño en el marco normativo vigente procurando una optimización de la productividad derivada.

Por otra parte, también se ha llevado a cabo una encuesta de satisfacción interna del personal de trabajo.

La misma, incluida como Anexo 4 se implementó en Noviembre/2010 para que fuera completada por toda la plantilla. Solamente se consiguieron 38 contestaciones sobre un total de 114 personas.

Conforme a lo expresado por el Jefe de Personal, se produjo resistencia para su confección, aún siendo la misma innominada, por razones de evitar conflictos personales con el Director del Hospital. Allí se incluyen diversas evaluaciones de lo verificado en función a las respuestas recibidas.

De las conclusiones obtenidas, se destacan:

- ✓ Satisfactoria relación en el vínculo entre los compañeros de trabajo y los jefes inmediatos
- ✓ Hay satisfacción en las funciones que desempeñan los trabajadores en el hospital así como en la resolución de los problemas diarios y en el nivel de responsabilidad que cada uno tiene en su puesto de trabajo
- ✓ Ello mismo se denota en cuanto a la carga laboral en horas de trabajo diarias, la cantidad de tareas asignadas y el tipo de actividades a ejercer
- ✓ El personal de trabajo considera que ven al hospital como una gran familia, que se está desburocratizando, que facilita, en alguna medida, la capacitación del personal de trabajo y que en su mayoría, piensan que no podrán aumentar sus posibilidades de desarrollo en otras áreas del municipio
- ✓ La mayoría ha considerado que se imagina trabajando en otro hospital y que no observan que en el mismo se encuentre avanzado tecnológicamente con respecto a otros similares
- ✓ Entienden que la tecnología informática ha generado un aumento en la carga de trabajo, que no existe la idea de que haya diferencia en el sexo para los ascensos en las labores de trabajo, que denotan una mejor organización del nosocomio y que conocen bien los mecanismos para mejorar sus posibilidades en sus carreras así como se regulan los criterios para la fijación de las remuneraciones del personal
- ✓ En materia comunicativa, la idea subyacente es de que para saber lo que pasa en el hospital son necesarios los canales informales (“radio pasillo”)
- ✓ Advierten que el sector donde el personal trabaja está limpio, ordenado, ventilado, que los baños son apropiados y que existe comodidad adecuada
- ✓ Se resalta la estabilidad laboral futura, no sintiendo que se trabaje a presión valorando la acción en equipo, aunque sienten de que se tapan los conflictos y que los superiores no reconocen a sus inferiores en la medida de sus merecimientos

En cuanto a recompensas y reconocimiento, no hay instrumentado ningún sistema de valoración en tal sentido.

El Director ha expuesto en sus alocuciones que ha tenido interés en fomentar una práctica en tal sentido valoración coincidente con el Secretario de Hacienda quien manifestó su interés en ello tratando de vincular al personal de trabajo en que se ocupe y atienda la prosecución de las acciones tendientes a recuperar importes monetarios de las obras sociales por la prestación de servicios a pacientes con coberturas en tal dirección.

Existen estudios y acciones prácticas en hospitales municipales de otras órbitas que asignan un incentivo al personal de trabajo basado en términos porcentuales sobre el recupero de estos conceptos durante el año calendario.

Por ahora, solo se ha avanzado en discutir la metodología a implementar en este aspecto puntual.

En el ámbito del clima laboral interno, se destaca que no hay una política determinada en cuanto a acciones que se generen desde la Dirección que importen una calificación de ambiente propicio de justicia, equidad y transparencia.

No se mide la satisfacción del personal a excepción de esta encuesta instrumentada por motivo de este trabajo de tesis ni se han evaluado políticas tendientes a producir medidas correctivas o preventivas en ello.

La cordialidad exhibida en el grupo de trabajo surge de la propia interacción entre el propio personal con la participación directa en este sentido de la Dirección. Se observa un franco interés en solucionar problemas, sin mediciones ni aplicación de procedimientos pero con mucha voluntad y colaboración.

Notas Bibliográficas:

- 1.- E. Locke (1969) "What es job satisfaction? Organizational Behavior and Human Performance" USA
- 2.- E. Huse y J. Bowdicht (1988) "El comportamiento humano en la organización" Deusto, Bilbao, España
- 3.- A. Maslow (1954) "Motivation and personality" Harper and Row, New York
- 4.- F. Herzberg, B. Mausner y B. Synderman (1959) "The motivation to work" Wiley, New York
- 5.- I. Quintanillo Pardo (1991) "Recursos Humanos y Marketing Interno" Editorial Pirámide, Madrid España
- 6.- P. Kotler (1984) "Marketing Management: Analysis, planning and control" Englewood Cliffs NJ Prentice Hall
- 7.- Daniel Denison (1984) "Bringing corporate to the bottom line" Organizacional Dynamics, Autumn
- 8.- Jaime Varo (1994) "Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios" Editorial Díaz de los Santos, Madrid
- 9.- J. Davis Pincus (1986). "Communication Satisfaction, job satisfaction and job performance" Human Communication Research

TERCERA PARTE: LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN

CAPÍTULO 8

CRITERIO 4 DE DIAGNÓSTICO: INFORMACIÓN Y ANÁLISIS

Raymond E. Miles y Charles C. Snow: “La principal barrera contra el éxito serán los puntos de vista anticuados sobre lo que debe ser la imagen de una organización y cómo de administrarse”

8.1. DIAGNÓSTICO: CRITERIO 4: INFORMACIÓN Y ANÁLISIS:

Un Sistema de Información puede definirse como el conjunto de personas, normas, procesos, procedimientos, datos y recursos tecnológicos que funcionan articuladamente y que buscan facilitar y apoyar el desempeño de los funcionarios para el cumplimiento de los objetivos y las metas previstas para el adecuado funcionamiento, desarrollo y crecimiento de la organización.

En forma más específica se puede entender como el conjunto formal de procesos que, operando sobre una colección de datos estructurada de acuerdo con las necesidades de una empresa u organización, recopila, elabora y distribuye la información necesaria para la operación de la misma y para las actividades de la dirección y control correspondientes apoyando, al menos en parte, la toma de decisiones necesaria para desempeñar las funciones y procesos de negocio de acuerdo con su estrategia.

Es importante tener en cuenta la comunicación de los datos procesados, la presentación de la información, la administración de actividades y la toma de decisiones.

Los procesos de planeación y programación son los ejes dinamizadores e integradores de las decisiones y acciones que se efectúan a diferentes niveles por lo que el sistema de información requiere que responda siempre ante los cambios continuos que se generan en su desarrollo.

El reto de la organización es conformar la capacidad necesaria para su mejor acción por lo que el sistema de información no debe ser considerado un fin sino que un medio para mejorar las operaciones del sistema en cuanto a la dinámica de los procedimientos relacionados con el registro de los datos para un adecuado procesamiento y el posterior análisis de los resultados obtenidos con la intención de apoyar la gestión institucional buscando estándares de eficiencia, eficacia y competitividad.

El conocimiento, la operación y la utilización del sistema de información en todos sus aspectos deben convertirse en el objetivo de la organización teniendo en cuenta que la información es un recurso básico para el desarrollo de todas las actividades que se realizan.

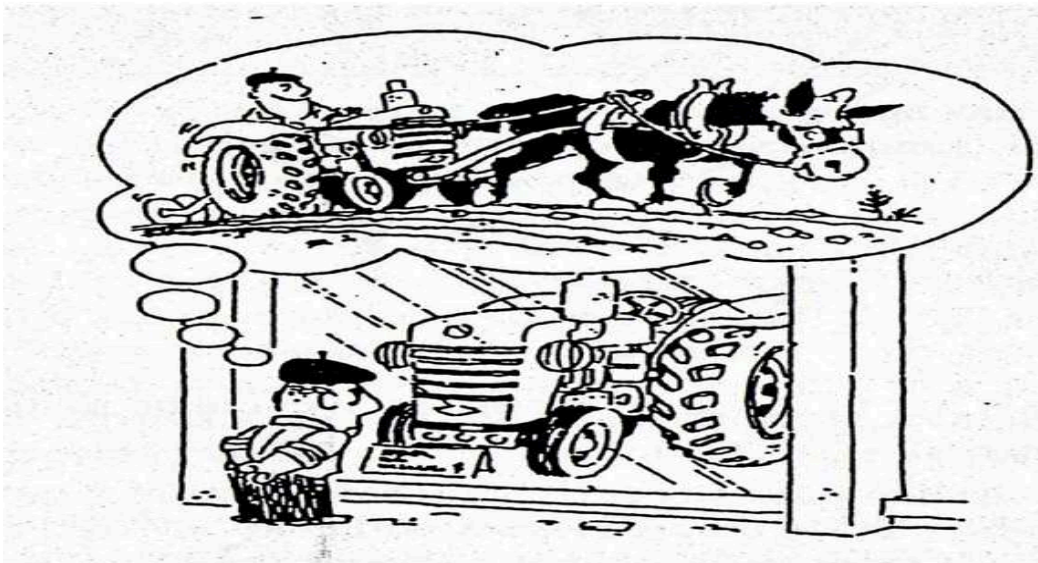
8.1.1. Razones para definir y operar el sistema de información:

Se pueden citar distintas razones que definen y permiten operar el sistema de información (S.I.): Entre ellas, se destacan:

- ✓ El acelerado proceso de cambio que se genera en el entorno lo que obliga a la institución a mantenerse al día en la información
- ✓ La creciente complejidad de la administración que generan su conformación
- ✓ La interdependencia de las unidades funcionales de la organización para satisfacer las expectativas y necesidades de los pacientes
- ✓ El mejoramiento de la productividad que hacen a la organización más competitiva
- ✓ El reconocimiento de la información como recurso que le permita atender rápidamente los nuevos requerimientos del entorno

- ✓ La participación en la toma de decisiones del personal de la institución

En definitiva, la organización necesita que determinada información fluya para coordinar sus acciones operativas y que otra similar llegue adecuadamente para que los decisores tomen sus resoluciones con el máximo conocimiento de la causa posible y para que aquellos que tienen a su cargo la responsabilidad de controlar las distintas actividades puedan hacerlo en el momento en que se detecte la primera desviación relevante entre lo previsto y lo real.



El sistema de información de un hospital debería cumplir con los siguientes objetivos básicos:

- ✓ Identificar las causas de morbimortalidad, el perfil y características de la población atendida, la demanda de servicios, etc.
- ✓ Diagnóstico de la situación de salud de la comunidad identificando y enfatizando los problemas prioritarios
- ✓ Identificar la capacidad de respuesta institucional a la demanda de servicios
- ✓ Desarrollar las diferentes actividades que se realizan en los servicios que presta la institución a los pacientes
- ✓ Ajustar la capacidad institucional a las necesidades de los pacientes que demandan los servicios

Este sistema de información requiere de la definición de contenidos, usos y usuarios que se van cambiando en la medida que se presentan nuevas necesidades de información para la toma de decisiones. El tipo y volumen de información estará relacionado con la naturaleza de las decisiones tanto estratégicas como operacionales.

Los funcionarios actuantes deben participar en todas las etapas del proceso de planeación y programación con identificación del entorno y la presupuestación

de los diferentes recursos siendo los resultados obtenidos los que orienten y apoyen el proceso de toma de decisiones.

El producto final serán el surgimiento de normas, procesos y procedimientos que permitan operar las actividades necesarias para el procesamiento de datos y la generación de información adecuada y confiable con un recurso humano capacitado y entrenado para el manejo del mismo y de los aspectos fundamentales que relacionan las diferentes actividades que apoyan la gestión institucional.

8.1.2. Clasificación de usos y contenidos:

Utilización:

- 1) *Definición de prioridades, políticas, proyectos y planes:* Necesidades básicas de los usuarios, intereses y finalidades institucionales
- 2) *Análisis de la situación de salud del individuo y de la comunidad:* Mortalidad y morbilidad
- 3) *Identificación y medición:* Riesgos: Grupos vulnerables, estilos de vida, condiciones ambientales y biopsicosociales
- 4) *Identificación de tecnologías:* Asignación y utilización de recursos: Recursos humanos, financieros, tecnológicos, suministros críticos
- 5) *Programación de atención:* Grupos humanos prioritarios, necesidades y problemas prioritarios, modelos y normas de atención, requerimientos de actividades y recursos
- 6) *Prestación de servicios al usuario:* Resultados de estudios, referencias, criterios técnicos de atención
- 7) *Administración de recursos humanos, físicos y mantenimiento*
- 8) *Control de gestión y evaluación:* Indicadores de gestión: estructura, proceso y resultado

8.1.3. Definición del Sistema Informático Hospitalario:

Autores como Huet, Rolland y Martin¹ definen a un sistema informático hospitalario como “un sistema basado en la información médica y administrativa de un hospital con funciones de almacenamiento y transferencia de información de acuerdo con los objetivos propios del hospital”.

Implica la automatización de todos los procesos que en la institución permiten ser incorporados en equipos de computación.

Se conformará un subsistema activo de datos generados en el área administrativa, en el administrativo-médico y en el médico mientras que también se establecerá un subsistema pasivo encargado de la recepción, el procesamiento y la transmisión de datos para producir la información que debe ser utilizada por las diferentes dependencias del hospital.

La definición de los objetivos es un paso primordial para poder establecer un sistema informático:

- a) *Objetivos institucionales:* Definen las características del hospital y están relacionados con la prestación de los servicios

- b) *Objetivos genéricos*: Son independientes del hospital en cuestión y buscan mejorar la calidad de la asistencia aumentando su producción y reduciendo los costos

Los objetivos generales están relacionados con hacer disponibles en tiempo real la información dispersa relativa a los usuarios siendo las mismas integradas para facilitar el proceso de toma de decisiones. Buscan orientar una distribución adecuada de los recursos con que cuenta el hospital liberando al personal de trabajo de tareas repetitivas contribuyendo a disponer de la información continua y dotando a la organización de un instrumento de medida y control de comportamiento y costo de la actividad hospitalaria.

En tal sentido, una de las principales responsabilidades del Director de un hospital es la de cumplir los objetivos de la Institución plasmados en programas para períodos anuales.

Se hace indispensable ejecutar una cantidad de gastos que se respaldan en los ingresos de dinero de origen gubernamental como de los propios pacientes.

La contabilidad que se lleva a cabo en el hospital se reproduce a través de los informes principales denominados balances generales.

También allí aparece la figura del presupuesto, cuya generación y aplicación debe tener muy en cuenta el Director para el desarrollo armónico del nosocomio. Definición de Presupuesto:

8.2. Presupuesto:

El presupuesto es un plan financiero que presenta el detalle de la forma en que se gastarán los fondos obtenidos. Establece el límite a los gastos dando contenido a los planes y programas de la institución ejerciendo el control sobre los diferentes departamentos o programas mediante la medición de los logros obtenidos.

Para su validez requiere ser dirigido de manera centralizada por una dependencia que entregue todos los parámetros que se requieren y que se consoliden los informes de todas las dependencias. Serán elaborados con la participación de todos los sectores involucrados debiendo ser realista, flexible y sencillo ya que se establecen estándares para su posterior evaluación.

El proceso presupuestal es considerada como una herramienta fundamental para dar a los recursos del hospital el uso más productivo y provechoso.

Siguiendo el análisis más pormenorizado de los datos e información que deben fluir diariamente en cualquier organización, surge también mencionar el accionar del Departamento Compras y sus vínculos con los proveedores de la entidad sanatorial. Allí se define:

Departamento Compras: Abastecimientos y suministros: Trata las actividades que se desarrollan para la adquisición, el almacenamiento y el suministro a los pacientes del hospital y a todos los trabajadores tanto de los medicamentos, alimentos y demás elementos y servicios de uso sanitario y administrativo de manera oportuna, en las cantidades exactas, con la calidad óptima y en el lugar apropiado de tal forma que el hospital cumpla plenamente con sus objetivos y metas en cuanto a prevención, diagnóstico, tratamiento y recuperación de la salud.

Actividades a desarrollar: Entre otras:

- ✓ Determinar las especificaciones de los elementos o servicios
- ✓ Determinar cuándo comprar
- ✓ Controlar los niveles de inventario y vigilar los puntos máximos y mínimos
- ✓ Establecer y/o controlar la calidad
- ✓ Obtener ofertas competitivas
- ✓ Establecer los precios óptimos
- ✓ Evaluar los proveedores y cambiarlos de acuerdo a conveniencia
- ✓ Establecer la política óptima de pagos en cada período
- ✓ Establecer los procedimientos para las órdenes de compra
- ✓ Recibir, almacenar y entregar los elementos
- ✓ Negociar devoluciones
- ✓ Hacer ajustes y adquirir nuevos productos
- ✓ Establecer seguridades para evitar pérdidas y fraudes
- ✓ Trabajar en base a estadísticas y en modelos o aplicaciones sistematizadas

Por ende, su acción se dirigirá a:

- ✓ Mantener un adecuado suministro
- ✓ Minimizar los costos
- ✓ Mantener la calidad
- ✓ Obtener el menor costo total posible
- ✓ Mantener la excelencia en el servicio del hospital

La planeación tiene como aspectos fundamentales poder determinar las necesidades en cantidad, calidad y tiempo con base a estadísticas de comportamiento y de tendencia al futuro, con la normatización de los procedimientos para hacer más eficiente las adquisiciones, estableciendo prioridades frente a los recursos económicos y humanos siempre escasos, fijando los cronogramas de las actividades para llevar a cabo la compra de los bienes y servicios y con el control de cumplimiento de estas pautas.

También se incluye en esta sección, el control de almacenes de los inventarios en existencia en cuanto a las inspecciones y recepciones de las compras, el almacenamiento posterior y la vigilancia, el control de existencias, la estandarización y la catalogación de cada bien, las verificaciones de los consumos, el despacho de suministros y la solicitud de compras ante los faltantes.

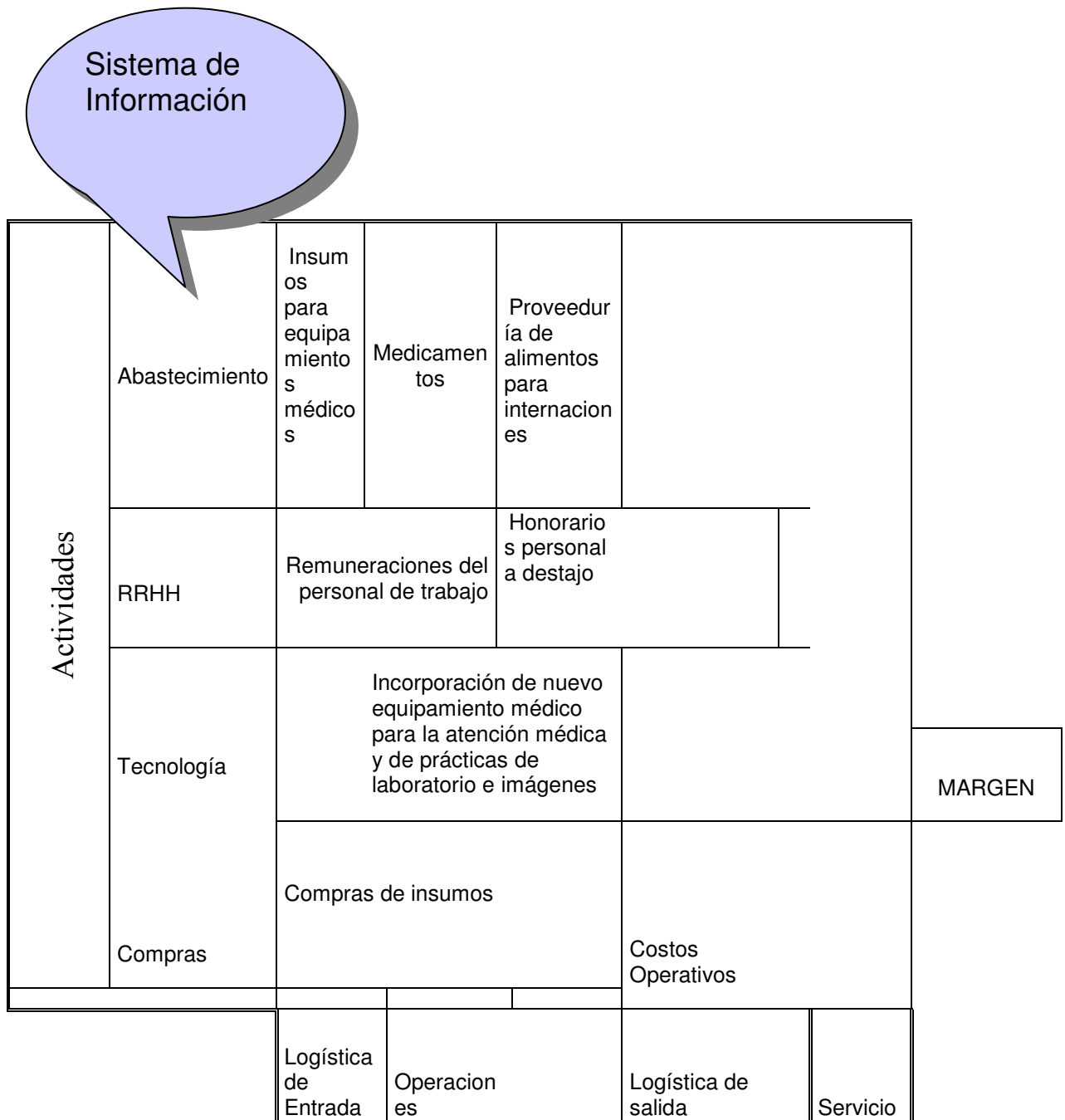


Figura: Modelo de Sistema de Información Básico Hospital

8.3. La base de datos:

La base de datos lleva la idea de agrupar todos los datos relevantes para el Sistema de Información de una organización en un único lugar, evitando redundancias, estructurándolo de una manera y proporcionando acceso al mismo a través de un lenguaje lo más natural posible.

La estructuración de la información que fluye en forma continua en la organización bajo esta manera implica un proceso de definiciones de las colecciones de las operaciones a incorporar al S.I. (sistema de información) lo que provoca enormes depuraciones de datos que se manejan en ella y que terminan superponiéndose entre sí provocando una visión global única del conjunto de datos de la organización que se logra a través del consenso y que se facilita la integración del S.I. a través de la instrumentación de la base de datos.

Por ende, es necesario e importante que los responsables directos de las distintas funciones y procesos de la organización se involucren activamente en el diseño de la Base de Datos.

En tal sentido, la aparición de las computadoras personales (PC) y de herramientas basadas en los mismos (planillas de cálculo, pequeños sistemas de bases de datos, etc.) permiten que algunos usuarios desarrollen sus propios métodos para solucionar esta cuestión y que configure condiciones básicas para que operaciones repetitivas sean generadas por el sistema de información así como las estadísticas resultantes que permiten un análisis no solo operativo sino estratégico en la continuidad del proceso.

De esta evolución, se han referido autores como Gibson y Nolan² cuando identificaron cuatro fases en este proceso de incorporar la informática a la implementación del Sistema de Información (Modelo):

- 1) *Inicio*: Se caracteriza por la mecanización de pocas actividades muy estructuradas bajo el liderazgo de pocas personas
- 2) *Contagio*: Generalización en las peticiones de soluciones informáticas por parte de más personas y departamentos
- 3) *Control*: Reconocimiento de implantar algún tipo de control más explícito con el objeto de evitar un crecimiento caótico
- 4) *Madurez*: Incorporación de la nueva tecnología en forma definitiva y efectiva en el Sistema de Información

En conclusión la Dirección debe tener en cuenta lo siguiente para la implantación de un proceso en tal cuestión:

- La estructura y funciones del Sistema de Información de una organización deben ser coherentes con la estrategia de la misma en cada momento
- La planificación y el diseño del Sistema de Información deben tener acceso a los objetivos estratégicos de la organización
- Este Sistema de Información debe guardar equilibrio operativo con el resto de sistemas integrantes de la infraestructura organizativa
- El Sistema de Información debe ser planificado y diseñado con pleno involucramiento de la Dirección
- La Base de Datos del Sistema de Información debe reflejar una visión consensuada entre todas las personas que activamente participan de su diseño

8.4. Sistema de Información Hospital:

Se han observado la realización de los siguientes procedimientos en cuanto al flujo de información diario que se concreta en el nosocomio:

- **Recepción de Turnos y atención de consultas ambulatorias:** El personal administrativo del Hospital recepta los pedidos de los pacientes y/o acompañantes para solicitar turnos a los profesionales en su atención en consultas ambulatorias. La mayoría de ellas se realizan en forma personal por orden de llegada y en las fechas dispuestas para este menester por el profesional. También puede llevarse a cabo por teléfono. Sin embargo, se le da prioridad al requerimiento personal en la misma entidad sanatorial. Arribado el día y horario de atención, el paciente, minutos antes se anuncia en Mesa de Entradas, quien le cobra el bono de consulta y busca su ficha personal en el archivo existente a tal efecto. De no poseerlo, abre una nueva y la deja en el Consultorio como material de apoyo del profesional. Luego de finalizada la consulta, el profesional la reintegra en el sector correspondiente
- **Orden de internación. Historia clínica:** Cuando el profesional entiende que un paciente debe ser internado en el nosocomio, genera en la Historia Clínica el diagnóstico respectivo con su consejo sobre la hospitalización, elaborando el personal administrativo en Mesa de Entradas la planilla individual con los datos del paciente, alta de internación con copia del carnet, recibo de sueldo por pago en la Obra Social IOMA si así lo fuera a manera de ejemplo y el DNI (documento nacional de identidad). A posteriori, en Administración deben realizar el seguimiento de la presentación de la documentación por parte del paciente en cuestión si en su primer momento no lo hubiera podido completar. En muchas ocasiones, acontece que por motivos variados el paciente y/o su acompañante nunca termina de completar esta documentación quedando el Hospital sin poder continuar con el ejercicio del recupero por parte de la Obra Social involucrada. No hay un seguimiento exhaustivo en ello ni tampoco se solicita algún tipo de garantía o exigencia para que este usuario cumpla con su parte administrativa
- **Seguimiento de los internados en Enfermería:** En el Sector Enfermería se lleva en confección un Libro Diario de pacientes internados con la identificación de los médicos que lo atienden y datos del involucrado. A cada cambio de turno de las Enfermeras, se ejecuta un control visual diario de los hospitalizados revisando la planilla en donde se registra el grado de avance clínico, los medicamentos que deben dispensarse y el diagnóstico fijado a ese momento. Esta información, denominada como Registro Hospitalario en Internaciones es una de las que se incluye en planilla para información al ente gubernamental provincial de manera de que se pueda establecer el importe anual de la coparticipación para este nosocomio municipal
- **Facturaciones a Obras Sociales y a A.R.T. para el caso de pacientes que las poseen o por accidentes de trabajo:** La prestación de los servicios del Hospital es por antonomasia de forma gratuita y de carácter obligatoria su concreción por parte del personal de trabajo para las personas indigentes.

Sin embargo, ello no acontece para los casos de pacientes que cuentan con Obra Social paga.

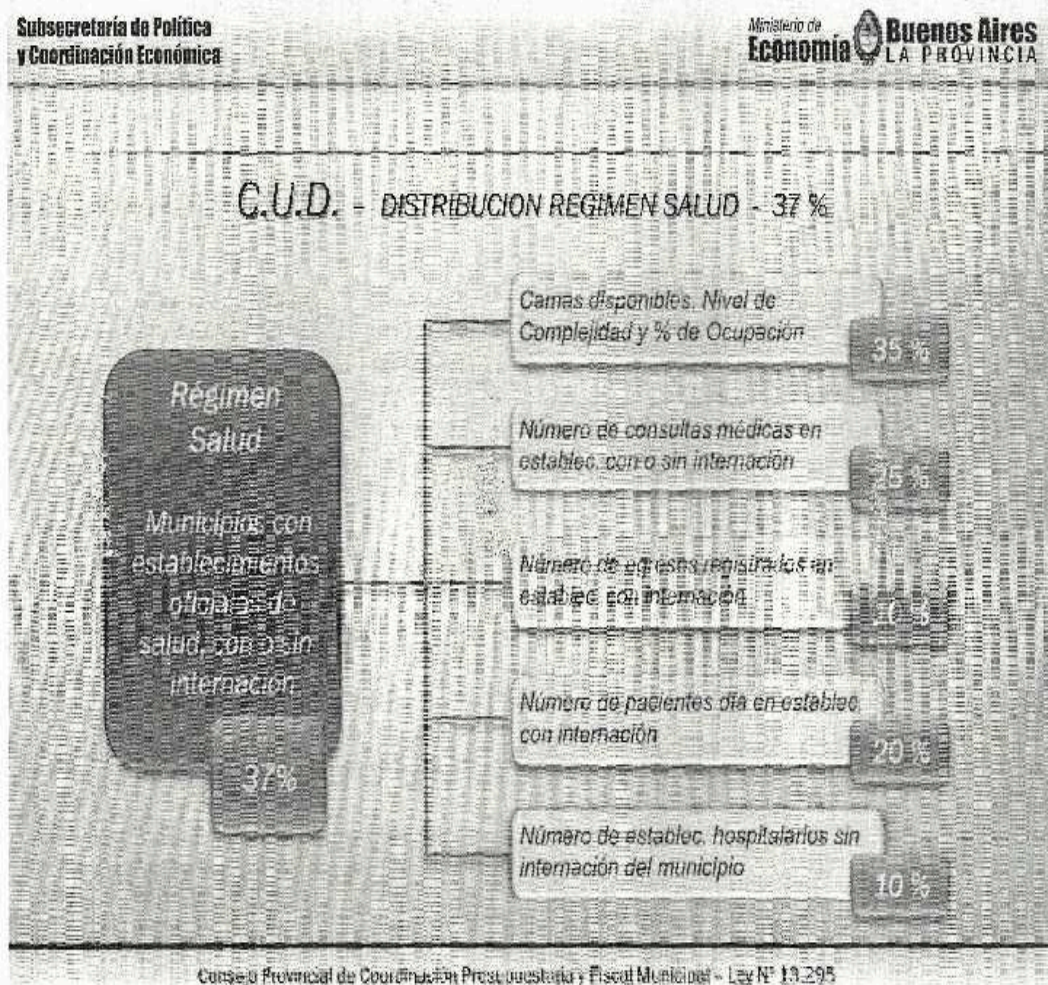
En ese caso, debe presentar el bono de consulta con copia del carnet que lo identifica con la misma.

Múltiples factores están detrás del bajo recupero de gastos en los hospitales públicos siendo su superación un esfuerzo conjunto a compartir entre varios niveles:

- ✓ Dificultades en la identificación de beneficiarios consecuencia de no disponerse de una base de datos consolidada de pacientes con cobertura médica
- ✓ Dificultades en los procesos de facturación y alta complejidad en los requisitos formales exigidos
- ✓ Inconsistencias en las tarifas reconocidas por el nomenclador nacional
- ✓ Baja capacidad de gestión de los hospitales públicos
- ✓ Falta de incentivos en los mismos para recuperar gastos y elevar su eficiencia
- ✓ Falta de determinación para apoyar estas políticas

En la práctica, suele suceder que muchas personas se hacen atender en forma gratuita aludiendo no disponer de una cobertura social aún cuando en realidad sí la poseen. Se suele filtrar esta situación en el hecho de que al ser una comunidad pequeña, casi todos se conocen, exigiéndose, cuando se descubre esta cuestión, que el usuario presente la documentación respectiva. A posteriori, el trámite continúa en seguimiento de la Administración con la presentación de la papelería ante la Obra Social interviniente (mayoritariamente en los casos de PAMI e IOMA) recibiendo el reintegro de los servicios prestados por medio de un interdepósito en una cuenta municipal del Sector Contaduría del Municipio dentro de las Rentas Generales (no del hospital aún cuando el Secretario de Hacienda pueda saber al final de cada ejercicio contable cuánto se percibió en este rubro de esta unidad sanatorial). Se condensa toda la información de los bonos de consulta recibidos diariamente facturándose una vez al mes a cada una de ellas las cuales liberan esos pagos con una frecuencia estimada en sesenta días. La Administración del Hospital hace el control de que los pagos sean realizados pero no cierran nunca el trámite ya que, tal cual como antes se expresara, el cobro se genera mediante interdepósito bancario y de control de parte de Hacienda Municipal. El sistema, en líneas generales, es lento porque los médicos demoran sustantivamente procesar su parte en la información que requiere la Obra Social y que tiene que ver con el diagnóstico presunto y los pasos a seguir. Igualmente, en esta cuestión, tanto en la faz ambulatoria, como de urgencias y hospitalización, el cobro de los reintegros se ejecuta en forma intermitente y dependiendo de que el paciente entregue la papelería necesaria para poder percibir el recupero respectivo

- **Pedido de informes a la Secretaría de Salud Municipal o de parte del Ministerio de Salud Provincial:** Se contesta desde el Hospital porque esta dependencia funcional de mayor rango carece de personal propio y de lugar edilicio por lo tanto se absorbe desde la misma. Por ende, el personal administrativo contesta notas que lo involucra directamente y a la Secretaría de Salud que lo aglutina, vinculadas a pedidos de informes por accidentados, pacientes internados, juicios, causas penales, datos estadísticos que deben presentar las unidades de salud, etc.
- **Reparaciones edilicias:** En caso de obras programadas se dirige el pedido correspondiente al Intendente Municipal en base al informe que presenta el Director de Salud que, se recuerda, es coincidente con el de la Dirección del nosocomio. El municipio se encarga de la acción de realizarlas con personal propio o de terceros contratados que llevan a cabo la misma de acuerdo a los parámetros fijados con anterioridad. Para el caso de urgencias, se requiere el trabajo en forma directa por el hospital para luego el contratado facturar a Hacienda del Municipio quien lo termina abonando el servicio a los treinta días
- **Compras: Control de suministros:** Compra de medicamentos o insumos en Farmacia: Sin contar los medicamentos que se reciben directamente desde el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, para los casos de adquisición de insumos (apósitos, material descartable, etc.) el empleado encargado hace un listado de necesidades de ellos trabajándose a destajo, sin días determinados y sin control de stock. En promedio se lleva a cabo esta actividad una vez por semana generándose las compras en continuidad a los mismos proveedores de la zona quien en periodicidad cumplen con su cometido aunque en forma habitual acontezca que el hospital carezca de algún insumo en algún momento por motivos variados (agotado el stock sin realización del pedido, falta de inventario en el proveedor, etc.). Para el caso de la compra de víveres (comidas), artículos no perecederos y artículos de limpieza, se ejecutan en promedio cada dos meses previo control visual. Se lleva una lista de consumos y cantidades históricas de utilización y en función a ello se generan las adquisiciones. No hay stock ni inventario. Solo la verificación “in situ” de uso y necesidades con la confección de los formularios para su autorización. En ese documento se incluye la cantidad de productos faltantes y con su debida descripción. El resto de los elementos que contiene el mismo, tales como el código, costo unitario, costo estimado lo termina de confeccionar el Sector de Compras que no pertenece al equipo de trabajo del Hospital sino a la Secretaría de Hacienda, realizando este grupo de trabajo todas las adquisiciones del Municipio en forma general. Para el caso de los artículos perecederos utilizados en los servicios de hospitalización se compran cada quince días con previa solicitud a Compras. El proveedor, hace la entrega en partes por conveniencia del Hospital y en función a la capacidad de stock y de uso según demanda de los pacientes
A continuación se incluye Modelo Formulario Pedido de Suministros:



La Ley 10820 establece y describe los parámetros que integran el coeficiente por el Régimen de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Además, en la Resolución ME nº 198/99 se definen algunos conceptos como perfil de complejidad, consultas y camas disponibles que al momento de elaborar el coeficiente anual siguen siendo utilizados.

Este distribuidor asigna el mayor porcentaje de los recursos coparticipables de acuerdo a la oferta hospitalaria municipal.

Entonces, en función a ello los parámetros utilizados para la coparticipación se detallan a continuación:

- **35%:** Camas Disponibles, Nivel de Complejidad y Porcentaje de Ocupación
- **25%:** Número de consultas médicas en establecimiento con o sin internación
- **10%:** Número de egresos registrados en establecimientos con internación

- **20%:** Número de pacientes día en establecimientos con internación
- **10%:** Número de establecimientos hospitalarios sin internación del municipio

De lo expuesto, se entiende el motivo de gran preocupación por parte del Secretario de Hacienda de la Municipalidad con relación a que las estadísticas del Hospital Municipal Eustaquio Aristizábal pueda llevarse a cabo lo más específicamente posible: El 37% de la coparticipación provincial con respecto a los municipios pertenece al Área Salud y ese importe varía en de acuerdo a los porcentajes en información de lo precedentemente indicado.

Actualmente, el Sistema de Información del Hospital está en su primera fase: Inicio: La mayoría de los registros se llevan en forma manual solo usándose la PC para notas y hojas de cálculo de formularios determinados pero no para la acumulación de estadísticas.

Este hecho se está subsanando en parte con la inclusión de un nuevo empleado encargado directamente en esta tarea por la cual incluye en una planilla de cálculo todas estas variables mes a mes de manera de estimar a fin de cada ejercicio el acumulado y los resultados en cuanto a la recaudación coparticipable a nivel provincial.

Por el otro lado, se encuentra a prueba un sistema de registros creado por un ex empleado de un hospital de la zona, en la cual enlaza varios de estos registros y los condensa en una base de datos que permitiría obtener esta información sin necesidad de incluir esta metodología actual.

8.5. Benchmarking:

Michael Spendolini³, experto en esta materia, concreta la siguiente definición: “Benchmarking es un proceso sistemático y continuo para evaluar los productos, servicios y procesos de trabajo de las organizaciones que son reconocidas como representantes de las mejores prácticas con el propósito de realizar mejoras organizacionales”.

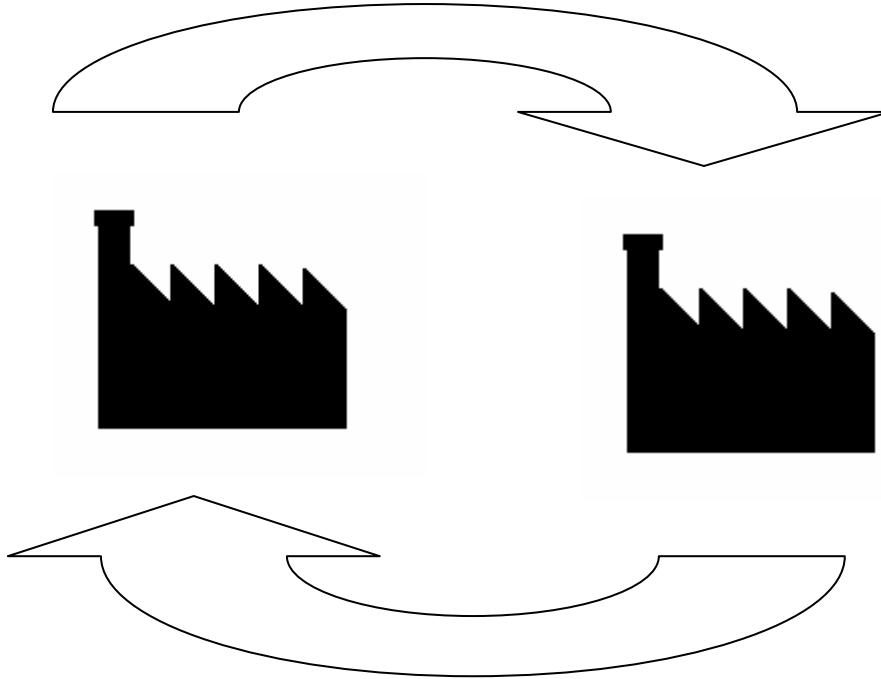
Esta práctica se convierte en un sano ejercicio que facilita la competencia inteligente y cordial y que puede significar para el caso de los hospitales de una herramienta de real valía logrando captar su verdadero significado y proyección.

El benchmarking permite efectuar un diagnóstico de posibilidad de mejora dentro de un proceso ó un conjunto de procesos dentro de la organización, efectuando un análisis comparativo de los mismos ya sea con otra organización excelente en el proceso a comparar – en cuyo caso se habla de benchmarking externo-, o si se trata de un proceso dentro de la misma organización que se toma como “fíel”, -se habla de benchmarking interno-.

En ambos casos, no se trata de copiar, sino de saber adaptar lo que se aprecia puede adoptarse al proceso en cuestión.

Asimismo debe tenerse en cuenta que el externo puede ser relacionado cuando se toman como referencias procesos del mismo tipo, misma clase de organización, mismo mercado por ejemplo y no relacionado cuando se efectúa el análisis con actividades ajenas al sector en cuyo caso se acude a la analogía.

Hasta el momento, en materia de Sistema de Información, el Hospital no ha incursionado en Benchmarking de ninguna manera.



Notas Bibliográficas:

- 1.- Extraído de James A. Senn (1987) "Sistemas de Información para la Administración" Editorial McGraw-Hill, Mexico
- 2.- Gibson and Nolan (1974) "Modelo de Tecnología de Información" Revisión USA
- 3.- M. Spendolini (1994) "Benchmarking" Editorial Norma S.A., Bogotá, Colombia

TERCERA PARTE: LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN

CAPÍTULO 9

CRITERIO 5 DE DIAGNÓSTICO: PLANIFICACIÓN

Alfonso Sánchez: “La planificación no es de expertos, es acción cotidiana de todos”



9.1. DIAGNÓSTICO: CRITERIO 5: PLANIFICACIÓN:

La planificación de la calidad, conforme a lo que indica Jaime Varo, tiene como fin adaptar la organización a su entorno en un horizonte temporal determinado y consiste en definir los objetivos de calidad y formular las estrategias para alcanzarlos.

La gestión de la calidad es el aspecto de la gestión general que determina y aplica la política de calidad expresada formalmente por la dirección del hospital para el caso. Para ello se integra una dirección que es la guía de la organización y que conforma un preciso esquema lógico de acción para conseguir la máxima eficiencia y el mayor número de objetivos, una administración mediante la cual, a través de un conjunto de medidas, decisiones, procedimientos, sistemas, relaciones y controles, se llevan a cabo las actividades dispuestas por la dirección y la gestión propiamente dicha, definida como el conjunto de operaciones técnicas, financieras, comerciales, etc., desarrolladas para el funcionamiento de la organización.

9.1.1. Actividades principales de la gestión de la calidad:

Se identifican las siguientes acciones:

- ✓ Determinar las necesidades de los clientes
- ✓ Fijar los objetivos de calidad basados en las necesidades
- ✓ Desarrollar el proceso que alcance esos objetivos
- ✓ Asignar los recursos necesarios para llevar a cabo este proceso
- ✓ Evaluar el avance logrado en la consecución de los objetivos
- ✓ Identificar los problemas o puntos problemáticos de los procesos
- ✓ Diagnosticar los problemas y aislar las causas
- ✓ Tomar las decisiones destinadas a resolver los problemas
- ✓ Realizar un seguimiento para comprobar que las medidas son efectivas
- ✓ Planificar la mejora continua de la calidad

La gestión de la calidad debe aplicarse en todos los niveles de la jerarquía organizativa siendo la dirección la que desarrolla la gestión estratégica de la calidad, los servicios médicos y las unidades de enfermería llevarán a cabo la gestión operativa de la calidad, mientras que los trabajadores en forma individual y grupal harán sus aportaciones continuas a la gestión en calidad.

El proceso de planificación en servicios de salud, siguiendo la temática de este autor, tiene cuatro elementos sustanciales:

- a) El tiempo
- b) El espacio
- c) El modo
- d) La satisfacción de las necesidades de salud de la población

En cuanto al *tiempo*, se hace referencia al momento de vigencia del proceso de planificación que debe surgir de la decisión política de planificar.

El *espacio* sería la delimitación geográfica poblacional cubierta por el servicio de salud.

El *modo* indica cómo debe llevarse a cabo y la *satisfacción de las necesidades de salud de la población* hace referencia a la finalidad (la imagen objetivo del proceso).

La planificación, para mayor precisión de su alcance, según J. L. Alfonso Sánchez¹ es el proceso de análisis y conocimiento de un sistema que formula las metas y objetivos, asignando los recursos y diseñando las alternativas estratégicas con el propósito de alcanzarlas, evaluando luego la eficacia de los planes y eligiendo la mejor posible de manera de iniciar las acciones necesarias para su desarrollo y efectuando un seguimiento continuo del sistema con el fin de alcanzar una óptima relación entre éste y el plan.

El modelo estratégico implica privilegiar la estructura de los objetivos, reconocer las categorías de complejidad, la fragmentación, incertidumbre, conflicto y dependencia considerando el problema del poder y admitiendo la existencia de diferentes fuerzas sociales, utilizando e integrando elementos normativos que corresponderían al “deber ser” y elementos estratégicos como “el poder ser” en una actitud anticipativa y exploradora que permita crear situaciones futuras, intermedias y finales que se enlazarían a situaciones objetivos probables y deseables para la fuerza social que planifica seleccionando proyectos dinámicos, idóneos para llegar al cambio deseado combinándolos en secuencias alternativas o trayectorias que maximicen su efecto, analizando y construyendo la viabilidad de propuestas, considerando la negociación tanto hacia el interior de la fuerza social que planifica como hacia el exterior como la categoría clave para conferir viabilidad a las mismas exigiendo amplia participación de todos los actores que intervienen en el proceso.

La planificación estratégica puede definirse, a criterio de J. P. Peters² como el proceso mediante el cual quienes toman las decisiones en una organización obtienen la información y, a partir de ella, elaboran los fines que con los medios y recursos le permiten elaborar los planes los cuales experimentan y controlan y, después de ejecutados, realizan el seguimiento.

9.1.2. Principios de la planeación estratégica:

Se destacan los siguientes principios de la planeación estratégica:

- ✓ *Fase de inteligencia:* Su objetivo es identificar el desfase entre la situación deseada y la potencial en ausencia de una estrategia nueva

- ✓ *Diagnóstico* (investigación y análisis de la situación actual): Su objetivo es llevar a cabo dos análisis que permitirán evaluar la situación actual y la potencial con relación a su entorno
- ✓ *Planteamiento de alternativas* (construcción de escenarios futuros deseables y viables): Implicará saber cuál va a ser la evolución y en qué forma afectará al hospital con el fin de adaptarlo a las necesidades próximas
- ✓ *Posibilidad de cambios*
- ✓ *Análisis de las causales*
- ✓ *Análisis de las variables*
- ✓ *Compromiso de cómo llevarlo a cabo*
- ✓ *Compromiso con el cambio*

9.1.3. Actividades básicas de la planificación de la calidad:

J.M. Juran³ identifica tres actividades básicas del proceso de planificación de la calidad:

- 1) Identificar los clientes y sus necesidades
- 2) Desarrollar un producto que responda a esas necesidades
- 3) Diseñar un proceso capaz de generar ese producto

Etapas involucradas:

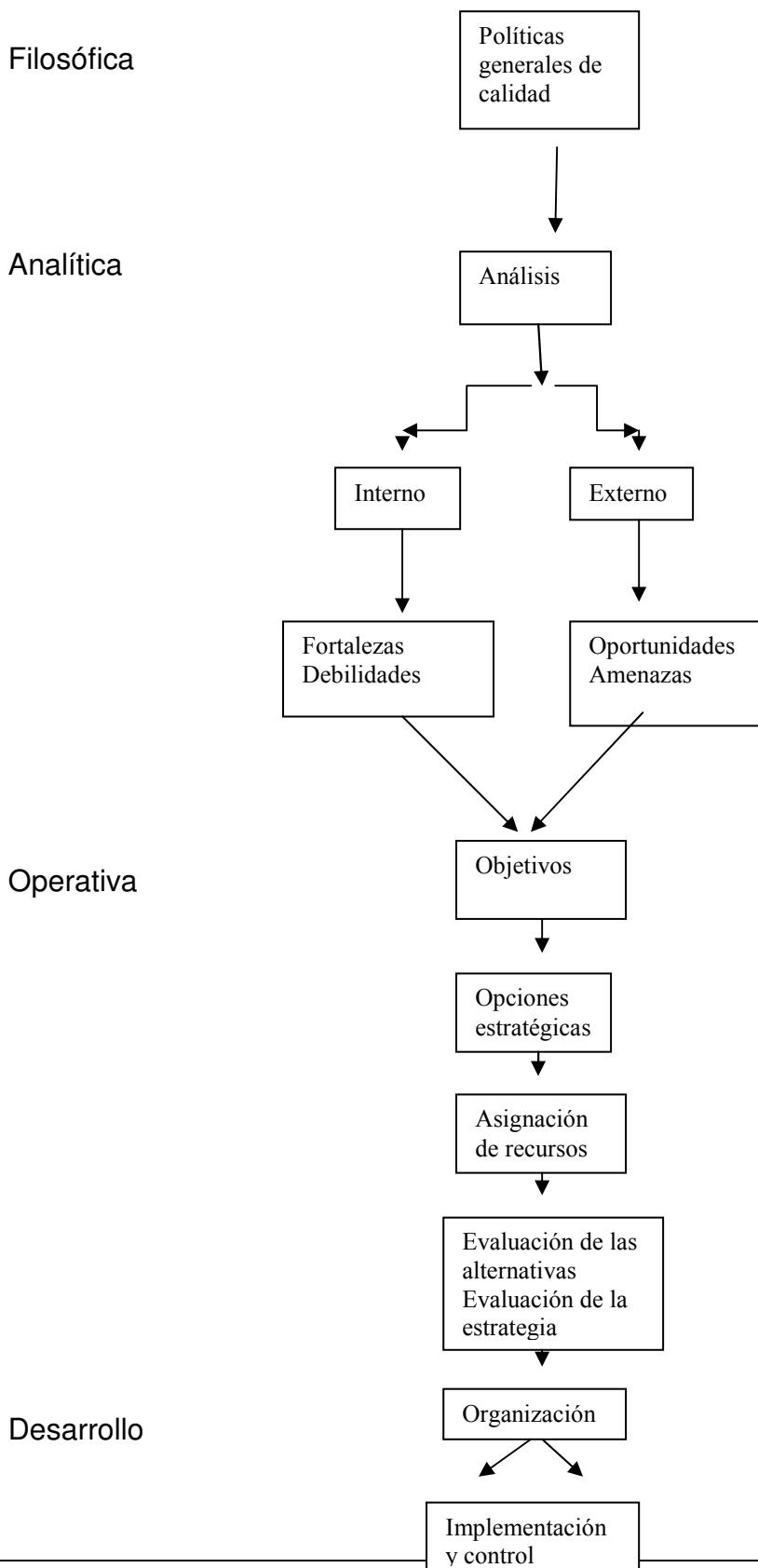
- ✓ Listado de productos y procesos existentes
- ✓ Identificación de los clientes
- ✓ Conocimiento de sus necesidades
- ✓ Traducción de las necesidades al lenguaje médico
- ✓ Establecimiento de las unidades de medida
- ✓ Traducción de las necesidades al lenguaje médico
- ✓ Optimización del diseño del producto
- ✓ Desarrollo del proceso
- ✓ Optimización y prueba de la capacidad del proceso
- ✓ Transferencia del proceso a operaciones

La planificación involucra una serie de aspectos que no pueden dejarse de lado y que están vinculados a que implica un proceso que debe ser reflexivo, sistemático, impulsado desde la dirección y que se inicia con el estudio de todas las áreas claves del hospital y los factores relevantes del entorno dando lugar a los planes de corto, medio y largo plazo constituyendo la base y la guía del cambio de la organización.

Se integrará a través de cuatro fases bien marcadas:

- 1) *Etapas filosófica*: Se formulan las políticas de calidad del hospital en el marco de los principios y la naturaleza de la organización
- 2) *Etapas analítica*: Se identifican los puntos fuertes y débiles del hospital así como las amenazas y oportunidades que ofrece el entorno
- 3) *Etapas operativa*: Consiste en definir objetivos claros, precisos y acordes con la filosofía y el análisis del hospital y de su entorno
- 4) *Etapas de desarrollo*: Durante la misma se contempla la organización de las funciones y responsabilidades, la selección y formación del personal y la motivación del mismo a fin de que sus actuaciones se orienten hacia el logro de los objetivos fijados

A continuación se incluye gráfico del proceso integrado de planificación (adaptación de A. Pola Maseda "Gestión de la calidad" Barcelona 1988)



9.2. El diagnóstico estratégico:

La etapa fundamental del proceso de planificación es el diagnóstico estratégico que va a permitir evaluar la situación actual y potencial del hospital con relación a su entorno.

Esta evaluación constituye la base de un proceso formal, racional y analítico.

El diagnóstico estratégico consiste en descubrir las amenazas y oportunidades del entorno y los puntos fuertes y débiles internos del hospital para el armado de la matriz FODA.

En el entorno externo surgen:

- ✓ Análisis de las tendencias ambientales
- ✓ Análisis de las industrias de servicios sanitarios
- ✓ Análisis de los grupos con intereses en el hospital
- ✓ Análisis de las fuerzas del mercado local
- ✓ Análisis de los recursos claves actuales y futuros

En el entorno interno surgen:

- ✓ Información sobre el área de influencia, que involucra al mercado, el servicio que se intenta ofrecer, el conocimiento de las motivaciones de los que consumen el servicio hospitalario y el establecimiento de una comunicación continua con el paciente (oferta y demanda)
- ✓ Información sobre los pacientes atendidos
- ✓ Información sobre otras organizaciones similares



Visión:

La declaración, define los propósitos de la organización a mediano y largo plazo. Es externa y se orienta al mercado buscando clarificar qué percepción pretende la empresa que el mundo tenga de ella

Misión:

Para avanzar en la planificación estratégica es necesario contar con una Misión (el deber ser de la organización entendiendo como la formulación de un propósito duradero) y con una Visión (imagen mental sobre un futuro posible de la organización).

En cuanto a la Misión, se expone lo citado por Yolanda Guzmán y Julio Alberto Sáenz⁴: “Una misión debe elaborarse teniendo en cuenta la población objetivo, los productos o servicios, el entorno de la competencia, las tecnologías a emplear, los valores y aspiraciones de quienes componen la entidad y debe ser redactada de tal forma que motive y estimule la acción”.

Por ende, debe ser trabajada en forma colectiva y adoptada por consenso haciendo una convalidación periódica de su redacción para ajustarla a los cambios que se produzcan en la organización y en su entorno. Su formulación deberá buscar el equilibrio entre un nivel de abstracción que permita la creatividad y facilite conciliar intereses de los principales actores empresariales en un nivel de especificidad dado que señale opciones estratégicas y diferencie a la misma de otras similares evitando la concentración de esfuerzos en actividades no relacionadas con los propósitos generales de la organización.

Las preguntas involucradas son: Qué hacemos? Qué deberíamos hacer? Que se quiere lograr? Hacia dónde se va? Cómo se logra ir?

Se trata de un documento público que debe circular entre los integrantes de la organización, los clientes, los proveedores y entidades relacionadas.

En la redacción de la misión tienen que estar explicitadas diez características de acuerdo con lo expresado por Vern McGinnis (1981):

- 1) Clientes
- 2) Productos o servicios
- 3) Mercados
- 4) Tecnología
- 5) Preocupación por supervivencia, crecimiento y rentabilidad
- 6) Filosofía
- 7) Concepto de sí mismo de la organización
- 8) Preocupación por imagen pública
- 9) Efectividad reconciliatoria
- 10) Calidad inspiradora

9.3. Cultura de la organización:

Completando algunos conceptos vertidos en el Capítulo 7 vinculados a este tema de la cultura organizacional, se puede citar al autor Karl Albrecht⁵ quien expresa en esta cuestión: “Un curioso aspecto de las culturas empresariales que merece un análisis más profundo que el que ha recibido hasta ahora es el lenguaje de la organización: el entorno verbal que rodea y penetra el

pensamiento de todos los que trabajan en ella. Escuchando los procesos verbales de la empresa, se pueden comprender cómo funcionan y cuál es su cultura, con frecuencia, con mayor precisión que si les preguntáramos a los ejecutivos. El lenguaje (la terminología, la jerga, las formas de expresión y las metáforas que las personas utilizan a diario) es una ventana que nos permite ver el inconsciente colectivo de la organización y su cultura”
Explica la cultura subyacente del personal de trabajo del hospital: sus costumbres, su humildad, temas políticos, teoría de supervivencia, etc.

9.4. El Objetivo:

El objetivo es una medida de la eficiencia del proceso de conversión de los recursos en resultados preestablecidos que se pretenden alcanzar con la acción de una organización.

Funciones:

- ✓ Guiar, estimular y coordinar las decisiones y las acciones
- ✓ Ser la base de la evaluación y control de los resultados
- ✓ Motivar a los miembros de la organización
- ✓ Transmitir al exterior las intenciones de la organización

Requisitos:

- ✓ Fijarse en función de las necesidades reales de la organización, de sus miembros y del mercado
- ✓ Exponerse en forma clara y con indicación de los elementos implicados en su consecución
- ✓ Ser mensurables y estar expresados en términos precisos
- ✓ Ser alcanzables de forma que pueda cambiarse la estrategia elegida si las excesivas desviaciones permiten deducir que son inasequibles
- ✓ Estar constantemente coordinados y mantenidos en equilibrio tanto en forma temporal, como horizontal y vertical
- ✓ Ser ambiciosos, difíciles y comprometedores pero no utópicos
- ✓ Establecerse con la participación de todos y darlos a conocer
- ✓ Tener suficiente estabilidad en el tiempo de modo que aseguren una cierta continuidad de la acción
- ✓ Fijarse por cada interesado
- ✓ Deben ser óptimos en cuanto a resultados globales incluyendo todas las actividades y ser fáciles en mantenimientos y económicos

Clasificación:

Objetivos generales: Los objetivos generales son aquellos que afectan a toda la organización en su desarrollo. Los de largo plazo se vinculan a ello y a la orientación del hospital (objetivos estratégicos) mientras que los de plazo medio afectan a la gerencia o una dirección técnica

Objetivos particulares: Los objetivos particulares son aquellos que afectan a una actividad específica. Los de medio plazo les conciernen a los diversos departamentos hospitalarios mientras que los de corto plazo se establecen en los niveles inferiores del hospital.

Objetivos principales: Se vinculan a la atención médica especializada

Objetivos secundarios: Están vinculados al principal pero no integrados por lo que su producción no condicionan los del nivel superior

Objetivos de largo plazo: Por lo menos en una vista de cinco años teniendo una vista estable con el objeto de asegurar la continuidad de la acción

Objetivos de medio plazo: En una vista de hasta tres años: Se hacen más tangibles y de concreción más inmediata.

Objetivos de corto plazo: En una vista no mayor a un año: Su continuo cumplimiento permite valorar los progresos alcanzados en la consecución del objetivo final

9.5. Diseño y puesta en marcha de un plan operativo:

Constituye el modelo que caracteriza la acción, el quehacer y movimientos de trabajo de la organización.

Elementos caracterizantes:

- ✓ Diseño de proyectos y programas destinados a mejorar áreas claves
- ✓ Definición en cada proyecto de los productos operados
- ✓ Actividades que hay que desarrollar para lograr los productos
- ✓ Determinación de los responsables de cada actividad y cronograma de ellas
- ✓ Requerimientos y presupuestos que faciliten el desarrollo de las actividades
- ✓ Seguimiento con indicadores definidos
- ✓ Control y asistencia técnica

9.6. La planificación del Sistema de Información:

La planificación, entendida como un procedimiento sistemático de toma de decisiones sobre qué hacer en el futuro con los sistemas de información, indica que pueden considerarse cuatro fases diferenciadas en su evolución para lograr dicho objetivo:

Fase 1: La introducción de la informática en la organización:

El objetivo primordial de los directivos al incorporar la informática a las organizaciones es la de reducir los costos en el proceso de información vinculados a la contabilidad, los recursos humanos y la facturación. Ellos configuran procesos meramente administrativos desarrollando operaciones repetitivas que superan al factor humano en tal sentido. Implica que el sistema de información queda supeditado totalmente al ámbito administrativo creando una barrera de comunicación entre los directivos, las jefaturas intermedias y los empleados operativos

Fase 2: Expansión anárquica de las aplicaciones informáticas:

Una vez que la organización empieza a asentarse en la primera fase de la implementación de un sistema informático, surgen nuevas necesidades en los distintos sectores de la misma en la que le solicitan al departamento encargado del sistema de información que las haga frente en planteos de problemas cada vez más complejos e intrincados. Por ello, se generan enormes problemas de

comunicación y disfuncionalidades manifiestas tanto desde el punto de vista técnico como desde el punto de vista de la organización.

En esta etapa empiezan a valorarse para la asignación de recursos en esta cuestión la facilidad de implementación de nuevas funcionalidades del sistema informático, la novedad y el atractivo tecnológico que genera en el personal de trabajo el avance en ese sentido, los costos de desarrollo que empiezan a aparecer en escena y el poder de la unidad funcional solicitante de la organización

Fase 3: Coordinación del Sistema de Información con los objetivos de la organización:

En esta fase, se resalta la situación que la Dirección observa que habrá que generar una fuerte inversión de recursos económicos para mantener la instalación informática funcionando con la tecnología adecuada más vinculada a las quejas de los usuarios que observan una cierta mecanización de actividades antes de pura transacción humana la cual no valoran en un avance en cuanto a la velocidad de acción.

La solución, evidentemente, pasará por afrontar el problema asignando los recursos al nivel que corresponda.

Se establecerán planes sistemáticos de definición de necesidades de información coherentes con los objetivos estratégicos de las unidades funcionales de la organización. El plan contemplará los proyectos a desarrollar siendo prioritario para la Dirección la asignación de recursos tendientes a su pleno desenvolvimiento siendo el departamento de sistema de información ya no más una mera respuesta parcial de solución a los problemas que planteaban los distintos sectores de la organización sino ya un verdadero coordinador interdepartamental que elabora la propuesta del plan del sistema.

Fase 4: Interdependencia estratégica de la organización con la tecnología y el sistema de información:

En esta etapa la Dirección pretende sacar el mejor partido de las nuevas tecnologías de la información.

Aquí quedan integradas las posibilidades de aplicación de la tecnología con el sistema de información y la estrategia de la organización ya definida.

Es el punto cúlmine de desarrollo del Sistema de Información en la cual se cuenta con una cultura organizacional que necesariamente debe ser sensible al potencial de la tecnología de información y que el departamento de sistemas de información tiene muy en conocimiento los objetivos que tiene la organización.

Para el desarrollo de las distintas fases de avance del sistema de información deben tenerse en cuenta los siguientes aspectos:

- ✓ Delinear una lista de proyectos a desarrollar en los próximos tres a cinco años
- ✓ Preparar un plan de trabajo como punto de partida
- ✓ Establecer la prioridad de cada proyecto en función a la relevancia de aspectos técnicos relacionado con su implementación en una determinada infraestructura tecnológica

- ✓ Para el desarrollo de proyectos a un año de plazo, se requiere un suficiente detalle que permita su evaluación en términos económicos con el objeto de incluirlo en el presupuesto anual
- ✓ Instauración de mecanismos de control para el seguimiento del plan
- ✓ Generar una lista de actividades de la organización donde la tecnología pueda utilizarse como herramienta de soporte para aumentar su eficacia y eficiencia

9.7. La planificación en el caso de diagnóstico:

El Hospital no tiene fijada ni una visión ni una misión aunque el Director reconoce que más de una vez se lo ha planteado como propuesta para desarrollo en participación activa con el personal de trabajo.

Se ha observado en dicha persona y en el equipo de trabajo la idea de que el Hospital Público Municipal Eustaquio Aristizábal es un referente de la comunidad marchiquitense por su propia historia, envergadura, su trayectoria, que se termina convirtiéndose en un lugar de encuentro para la comunidad.

En el año 2013 esta entidad sanatorial cumplirá su primer centenario habiendo ya una idea emergente desde el Intendente Municipal y el propio Director desarrollar un plan de festejos que involucren distintos aspectos vinculados a mejorar y ampliar la estructura edilicia, incorporar nueva tecnología en instrumentales y en especialidades a atender y generar un renovado marco de relación entre el personal de trabajo y los pacientes habituales del mismo en los servicios a prestar.

La ausencia de una visión y misión explícita no invalida que exista una subyacente: El Hospital como un lugar de encuentro de la comunidad en donde a más que pueda atenderse por un problema concreto de salud física también lo considere como un ámbito en donde poder ser escuchado en su andar por la vida tanto por el personal administrativo de trabajo como el profesional médico y de enfermería.

No existe un Organigrama de desarrollo laboral en el Hospital pero sí en el ámbito municipal ya que existe una definición de la Planta de Personal y de Manual de Funciones dentro del Organigrama Municipal.

En el Anexo 7 se incluye un Modelo de Estructura Organizativa para una entidad sanatorial de salud pública como la de diagnóstico.

Para el ámbito de la Secretaría de Salud se dispone el siguiente esquema:

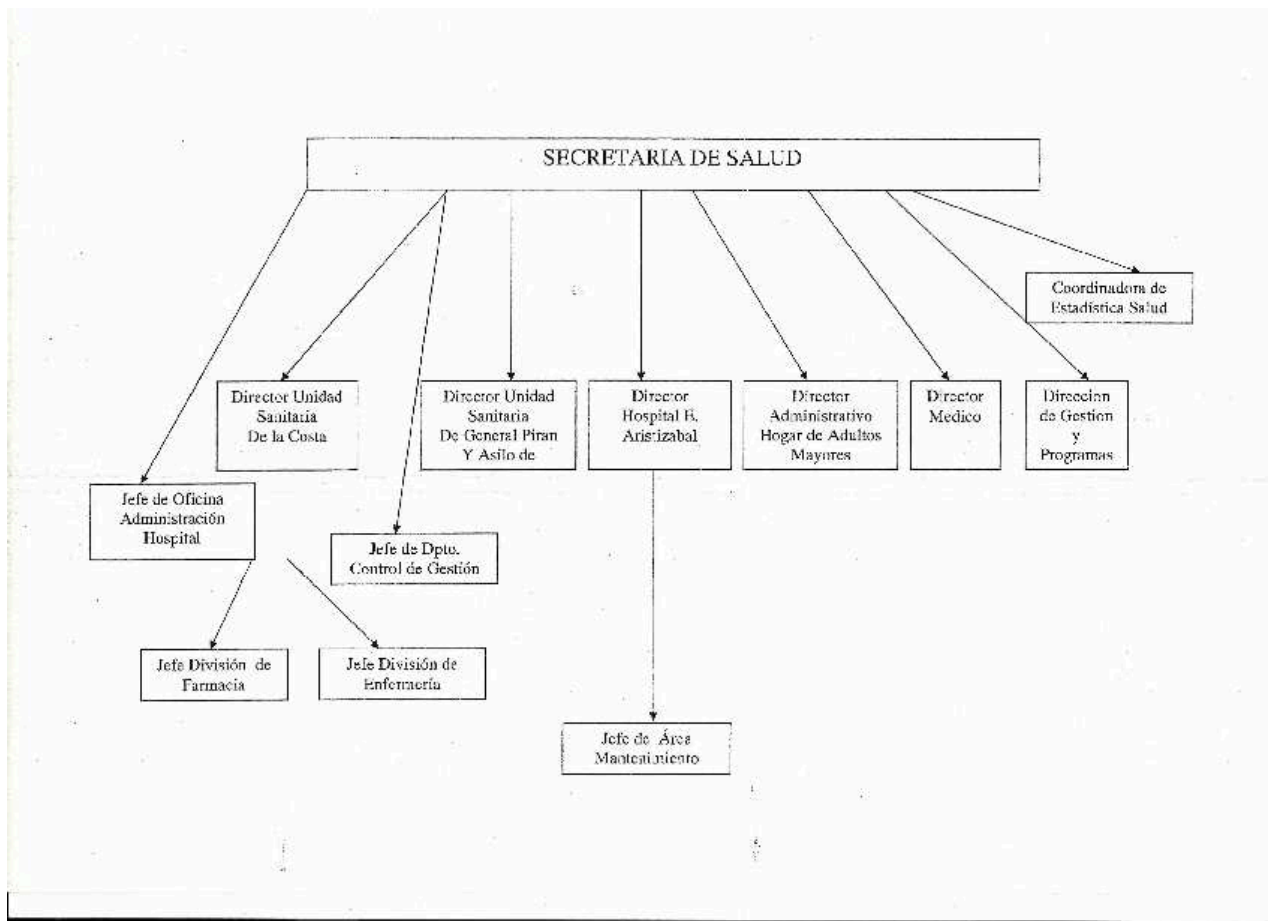


Figura: Organigrama de la Secretaría de Salud de la Municipalidad del Partido de Mar Chiquita conforme a la normativa en vigencia

En el Manual Descriptivo de Funciones y Competencias. Estructura Orgánica Municipal⁶ en su Art. 102 define el cargo y la competencia de la Secretaria de Salud:

Art. 102: Estará a cargo de una persona bajo el rótulo de Secretario de Salud Pública siendo sus funciones:

- a) Desarrollo de planes y coordinación con estamentos provinciales y nacionales para la realización de campañas de divulgación sobre medicina preventiva
- b) Administración de Centros y/o Instituciones de medicinas preventivas
- c) Control y coordinación de organismos a su cargo para la recuperación de la salud como hospitales, salas de primeros auxilios, asilos de ancianos, etc.
- d) Supervisar los servicios de ambulancias municipales
- e) Planificar la atención médico asistencial a la familia, ayuda de emergencia a damnificados por catástrofe o siniestros
- f) Asignar competencia específica

Art. 103: Para el cumplimiento de la misión encomendada, el Secretario de Salud contará con las siguientes dependencias:

- a) Dirección del Hospital Eustaquio Aristizábal
- b) Dirección de Unidades Sanitarias de la Costa
- c) Dirección de Unidad Sanitaria de General Pirán y Asilo de Ancianos
- d) Director Médico
- e) Director Administración de Adultos Mayores
- f) Dirección de Gestión y Programas
- g) Coordinadora de Estadística de Salud
- h) Jefe de Departamento de Control de Gestión
- i) Jefe de Oficina del Hospital Eustaquio Aristizábal
- j) Jefe de División de Enfermería
- k) Jefe de División de Mantenimiento
- l) Jefe de Área de Farmacia

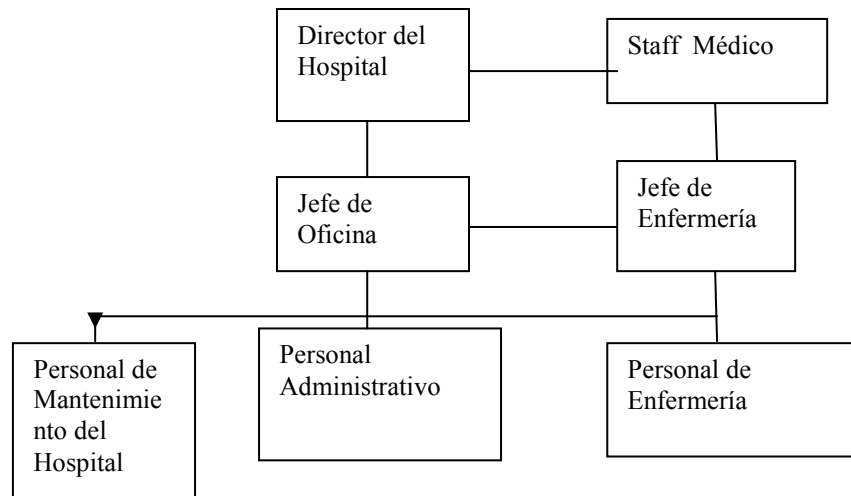
Art. 104: Dirección Hospital Eustaquio Aristizábal: Estará a cargo de una persona bajo el rótulo de Director del Hospital Eustaquio Aristizábal siendo sus funciones:

- a) Supervisar la prestación en el nosocomio de las siguientes especialidades:
 - 1.- Clínica Médica
 - 2.- Cirugía
 - 3.- Radiología
 - 4.- Pediatría
 - 5.- Obstetricia
 - 6.- Cardiología, etc.
- b) Atención de los casos de complejidad de todo el Partido de Mar Chiquita, con excepción de las patologías de alta complejidad que se trasladan a otros centros más importantes
- c) Guardia permanente de 24 horas

Art. 109: Jefe de Oficina del Hospital Eustaquio Aristizábal: Estará a cargo de una persona bajo el rótulo de Jefe de Oficina del Hospital Municipal Eustaquio Aristizábal siendo sus funciones:

- a) Reformular la actividad administrativa interna del Hospital informando a su superior inmediato en lo referido a dicho funcionamiento
- b) Formular planes y estrategias de trabajo tendientes al mejoramiento de dicha área y a su optimización
- c) Asignar competencia específica

Reiterando que no existe en formalidad un Organigrama de funciones en el Hospital surge uno que rige en términos informales y de que el propio personal de trabajo respeta a saber:



Misión: Para el caso de la misión de la organización se proporciona el punto de partida contestando a las preguntas:

Qué hacemos? y Por qué?

Debe ser concisa y tener una fuerte orientación interna, motivo de razón de su existencia, identificando el propósito básico al que se dirigen sus actividades y los valores que guían las actividades de los empleados.

Por ello, se puede enunciar como misión a manera de ejemplo en función a la idea subyacente en el equipo de trabajo:

“Prestar servicios hospitalarios de prevención y de atención primaria de calidad buscando la mejora continua de manera de superar las expectativas y las necesidades de los pacientes manteniendo una integral interacción con el personal de trabajo suficientemente motivados en un marco de respeto al medio ambiente y de apoyo a la comunidad del Partido de Mar Chiquita”

Valores: El definir a los valores, responde a las preguntas:

Qué es importante para la organización? Quiénes somos?

Se citan aspectos escuchados en forma continua en la Dirección y en su equipo de trabajo:

- Generar servicios hospitalarios de calidad que brinden plena satisfacción de las expectativas y necesidades de los pacientes
- Incrementar las especialidades médicas en la prestación de servicios de calidad a través de la incorporación de nuevos instrumentales y de profesionales médicos con esos estudios
- Implementar un sistema de información confiable que permita lograr la prestación de servicios hospitalarios de calidad a los pacientes y su posterior registro con el fin de lograr una mayor cuota coparticipable del Ministerio de Salud Provincial
- Ser una entidad referente en cuanto al trato personal y cordial y la prestación de servicios de calidad a la comunidad del Partido de Mar Chiquita

- Lograr generar en la comunidad la idea de la prevención frente a la atención primaria con respeto pleno al medio ambiente

Visión: La declaración define los propósitos de la organización a mediano y largo plazo. Debe ser externa y se orienta al mercado de la comunidad buscando clarificar qué percepción pretende que el mundo tenga de ella.

Propuesta en base a lo visto y escuchado en la acción de diagnóstico:

“En el sector hospitalario a nivel municipal dentro de la Provincia de Buenos Aires, el Hospital Público Municipal Eustaquio Aristizábal aspira a convertirse en referente de la Región Sanitaria por la prestación de servicios de calidad satisfaciendo plenamente las expectativas y las necesidades de los pacientes en materia de atención primaria de la salud y a nivel comunitario del Partido de Mar Chiquita en las actividades de prevención con pleno desarrollo de su equipo de trabajo y con el respeto al medio ambiente”.

Cultura organizacional:

En función a lo evaluado surge como características relevantes en la entidad sanatorial:

- 1) *Características dominantes:* La organización brinda un contexto personal y afectivo. Es como una gran familia. La gente comparte mucho de sí mismo
- 2) *Líder organizacional:* El conductor es considerado generalmente como un mentor, facilitador o una figura paternal
- 3) *Factor de cohesión:* El factor de cohesión de la organización es la lealtad y el compromiso.
- 4) *Clima organizacional:* El clima dentro de la organización enfatiza la permanencia y la estabilidad.
- 5) *Criterio de éxito:* La organización define el éxito sobre la base de su desarrollo de los recursos humanos e interés por la gente
- 6) *Estilo de Management:* El estilo de Management está caracterizado por la seguridad en el empleo, permanencia en el puesto y predictibilidad

Análisis de la organización: F.O.D.A.

El análisis externo e interno proporcionan indicadores para desarrollar el diagnóstico, la situación que afronta la organización en su entorno, determinando el impacto de la realidad externa sobre la misma.

La matriz FODA, DOAF ó TOWS (en inglés) es una estructura conceptual que identifica las amenazas y oportunidades que surgen del ambiente y las fortalezas y debilidades internas de la organización.

Más que una evaluación cuantitativa, es un análisis para entender los cambios en el entorno y medir nuestra capacidad de competir contra las mejores organizaciones.

En cuanto a la situación externa, los análisis considerados se practican sobre los siguientes aspectos:

- *Entorno:* económico, político y social
- *Competencia:* estrategias, fortalezas, debilidades, estructuras

- *Clientes*: segmentos, motivaciones, necesidades, perfiles
- *Sector*: proveedores, compradores, amenazas, sustitutos

En cuanto a la situación interna, los análisis considerados se practican sobre los siguientes aspectos:

- Resultados
- Productos
- Organización
- Recursos (financieros, humanos y materiales)

De esta manera es posible analizar el impacto de las oportunidades y amenazas (externo) en función de nuestras fortalezas y debilidades (interno).

A continuación se enumeran diversos factores y su efecto, separando diferenciadamente fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que afectan al Hospital en base al diagnóstico realizado:

Fortalezas:

F.1. El Hospital Municipal Eustaquio Aristizábal cuenta con instalaciones amplias y modernas para satisfacer a sus pacientes

F.2. Los turnos solicitados y asignados a los pacientes en las consultas ambulatorias se cumplen en forma mayoritaria en cuanto a la presencia del profesional y en el horario correspondiente

F.3. La limpieza habitual que presentan todas las instalaciones del lugar para el uso de los pacientes

F.4. El sector de hospitalización en la especialidad de Pediatría satisface las expectativas de los pacientes y los acompañantes

F.5. La imagen hospitalaria en la comunidad del Partido de Mar Chiquita es destacada

F.6. Los cursos de Enfermería y de capacitación en esta especialidad que se dictan en el nosocomio satisfacen a sus asistentes y les proporciona herramientas de importancia para su desempeño laboral a futuro

F.7. Organización simple pero con estructura armónica en su composición entre los recursos humanos, materiales y tecnológicos para cumplir con una determinada expectativa de los pacientes

F.8. Los médicos satisfacen mayormente las consultas e inquietudes que presentan los pacientes al momento de la atención de la consulta ambulatoria

Oportunidades:

O.1. Posibilidad de realizar benchmarking con hospitales similares localizados en poblaciones vecinas dentro de la Región Sanitaria

O.2. Factibilidad de ampliar la prestación de servicios en nuevas especialidades

O.3. El mejoramiento en el sistema de información permitirá recibir nuevos fondos de la coparticipación provincial

O.4. La incorporación de nuevos instrumentales le permitirá captar nuevos pacientes de la zona y de la región para la prestación de servicios hospitalizados

O.5. La posibilidad de obtener mejores cobranzas en términos económicos de las obras sociales por los reintegros de servicios hospitalarios generados en pacientes con esa cobertura llevando a cabo procedimientos de control en tal sentido

O.6. La posibilidad de obtener ingresos extraordinarios prestando los servicios de exámenes preocupacionales laborales a empresas importantes radicadas en el Partido de Mar Chiquita

Debilidades:

D.1. Malas relaciones interpersonales en algunas áreas (vg. Entre el Sector Administrativo del Hospital y el Sector Compras que depende operativamente de la Secretaría de Hacienda para llevar a cabo las compras de insumos y medicamentos en el nosocomio)

D.2. Falta de capacitación del personal de contacto de Mesa de Entradas para satisfacer las consultas e inquietudes de los pacientes

D.3. Sistemas informáticos inapropiados. Inexistencia de un sistema transaccional operativo. La información operativa no se maneja adecuadamente y los distintos sectores emplean sus propios sistemas "ad hoc". No existe una consolidación de datos ni información que permita evaluar cursos de acción futuros

D.4. No existe un adecuado sistema de gestión en el desarrollo y control de las tareas del personal.

D.5. Fallas de comunicaciones en todos los estratos organizacionales

D.6. No se llevan a cabo capacitaciones al personal administrativo lo que genera falta de motivación en el mismo

D.7. Quejas continuas del personal por entender que perciben bajos salarios lo que provoca un continuo malhumor en su desempeño

D.8. El Director del Hospital, a su vez, es el Secretario de Salud del Municipio por lo que sus funciones se ven imposibilitadas de ejercerla en el tiempo y nivel de desarrollo requerido por esta cuestión

Amenazas:

A.1. Excesiva dependencia de los fondos coparticipables provinciales frente a otro tipo de ingresos propios a los fines de su autofinanciación.

A.2. Posibilidad de merma en la cantidad de prestaciones de servicios hospitalarios ante la competencia cercana de su similar unidad sanatorial en la ciudad de Mar del Plata con mayor cantidad de especialidades y tecnología más compleja.

A.3. La posibilidad de que el Hospital Privado de la Comunidad decida instalar una unidad asistencial en el Partido de Mar Chiquita que implique perder a la mayoría de los pacientes con cobertura de obra social por su competencia

A.4: Ante la falta de prestaciones en pediatría durante las 24 horas del día puede producir la merma de pacientes en esta especialidad en el nosocomio para realizar en similares unidades hospitalarias de la zona



Benchmarking en la Planificación: Hasta el momento, el Hospital no ha incursionado en esta práctica a excepción de las reuniones que mantienen los Directores de Salud de la misma Región Sanitaria en donde intercambian opiniones sobre el grado de avance de estos nosocomios frente a la problemática de salud de cada comunidad y la firme intención de producir una red de complejidad en la zona de manera de no generar la superposición actual de tratamientos médicos en algunas especialidades dentro de este ámbito.

Notas Bibliográficas:

- 1.- J. L. Alfonso Sánchez (1989) "Planificación sanitaria estratégica hospitalaria: su aplicación por niveles" Medicina Integral Madrid
- 2.- J. P. Peters (1989) "El proceso de planificación estratégica para hospitales" Edición Masson SG, Barcelona
- 3.- J.M. Juran (1989) "Juran on planning for quality" Juran Institute
- 4.- Yolanda Guzmán y Julio Alberto Sáenz (1994) "Unidad funcional de Gerencia" Colombia
- 5.- Karl Albretch (1992) "Servicio al cliente interno" Ediciones Paidós, Barcelona
- 6.- Manual Descriptivo de Funciones y Competencias. Estructura Orgánica Municipal (Municipalidad del Partido de Mar Chiquita)

TERCERA PARTE: LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN

CAPÍTULO 10

CRITERIO 6 DE DIAGNÓSTICO: ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD

Javier Jiménez – Director Médico Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide Prof. Novoa Santos: “La implantación de sistemas de aseguramiento de la calidad, se certifiquen o no está aportando a nuestra organización valores sólidos tales como la cultura de la evidencia, la pasión por medir, documentar mediante procedimientos todos los procesos estando involucrado todo el personal de trabajo”

10.1. DIAGNÓSTICO: CRITERIO 6: ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD:

Tal como se expusiera con anterioridad, el concepto de organización se define como el proceso de gestión que combina los recursos materiales y humanos con objeto de establecer una estructura formal de tareas y actividades. Organizar es agrupar las acciones necesarias para alcanzar ciertos objetivos, asignando a cada grupo un responsable con la autoridad precisa de supervisión y coordinación en sentido vertical y horizontal dentro de la misma.

El proceso de organización se concibe como un esquema secuencial:

- ✓ Delimitar las acciones precisas para alcanzar los objetivos
- ✓ Agrupar dichas actividades en una estructura lógica
- ✓ Asignar las tareas y definir los puestos de trabajo

Citando nuevamente a J. M. Juran¹, la organización para la calidad es el conjunto de la estructura organizativa, los procesos y los recursos establecidos para llevar a cabo la gestión de la calidad.

Forma parte del proceso de gestión y consiste en identificar las actividades de calidad, asignando las responsabilidades, dividiendo el trabajo en tareas y definiendo las competencias y la autoridad en cada una de ellas, generando sus propias relaciones y coordinándolas entre sí en las actuaciones entre los sectores de la misma y hacia el exterior.

Con vista en la historia, en un primer momento las organizaciones se generaban en función a su propio control: Como ya no era posible controlar en forma directa la producción de bienes y/o servicios, se conformaba un grupo de inspección o de control de calidad para el ejercicio de esta actividad.

A posteriori, se intentó solucionar este problema propiciando la determinación de una organización para la prevención. Para ello, el departamento de calidad elaboraba los procedimientos de control ejerciendo una autoridad funcional y respondiendo frente al cliente pero sin libertad de acción.

En la actualidad, aparece la organización para el aseguramiento de la calidad: El departamento de producción es responsable de la calidad de los productos que fabrica perteneciendo a la Dirección de Calidad la coordinación, formación, ejecución de auditorías y presentación de soluciones que mejoren el proceso productivo. Esta nueva organización tiene como fin evidenciar ante toda ella el cumplimiento correcto de la función calidad.

Con el objeto de que la planificación de la calidad sea eficaz y alcance sus objetivos se utiliza un proceso de control ejecutado y coordinado por la organización para la calidad que verifica hasta qué punto se logran aquellos y asegura la mejora de los procesos y productos. La mejora de la calidad no es solo el resultado del control. Constituye un proceso planificado en el que intervienen múltiples factores necesarios para desarrollar nuevas características de los productos (servicios para el caso) y procesos reduciendo los costos de calidad.

J. M. Juran¹ define la mejora de la calidad como “la creación organizada de un cambio ventajoso” que supone el paso de un nivel inferior de calidad a uno superior.

La meta de mejorar la calidad es conducir los comportamientos de los servicios hacia la perfección (cero defecto) de tal forma que la zona de control de calidad

quede definida de nuevo y que las lecciones aprendidas durante este proceso se incorporen a la planificación de la calidad cerrándose así el círculo de la gestión de la calidad.

Aquí, de nuevo, la Dirección cumple un papel fundamental en la implementación de las mejoras de la calidad pues muchas de ellas están ligadas a su iniciativa aunque otras se consiguen en los niveles más bajos de la organización.

El mejoramiento de los procesos implica actuar mediante una reingeniería revisando cada proceso para su rediseño de manera de alcanzar valores agregados y mejoras críticas en cuanto a la facturación, suministros, costos, calidad, ahorro de trámites, pasos y procedimientos.

10.1.1. Pasos en el aseguramiento de la calidad:

Los pasos para asegurar la calidad se especifican a continuación:

- a) Información general al Directorio
- b) Voluntad política de la Institución para acometer el mejoramiento con un fuerte compromiso
- c) Información a todo el personal sobre las labores a cumplir
- d) Identificación de aquellos procesos relevantes y claves para el desarrollo
- e) Conformación de un grupo de trabajo para cada macro proceso
- f) Capacitación del grupo de trabajo y los líderes
- g) Realización del diagnóstico de la situación actual del proceso haciendo un relevamiento de la información de cómo se está operando actualmente
- h) Rediseño participativo con la propuesta de mejoramiento y modernización del proceso
- i) Sometimiento de la propuesta a aprobación al cuerpo directivo
- j) Automatización con instalaciones de equipos y software
- k) Ajustes y correcciones
- l) Seguimiento, control y asistencia técnica

10.1.2. Facetas para tener en cuenta en la dirección de calidad:

Facetas para destacar:

- ✓ Desdoblar las operaciones de servicio en sus componentes con objeto de descubrir los problemas que requieren solución y las situaciones mejorables
- ✓ Analizar los componentes del servicio según las dimensiones determinantes de su calidad
- ✓ Controlar la calidad de los servicios contratados y de los productos adquiridos
- ✓ Rastrear en todas las áreas y actividades de la organización en busca de problemas que revelen la necesidad de mejorar
- ✓ Establecer el "error cero" como objetivo
- ✓ Rechazar las pérdidas de tiempo

- ✓ Adoptar decisiones basadas en datos fiables y de calidad
- ✓ Dividir y coordinar la responsabilidad de las actividades allí donde el error pueda ser perjudicial para el cliente
- ✓ Desarrollar la capacidad relacional del personal de contacto
- ✓ Educar al personal de contacto subrayando la importancia de la cortesía, la exactitud, la prontitud, la eficacia y la confianza en sus relaciones directas con el usuario
- ✓ Aplicar los métodos estadísticos de control tanto para corregir problemas del sistema como para resolver los imputables al personal
- ✓ Trasladar al proveedor los costos del control de calidad en recepción exigiendo la calidad concertada en los contratos

10.2. Modelo de organización para la calidad:

A continuación, se incluye un Modelo de organización para la calidad conforme a lo citado por J. Varo, J. A. Díaz, S. Rubini y M. Campos². En él, la función calidad se sitúa en el mismo nivel jerárquico que los departamentos que ha de controlar, coordinar y asesorar.

Con el fin de conseguir este objetivo múltiple la organización para la calidad debe proyectar la planificación, el diseño y la normalización de los procedimientos de calidad e, incluso, la formación en gestión de calidad del personal hospitalario.

Entre sus funciones, también estará la obtención de unos diseños idóneos controlando la calidad de los suministros, asegurando la calidad en los procesos y estableciendo un sistema que garantice el correcto funcionamiento de la estructura de calidad.

Para ello se requerirá:

- 1) **Conformación de un Comité Director de Calidad:** Podrá estar compuesto por un Director Gerente, Director Médico, Director de Enfermería, Director de Gestión y de Servicios Generales y el Director de Calidad

Funciones:

- ✓ Aprobar la política y estrategias de calidad
- ✓ Evaluar las necesidades y el grado de avance del proceso de mejora
- ✓ Definir los objetivos anuales y los medios necesarios para su consecución
- ✓ Revisar el plan anual de mejora de cada departamento
- ✓ Efectuar el seguimiento de programa de mejora de calidad
- ✓ Tomar las decisiones precisas para impulsar el programa de calidad
- ✓ Garantizar la ejecución de las soluciones
- ✓ Resolver los problemas de los sistemas
- ✓ Desarrollar e implantar el plan de reconocimientos

- 2) **Dirección de Calidad:** Depende jerárquica y funcionalmente del Director Gerente y es el principal responsable de la función de control de calidad

Funciones:

- ✓ Proponer la política, estrategias y objetivos de calidad al Comité Director

- ✓ Promover y estimular la calidad en todos los servicios y unidades
- ✓ Asegurar la coherencia entre el plan estratégico y el plan de calidad
- ✓ Formalizar y difundir los procedimientos y métodos de la gestión de la calidad
- ✓ Comprobar periódicamente las instrucciones y procesos del sistema de calidad
- ✓ Analizar las tendencias y las propuestas de acciones correctoras que puedan derivar de dichos análisis
- ✓ Coordinar el programa de calidad
- ✓ Colaborar en la preparación de los planes de calidad de los distintos departamentos
- ✓ Verificar el cumplimiento de estos planes
- ✓ Efectuar en un plano funcional el seguimiento de los departamentos operativos a fin de que no se desvíen de la política y del programa de calidad
- ✓ Proporcionar apoyo y consejo a los diversos comités y equipos
- ✓ Regular la formación para la calidad en todos los niveles
- ✓ Dirigir la preparación de los informes para la Dirección
- ✓ Coordinar la elaboración del Manual de Calidad
- ✓ Representar al cliente en el seno del hospital

3) **Unidad de Garantía de Calidad:** Depende jerárquicamente del Director de Calidad.

Funciones:

- ✓ Coordinar y evaluar la implantación de programas de salud
- ✓ Formar en metodología y técnicas de trabajo en equipo a los miembros de los diversos comités
- ✓ Ayudar en la redacción de los procedimientos
- ✓ Suministrar información al Comité Dirección y al Director de Calidad
- ✓ Buscar y detectar problemas y proponer soluciones
- ✓ Evaluar la implantación y cumplimiento de las medidas correctoras
- ✓ Registrar los logros de calidad e informar acerca de los mismos
- ✓ Prestar apoyo técnico para efectuar el control estadístico
- ✓ Medir los costos de calidad
- ✓ Recopilar y elaborar informes

4) **Servicio de atención al cliente:** Es la unidad administrativa responsable de la atención a los usuarios del hospital que vela por el cumplimiento de sus derechos y obligaciones y les orienta en todo aquello que precisen.

Funciones:

- ✓ Información, recepción y asesoramiento
- ✓ Gestión de reclamos y sugerencias
- ✓ Animación socio-cultural
- ✓ Promoción de actividades lúdicas
- ✓ Estudios de calidad del entorno

5) **Equipo de Mejora de la Calidad:** Es un comité interdisciplinario que abarca todas las áreas del hospital.

Funciones:

- ✓ Apoyar a la Dirección de Calidad en la formulación de la política y estrategias de calidad y en la aplicación de las mismas en los diferentes departamentos
- ✓ Representar al Comité Director de Calidad en todos los departamentos hospitalarios
- ✓ Mediar entre el conjunto del hospital y la Dirección
- ✓ Dirigir los equipos de mejora departamentales

6) **Comisión Central de Garantía de Calidad:** Es el órgano colegiado de decisión para la elaboración de planes de mejora de la calidad en el área asistencial.

Funciones:

- ✓ Aprobar la política y estrategias de calidad
- ✓ Definir los objetivos y los recursos necesarios para su consecución
- ✓ Realizar el seguimiento del programa de mejora de la calidad
- ✓ Tomar las decisiones precisas para el progreso del programa de mejora de la calidad

7) **Comisiones Clínicas:** Son el cauce a través del cual los profesionales sanitarios realizan la autoevaluación de su actividad. La base de trabajo es la historia clínica cerrada y el método, la auditoría médica y de enfermería. Se puede conformar en los sectores Historias Clínicas, Farmacia, Mortalidad, entre otros

Funciones:

- ✓ Vigilar los aspectos más relevantes de la asistencia
- ✓ Descubrir y jerarquizar los problemas
- ✓ Analizar las causas de los problemas
- ✓ Proponer soluciones y seguir el cumplimiento de las implantadas

8) **Grupos de trabajo para la calidad:** Forman parte del sistema de participación de los trabajadores, independientemente de su cualificación profesional, en la mejora continua de calidad. Se podrán conformar grupos de mejora de la calidad, grupos de intervención, círculos de calidad, equipos departamentales de mejora, equipos de mejora de los procesos, etc.

Para la implementación de este esquema se deberán tener en cuenta la producción de cuatro fases:

- 1) *Definir el nivel de calidad:* Consiste en determinar qué grado de calidad se quiere disponer en el hospital en sus prestaciones de servicios una vez conocidas las necesidades de los clientes (intervención de la planificación estratégica y de la operativa)
- 2) *Evaluar la calidad* (su medida y la valoración)
- 3) *Corregir los defectos y solucionar los problemas*

- 4) *Reevaluar* (seguimiento de las medidas implantadas con un nuevo proceso de seguimiento y evaluación)

10.2.1. Objeto del control de calidad de asistencia sanitaria:

En el diseño de un programa de control de calidad asistencial se deben contemplar todos los aspectos importantes de la asistencia sanitaria.

La O.M.S. (Regional Office for Europe)³ ha determinado los cuatro componentes de la atención médica:

- 1) *La práctica profesional*: Se debe ofrecer a todos los pacientes las actividades de diagnóstico y tratamiento que propicien la consecución de un resultado acorde con los conocimientos actuales de la ciencia médica y los recursos disponibles teniendo en cuenta siempre los factores biológicos del mismo y su colaboración
- 2) *La utilización de los recursos*: Se debe emplear los recursos mínimos para alcanzar el resultado óptimo previsto. Se persigue asegurar la idoneidad de las actividades clínicas que comportan un gasto
- 3) *La gestión del riesgo*: Se debe disminuir todo lo posible el riesgo de daño adicional resultante de la asistencia prestada
- 4) *La satisfacción de los usuarios*: Se debe buscar alcanzar la máxima satisfacción posible de los clientes con el proceso asistencial, la interacción con el sistema sanitario y los resultados obtenidos

10.2.2. Normalización del proceso médico asistencial:

El control de calidad del proceso de atención médica se basa en comparar la asistencia prestada con un modelo, el protocolo o proceso médico asistencial normalizado en el que se especifican las actividades necesarias para que, con los recursos disponibles, la asistencia sea óptima.

La normalización y formalización de los procesos de trabajo son un mecanismo empleado por las organizaciones burocráticas (entre ellas el hospital) para coordinar diferentes actividades, pero no exento de repercusiones negativas, cuando los procesos son de índole profesional.

Para el proceso de normalización se pueden adoptar diferentes modalidades o una interacción entre ellas mismas a saber:

- a) *Adaptación mutua*: La coordinación se basa en la comunicación informal
- b) *Supervisión directa*: Una jerarquía formal bien definida coordina los procesos
- c) *Normalización de las habilidades y conocimientos del trabajador*: Se lleva a cabo en el exterior del hospital y dentro de él a través de procesos de selección y la preparación posterior que imparte
- d) *Normalización de los procesos de trabajo*: Pero los hospitales tienen muchas reglas de trabajo pero que no se encuentran escritas
- e) *Normalización de los resultados*: Los hospitales tienen su propio control interno

Con la normalización se incorpora la coordinación de las partes al programa de trabajo reduciéndose, en consecuencia, la necesidad de una comunicación continua.

10.2.3. La formalización del comportamiento:

H. Mintzberg⁴ expresa que la formalización del comportamiento es el parámetro de diseño mediante el cual se normalizan los procesos de trabajo de la organización.

Se realiza de tres modos distintos:

- 1) *Formalización según el puesto:* En este caso se atribuye al puesto de trabajo una serie de características de comportamiento documentadas de forma general en la descripción formal de dicho puesto
- 2) *Formalización según el flujo de trabajo:* Con este procedimiento las características no se vinculan al puesto sino que se introducen en el mismo trabajo
- 3) *Formalización según las reglas:* La organización puede instaurar reglas para todo tipo de situaciones. En las normas, se especifica quien puede o no hacer una determinada actividad, cuándo, dónde, a quien y con qué autorización

Sus utilidades y repercusiones:

- ✓ Es un mecanismo de gran utilidad cuando las tareas requieren una coordinación minuciosa predeterminada
- ✓ La formalización da consistencia a la producción de servicios
- ✓ Se consigue imparcialidad ante los pacientes ya que se trata en forma ecuánime a todos
- ✓ Su instrumentación se traduce en confiar en las normas y en atribuir mayor importancia al exacto cumplimiento de las mismas generando una defensa organizada del grupo aunque esta conducta puede traer dificultades a los clientes por su extrema rigidez
- ✓ Su implantación genera delegación de autoridad ya que se aumenta la especialización pero también puede provocar divergencia entre los grupos de intereses incrementando los niveles de conflictividad

Siempre se profundizarán las ventajas y disminuirán los inconvenientes con la participación real y efectiva de los trabajadores en la normalización de los procesos tanto técnicos como organizativos de modo que la Dirección puede pedir, valorar y aceptar las opiniones de ellos sin tener que renunciar a los objetivos del hospital.

En síntesis, un hospital debe tender a normalizar todo aquello que facilite el alcance de sus objetivos y tener presente que, ante situaciones imprevistas, la adaptación mutua es el mejor sistema de coordinación.

10.3. Costos de Calidad:

El costo de calidad implica considerar los costos de personal, material, equipos y de otros conceptos en el desarrollo de todas las actividades necesarias para alcanzar los objetivos de calidad definidos por la Dirección.

También se puede expresar como los costos totales en que incurre la organización al invertir en la prevención de las disconformidades con las

especificaciones, la evaluación de la conformidad de un producto y/o servicio y por no cumplir los requisitos exigidos según A. Pola Maseda⁵.

Estos costos totales de calidad están integrados por todas las erogaciones que se incurren para prevenir que se produzcan errores (costos de prevención), comprobando que los resultados estén bien (costos de evaluación) más todos los costos que conlleva la insatisfacción de las expectativas del cliente (costos de fallos).

Representa, también, la diferencia entre el costo real de un producto o servicio y el menor costo que tendría si no hubiese posibilidad de dar un servicio inferior ni hubieran fallos de los productos o defectos de su fabricación.

De ello, se importa identificar tres categorías de costos de calidad;

- 1) **Costos de prevención:** Son los costos de todas las actividades diseñadas específicamente para prevenir la mala calidad de los servicios. Ejemplos: la elaboración de los protocolos clínicos, el manual de procedimientos y técnicas de enfermería, la formación continuada, el desarrollo e implantación del sistema de calidad, entre otras
- 2) **Costos de evaluación:** Son los costos correspondientes a la medida, evaluación o auditoría de los servicios realizados con el objeto de asegurar la conformidad con los estándares de calidad y requisitos de funcionamiento. Ejemplo: la evaluación de las historias clínicas, las encuestas de satisfacción del usuario, la actividad del servicio de atención al cliente, entre otras
- 3) **Costos de fallos:** Son los resultantes de servicios disconformes con las especificaciones o las necesidades de los clientes. Dos clases: *Fallos internos* (se producen antes de suministrar el servicio). Ejemplos: radiografías y análisis repetidos por pérdida o mala calidad, las historias mal archivadas o perdidas, las actividades del servicio de atención al cliente. *Fallos externos* (se producen después de haberse prestado el servicio). Ejemplos: quejas y reclamos de los usuarios y su gestión, los errores médicos, de enfermería y mala praxis, la pérdida de confianza del cliente.

Se puede agregar un último tipo de costo: **Los evitables:** Se incluye aquí a todos los costos de calidad producidos (preventivos, de evaluación, de fallos internos y externos) expresado en porcentaje sobre los costos totales del hospital de manera de poder evaluar la mejora de la calidad determinando los puntos fuertes y débiles y a los fines de fijar los objetivos de la entidad sanatorial.

Otros costos: También se pueden mencionar los siguientes:

- ✓ **Costos de calidad de los proveedores:** Costos ocultos que se producen en el vínculo con los proveedores: Costos que contrae el suministrador en su propia empresa, costos en que incurre el comprador para resolver los problemas de la empresa del proveedor y los costos del comprador. Para estos casos es recomendable la cualificación de los proveedores, al establecimiento contractual de la calidad de los suministros e incluso a la utilización de los costos de calidad del proveedor para descubrir las mejoras que éste necesita
- ✓ **Costos ocultos de la calidad:** Entre ellos: costos de calidad para el cliente (cuando el servicio prestado no satisface las expectativas del

mismo), el costo por la pérdida de imagen (pérdida de confianza en la entidad sanatorial por parte del paciente reduciéndose la reputación de ella)

10.4. Manual de Calidad:

El sistema de calidad comprende la estructura organizativa, los procedimientos y los recursos necesarios para gestionar la calidad comprendiendo planes formales pensados, escritos, aprobados, editados y autorizados.

El Manual de Calidad describe este sistema de calidad y es el marco de referencia para implantarlo y mantenerlo.

Se trata de un documento que recopila y ordena todo lo referente a la organización y documentación relativas a las políticas y procedimientos de la función calidad.

Involucra la descripción documentada y formal de la estructura, responsabilidades, procedimientos, actividades y recursos que muestra cómo alcanzar el nivel cualitativo deseado a lo largo de todo el proceso.

Contendrá, también, los métodos de control que confirmen el logro de los objetivos del plan propuesto y un tipo de auditoría capaz de verificar el correcto funcionamiento del sistema de calidad según las previsiones establecidas.

Sus principales *aspectos* se destacan a continuación conforme a J.M. Juran y F. Gryna¹:

- ✓ Contiene las políticas y procedimientos de la organización que afectan a la calidad de sus productos y servicios
- ✓ Se utiliza para establecer e implantar un sistema de calidad
- ✓ Recopila de forma normalizada los planes formales interdepartamentales utilizados para planificar la calidad de la organización
- ✓ Se emplea para describir e implantar el sistema de calidad
- ✓ Contiene la documentación minuciosa de un sistema comprensible de control de la calidad total
- ✓ Expone la política general de calidad y determina los procedimientos y prácticas relativas a la calidad de una organización

Utilidades: Se evidencian sus utilidades en las siguientes cuestiones:

- ✓ Evidencia la capacidad operativa del sistema de calidad
- ✓ Garantiza la continuidad de las operaciones con independencia de la rotación del personal
- ✓ Es el patrón de referencia para evaluar los procedimientos
- ✓ Es de interés para la formación interna
- ✓ Sirve para planificar la calidad ya que gran parte de ésta se logra con la ayuda de planes formales y de uso repetido (procedimientos)

Objetivos:

- ✓ Recoger la política de calidad del hospital y la estructura organizativa para aplicarla
- ✓ Definir las condiciones generales que hay que cumplir para implantar el programa de calidad en el hospital
- ✓ Emplearse como documento ejecutivo que define las responsabilidades en materia de calidad

- ✓ Establecer los procedimientos necesarios para cumplir las condiciones legales que la administración imponga
- ✓ Fijar los requisitos de calidad relativos a la contratación de servicios y a la compra de material y equipos
- ✓ Servir de documento permanente de referencia para los trabajadores de reciente ingreso o trasladados de puestos de trabajo
- ✓ Contribuir a la formación de los trabajadores y a la normalización y formalización del comportamiento

Contenido general: El contenido del Manual de Calidad debe diseñarse a la medida de cada organización. En el mismo se incorporan todos los procedimientos que se realizan en la entidad sanatorial (políticas generales, descripción organizativa, los procesos interdivisionales y los procedimientos departamentales)

Elementos que debe contener:

- ✓ *Organización para la calidad:* Funciones, responsabilidades, organigramas, políticas, comités y grupos de trabajo
- ✓ *Planificación de la función calidad:* El programa y su planificación en el tiempo
- ✓ *Control del proyecto o diseño:* Criterios de revisión y procedimientos que deben seguirse en caso de modificaciones
- ✓ *Relaciones con los proveedores:* Procedimientos para las compras y contrataciones garantizando la calidad de los suministros
- ✓ *Control de procesos:* Pautas de verificación y autocontrol
- ✓ *Control final:* Reglas de control para los servicios finales
- ✓ *Control de procesos especiales:* Procedimientos y garantías para esos procesos
- ✓ *Manipulación, almacenado y expedición:* Normas para los materiales que se reciben de los proveedores en cuanto a su almacenamiento, elaboración y expedición
- ✓ *Servicio y asistencia:* Instrucciones de uso, mantenimiento y actuación ante fallos y las pautas de evaluación de calidad
- ✓ *Materiales o procesos disconformes:* Normas de identificación, separación y tratamiento de los fallos y acciones correctivas
- ✓ *Costos de calidad:* Prevención, evaluación y fallos internos y externos
- ✓ *Auditorías:* Reglas para el funcionamiento del sistema de calidad

10.5. Aseguramiento de la calidad en el caso de diagnóstico:

El Hospital no está llevando a cabo ninguna acción vinculada al Aseguramiento y mejora de la calidad ya que no cuenta siquiera de una planificación estratégica y operativa de su andamiaje solo existiendo acciones propias de la Dirección y del equipo de trabajo para cumplimentar una labor en la prestación de servicios hospitalizados a los pacientes que concurren al mismo.

La información que se produce es parcializada, no sistematizada en la mayoría de los casos, no integralizada y sin proceso para analizar desvíos y medidas correctivas para el futuro.

Por lo tanto, no están identificados los procesos generales ni los especiales ni tampoco hay un diseño conformado ni un plan ideado en tal sentido.

No hay programas de control de calidad en ningún aspecto en cuanto a los servicios que se prestan en el hospital ni en la equipación e instrumentales existentes. No existen actividades vinculadas a la prevención o a la mejora de procesos salvo en lo apuntado anteriormente con relación al ejercicio de llevar a cabo estadísticas de ciertos servicios que se ejecutan diariamente en la entidad sanatorial y que repercuten a posteriori en la coparticipación (fondos) que recibe el Municipio a nivel general desde el Gobierno de la Provincia de Buenos Aires.

Por otra parte, tampoco se evalúa y se asegura la calidad de los productos o servicios que el hospital recibe de los proveedores a excepción del visual que se pudiera practicar a nivel de control de la mercadería recibida en cantidad o de un defecto visible de alguno de ellos a manera de devolución. En ello, no se practica un método para su evaluación y seguimiento ni se estimulan el desarrollo métodos o sistemas para ser realizados por los mismos en sus vínculos comerciales habituales.

Este punto se expone a los fines de explicitar un posible camino a seguir en el largo plazo que contemple la aplicación de la metodología de aseguramiento y de mejora de la calidad en la gestión de servicios para satisfacer las expectativas y las necesidades de los pacientes.

Notas Bibliográficas:

- 1.- J.M. Juran, F. Gryna, R. Bingham (1951) "Quality control handbook" Editorial McGraw-Hill New York
- 2.- J. Varo, J. A. Díaz, S. Rubini y M. Campos (1991) "La organización para la calidad en el medio hospitalario" Todo Hospital, España
- 3.- O.M.S. (Regional Office for Europe) (1985) "The principles of quality assurance" Report o a WHO meeting – Copenhagen, Dinamarca
- 4.- H. Mintzberg (1979) "The structuring of organizations (a synthesis of the research) Englewood Cliffs NJ Prentice Hall
- 5.- A. Pola Maseda (1988) "Gestión de la calidad" Barcelona, España

TERCERA PARTE: LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN

CAPÍTULO 11

CRITERIO 7 DE DIAGNÓSTICO: IMPACTO EN EL ENTORNO FÍSICO Y SOCIAL

Jerome M. Rosow: “Cuando las organizaciones han abordado la cuestión de la calidad de la vida en el trabajo siempre han logrado grandes avances en la producción”



11.1 DIAGNÓSTICO: CRITERIO 7: IMPACTO EN EL ENTORNO FÍSICO Y SOCIAL:

Antes de desarrollar el impacto de la organización en el entorno físico y social, se entiende prudente incluir en este acápite la cuestión de la ética como elemento primordial que debe regir en la misma en todos sus estamentos como base para su imagen en el resto de la comunidad.

11.1.1. Ética en el Hospital:

Conforme a la definición de la Real Academia Española, la ética “es la ciencia filosófica de lo moral”.

En la modernidad, se entiende por ética a la ciencia descriptiva de los hechos morales siendo una rama de la filosofía que trata de la esencia, el origen y el carácter obligatorio de lo moral, de la conciencia moral y el libre arbitrio.

Una persona libre puede ser ética porque solo él, con su decisión autónoma, tendrá la facultad de resolver que obrará respetando la condición humana de los demás.

Según K. Apel¹ el planteamiento ético tiene dos grandes principios considerados como su verdadera base:

- a) *El principio de la universalización de normas:* Solamente debe ser válida una norma si las consecuencias previsibles directas y las secundarias de ellas pueden ser aceptadas por todos los afectados con preferencia a las de posibles alternativas conocidas
- b) *El principio de la complementación:* Es moralmente obligatorio colaborar en la realización de las condiciones de aplicación del principio de universalización teniendo en cuenta las condiciones de situación y las contingentes

De ellos surge como derechos de todos los seres humanos los planteamientos de la no maleficencia o beneficencia, la autonomía, la justicia y el imperativo de “obrar con los demás como quisiéramos que obraran con nosotros”.

Ello implica que cada ser humano debe actuar sin dañar al otro, en justicia, que acepte de los demás la libertad para aceptar o rechazar, para obrar o dejar de obrar, para actuar, también, con autonomía. Aquí se podría encolumnar la tan célebre frase que dice que “mi derecho termina cuando empieza el de los demás”.

Gilberto Osorio² indica que la bioética es la respuesta de la ética a los problemas, dudas y tropiezos que van planteando los nuevos logros de la Ciencia y de la Tecnología basando su fundamento en criterios racionales y el buen juicio moral de los científicos.

Para el caso del administrador de una entidad sanatorial en este campo tiene una situación muy peculiar: le competen decisiones e intervenciones de índole comunitaria e institucional en las cuales tiene gran relevancia el concepto de justicia en su forma colectiva-social, la adecuada relación entre costo y beneficio, la fijación de prioridades y la estricta sujeción al ordenamiento legal vigente.

El juicio de valor: Para actuar de acuerdo con su condición de libre, el ser humano debe resolver ante cada uno de sus actos si lo ejecuta o se abstiene de hacerlo. Para ello debe pasar por un proceso de reflexión previa, llamado juicio de valor, en la cual se pondrá en la balanza de la razón los elementos vinculados a la materialidad del acto, las convicciones personales, las convenciones de la sociedad, las leyes escritas vigentes y el marco ético.

En el Anexo 2 se incluye la Declaración de Helsinki titulada “Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica de seres humanos”. La misión del médico es de velar por la salud de la humanidad debiendo actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener efecto de debilitar la condición mental y física del paciente.

Entonces, la ética en la gestión del hospital, involucrará, entre otros, los siguientes aspectos:

- *Las decisiones difíciles del Administrador:* Su encargo es el de manejar recursos públicos de propiedad común y que siempre son escasos para atender las necesidades a las cuales se destinan
- *La historia clínica:* Está sujeta al secreto profesional médico y quien la lea o conozca queda ligado a esa obligación. El hospital actúa como guardián legal del mismo respondiendo por su integridad y por su custodia frente a quien quisiera consultarlo sin tener derecho a ello. El diagnóstico resultante y el código de ética admiten que la persona enferma tiene derecho a recibir información sobre el mismo y que corresponde al profesional tratante decidir los detalles de ella bajo el consejo que le dicte la prudencia
- *La comunicación:* Frente a terceros el hospital debe guardar cierto decoro con respecto a la privanza de las personas durante su estancia en el nosocomio, el secreto profesional médico en su relación con el paciente, evitar la captación de imágenes por el tratamiento de enfermedades y de accidentes en el mismo y la aplicación continua de los criterios del buen juicio y la serenidad que debe primar en todo el personal de trabajo en sus relaciones

El Hospital Público Municipal Eustaquio Aristizábal no tiene una política escrita de compromiso hacia una conducta ética.

Sin embargo en base a la visión ocular practicada durante las continuas visitas realizadas por este autor al mismo al momento de ir generando el diagnóstico fuente de este trabajo así como de lo resultante en las encuestas de satisfacción externa llenadas por los pacientes se verifica que en la práctica se cumplen con ciertas pautas vinculadas a los aspectos teóricos antes

mencionados sobre la vigencia de una conducta ética en cuanto a dispensar un trato adecuado al paciente dentro de los parámetros de prestar un servicio de salud preventivo y de atención primaria, como de garantizar el secreto profesional médico máxime los rasgos caracterizantes en esta cuestión de una comunidad relativamente pequeña en cuanto a su densidad poblacional, los parámetros comunicativos hacia los terceros, etc.

Si bien no hay parámetros para evaluar el cumplimiento de estas normas, desde el Director del Hospital hasta el personal de trabajo en todas sus áreas y dependencias han mostrado sólidas acciones en este sentido siendo el hospital un referente de la comunidad marchiquitense por su trato amable y de servicio dentro de las limitaciones propias antes apuntadas en cuanto a recursos tecnológicos, de instrumental, humanos y hasta presupuestarios para satisfacer las expectativas de los usuarios.

11.2. La asistencia sanitaria como servicio directo a la comunidad:

En el análisis de la actuación de la sanidad pública en su aspecto asistencial, se debe contemplar que la misma está dirigida, en principio, a toda la población a la que presta servicios individualizados en franca competencia con otros organismos de igual tenor y los privados.

La línea directa de asistencia a toda la comunidad que ofrece la administración sanitaria es evidente en las actividades de promoción y prevención de la salud surgiendo ciertos aspectos relevantes con relación a la prestación de servicios públicos a saber:

- ✓ La competencia no se puede utilizar como referencia puesto que no existe
- ✓ El grado de calidad adecuado es difícil de determinar (solo por defecto)
- ✓ El precio por el servicio prestado no existe de forma individualizada ya que los ingresos del hospital surgen de otras vertientes (coparticipaciones de impuestos a la comunidad, entre otras)
- ✓ El sistema sanitario público debe atender las necesidades colectivas no rentables lo que condiciona su accionar
- ✓ A la administración le resulta difícil fijar un precio de costo basado en el grado de calidad del servicio ya que solo puede hacerlo según sus posibilidades presupuestarias

Por ello se puede concluir que la sanidad pública se encuentra en un estado de situación de oligopolio dentro de un marco natural de monopolio respecto a amplios sectores de la sociedad siendo ello la consecuencia de que preste un servicio individualizado en régimen de monopolio natural imperfecto con algunas características de la prestación directa de servicios a la comunidad.

En este marco, resulta que el cuerpo de trabajo del hospital refleja en la comunidad una acción de servicio de salud tanto en el carácter preventivo como de atención primaria.

Desde el punto de vista de la difusión y promoción de la cultura de calidad en la comunidad, no se está llevando a cabo ningún plan en este sentido dado a que, en realidad, el mismo no tiene pautas configuradas para iniciarse en esta materia sumamente necesaria. Hay una idea de mejorar los servicios día a día

pero sin una estrategia clara y dentro de una estructura en cierta forma rígida y anquilosada en algunos de sus estamentos.

El Director del Hospital, en forma conjunta con el Intendente Municipal, pretende darle un fuerte impulso en esta materia de la vista de la comunidad a la entidad sanatorial en todos sus aspectos, desde el edificio hasta el de la prestación individual de los servicios, buscando generar actividades de renovaciones y modificaciones en conmemoración de los festejos de su primer centenario de existencia, hecho que se concretará en el Año 2013 pretendiendo que sea un punto de partida para un desarrollo posterior en todo ello.

11.3. Ambiente hospitalario:

Es el conjunto de condiciones humanas, técnicas, físicas, químicas, biológicas, económicas y sociales que tienen influencia sobre la salud del individuo.

Aquí se incluyen las actividades vinculadas a las condiciones del aire, de la temperatura, del agua, de los alimentos, de los desechos, de los factores físicos que rodean al hombre y puedan ejercer alguna acción sobre sus sentidos o afectar sus tejidos superficiales o influir sobre su homeostasis.

La administración del hospital, en función a la planificación que tiene en su estructura física y edilicia, tiene máxima responsabilidad sobre la preservación del estado de bienestar del individuo por lo que se deduce la importancia que se debe en la organización de dotar, reglamentar, vigilar y controlar todos los aspectos, incluyendo la educación continua del personal de trabajo en todos los niveles en el cuidado del medio ambiente con la consigna de la plena conciencia en la conservación de la salud individual y la de los demás.

Los elementos principales a tener en cuenta se detallan a continuación:

Aire: El aire del interior del hospital no está exento de la acción por deterioro del aire exterior pudiendo llegar a altos grados de contaminación por distintos motivos vinculados a plantas eléctricas deficientes o mal mantenidas, motores en deficiente funcionamiento, etc. El riesgo permanente de depósito de gérmenes provenientes de partículas transportadas por el aire implica para el hospital una disciplina de limpieza y de germinación constante debiéndose tomar muestras frecuentes de diferentes lugares para el control de laboratorio y definición de políticas de prevención.

Por la permanente exposición del nosocomio a la contaminación del aire por microorganismos es importante fijar una actividad continua de educación para el personal de aseo y servicios generales de manera de generar conciencia sobre estas realidades y de que surjan acciones positivas en materia de la prevención.

Las condiciones del aire de un hospital son diferentes según el riesgo de las áreas clasificadas en de alto riesgo o críticas (laboratorio clínico, los quirófanos, la sala de diálisis, salas de endoscopía, salas de parto, unidades de cuidado intensivo, unidades sépticas, unidades de quemados, la morgue, las cocinas, las despensas, la lavandería y los cuartos de máquina), de riesgo intermedio o semicríticas y de riesgo bajo o no críticas.

Agua: Dentro del hospital se utiliza para el consumo, el aseo, limpieza y desinfección.

El suministro debe estar garantizado en el sentido de que no se corran riesgos vinculados a disponer de una cantidad menor a la necesariamente básica para llevar a cabo estas actividades, que permita un consumo directo y apto para la preparación de alimentos, para laboratorio, lavandería y en el procedimiento de esterilización de los instrumentos. Deberán realizarse continuos controles de dicha reservorio en los tanques y tuberías para evitar el desarrollo de microorganismos capaces de producir enfermedades como bacterias, protozoarios patógenos y virus.

Contaminaciones del ambiente por microorganismos: Se debe instruir a todo el personal de trabajo, a los pacientes y a los visitantes del hospital sobre los tipos de infecciones hospitalarias, áreas de riesgo y de contagio concientizando sobre la trascendencia de adoptar una buena conducta higiénica y sanitaria, debiéndose informar sobre los exámenes básicos de salud y los controles a realizar a posibles portadores de infección que se encuentren en el hospital, instruyendo también sobre el manejo de elementos de higiene y seguridad personal y capacitando sobre la correcta manipulación de los desechos hospitalarios. Será función de la gestión administrativa la acción de control sobre el cumplimiento de las normas de limpieza, desinfección, desinsectación, desratización y esterilización y las de vigilancia de la salud del personal del hospital.

Temperatura: Mantener las condiciones adecuadas para disponerse de una temperatura ambiente interna del hospital acorde a la estructura edilicia del mismo garantizando condiciones de bienestar.

Alimentos: De acuerdo a sus componentes, procedencia, fabricación y manipulación los alimentos albergan cantidades diferentes de microorganismos que favorecidos por los malos hábitos de higiene y condiciones sanitarias conducen a enfermedades infecciosas diferentes (hasta la intoxicación). La prevención es fundamental y será acción de la gestión administrativa su cumplimiento.

Residuos o desechos: En los hospitales se producen toda clase de residuos: Desechos patológicos o anatómicos, sangre, secreciones, excretas humanas infectadas, partes y tejidos corporales, vendajes, sondas y catéteres, sobras de alimentos, elementos puntiagudos y cortantes, papeles y basuras de todo orden. Dentro de la preservación del medio ambiente hospitalario, el manejo de los residuos juega un papel fundamental donde la educación continua y la provisión de los recursos necesarios en función a las normas pertinentes con sus correspondientes controles se convierten en esenciales para su tratamiento.

Insectos y roedores: Los insectos y roedores transportan numerosos microorganismos y son factores de variadas infecciones. Cuando las condiciones de aseo del hospital facilitan su proliferación se convierten en una

gran amenaza ya que pueden tener acceso a los alimentos no siendo controlados por el personal del hospital. Es necesaria su erradicación aplicando los planes previstos en tal sentido.

Radiaciones: A los efectos de prevenir las radiaciones cuya acción ha ido disminuyendo con el avance de los productos médicos tecnológicos, los factores a tener en cuenta son los vinculados a la distancia desde la persona por la fuente de radiación, la protección en cuanto a vestimenta y estructura edilicia de los compartimientos, tiempo de exposición y disciplina en la manipulación de los equipos de trabajo. Otra actividad de importancia de la gestión administrativa.

Ruidos: Debe controlarse que el nivel de ruidos no supere el estándar permitido que preserve el bienestar del paciente. El ruido es enervante, causa de angustia y factor de insomnio en la generalidad de las personas.

Olores: Los malos olores resultan del deficiente manejo de desechos hospitalarios y del erróneo aislamiento de laboratorios, cocinas y depósitos de alimentos. La provisión de extractores de aire y de ventilación adecuada evita la propagación de malos olores. El aseo de todas las dependencias del hospital es otra actividad importante en materia de prevención.

El Hospital no tiene un diagrama escrito de cómo preservar el medio ambiente en función a todos estos aspectos antes considerados.

Se trabaja sin actividades preventivas sino a resolución de los problemas que van apareciendo en todo sentido.

Obviamente, muchos de estos aspectos son considerados y evaluados a conciencia en su personal de trabajo pero careciendo de una metodología de procedimientos que hagan de todo ello un cronograma ajustado y de aplicación preventiva.

En estas consideraciones, se pueden citar como algunos aspectos evidenciados, es que, por ejemplo, en el invierno, se ha denotado el uso de artefactos de calefacción a gas internos sin salida al exterior, o la presencia de fuertes olores emanados de la cocina que alcanzan algunos pasillos cercanos a la sección de hospitalizados o de pediatría y que provocan reclamos de los usuarios en tal sentido, pero así también, se ha visualizado que hay una celosa estructura que sigue la funcionalidad de que los espacios del hospital siempre se encuentren limpios y con olores agradables que emanan de la utilización de productos adecuados en esta cuestión, o que se realizan los estudios del agua que se consume dentro del mismo para que no sucedan problemas en este sentido, pero, dependiendo del nivel recordatorio que el personal administrativo tenga en ello.

En materia de desechos o residuos patógenos, el nosocomio contrata a un proveedor externo que realiza esta actividad con cierto celo de cumplimiento en esta cuestión que es considerada de alta importancia por todo el personal de trabajo.

11.4. La bioseguridad en el hospital:

La bioseguridad involucra y define las normas relacionadas con el comportamiento preventivo del personal del hospital frente a riesgos propios de su actividad diaria.

Incluye también el conjunto de disponibilidades que la institución debe tener permanentemente actualizadas para evitar cualquier riesgo físico o psicológico del personal que labora dentro de la misma y la de sus propios pacientes.

Aquí se consideran tanto las obligaciones de cada trabajador para preservar su salud como la responsabilidad del hospital en garantizar los medios para ello. Debe prevenirse los problemas vinculados a las infecciones, traumatismos, enfermedades sistémicas, patologías locales, patologías oncogénicas y patologías genéticas.

En tal sentido, el hospital debe velar por el cumplimiento de las precauciones universales para prevención de la contaminación de los trabajadores de salud desarrollando programas de educación continua y colocando en lugares visibles llamadas de atención para recordar la práctica de aquellas.

11.5. Mantenimiento de los recursos:

El mantenimiento en general busca prolongar la vida útil en condiciones económicas favorables de todos los recursos empleados en el desarrollo de las actividades del hospital en función al desgaste y la destrucción de los bienes puestos a disposición para su utilización en los servicios que presta el mismo. Incluye todas las acciones que se toman para mantener los elementos en condiciones de servicio o para restaurarlo involucrando los aspectos de aseo, inspección, prueba, clasificación, reparación, reconstrucción, recuperación y modificación.

Preventivo: Se refiere a los trabajos que se desarrollan para la correcta operación y servicios de un bien. Incluye el aseo, el buen manejo de los equipos, inspecciones sistemáticas, control de los indicadores, detección y corrección de las fallas iniciales antes que ocurran daños en las operaciones.

Correctivo: Incluye las reparaciones en el sitio de trabajo o fuera de él, reconstrucciones, recuperaciones y modificaciones de dichos elementos en cuestión.

11.5.1. Preveniciones de pérdidas:

En este aspecto, se citan distintas cuestiones que el hospital debe tener en cuenta, con la información correspondiente, a fin de otorgar la seguridad debida a los pacientes, trabajadores y transeúntes del mismo.

El Director es responsable de prever y corregir todas las condiciones de riesgo razonables de manera de minimizarlos alcanzando los objetivos éticos, de salud y los gerenciales.

En tal sentido, se debe promover activamente un ambiente seguro para evitar perjuicios en la prestación de los servicios, los accidentes, reducir al máximo los daños y previniendo pérdidas que afectan a la organización vulnerando el presupuesto.

Aspectos esenciales a tener en cuenta:

- ✓ *Seguridad contra incendios*: El incendio accidental. El comando de acción. Entrenamiento. Procedimientos de evacuación aplicando las normas dispuestas. Equipos portátiles para combatirlos. Reapertura del hospital postevacuación
- ✓ *Infecciones y/o contaminaciones*: Su acción. Peligros de los pacientes y funcionarios. Riesgos potenciales. Directrices técnicas. Programas de entrenamiento
- ✓ *Emergencias por desastres naturales*: Terremotos, huracanes, tifones, ciclones. Evacuación. Acciones a implementar
- ✓ *Emergencias por actividades humanas*: Robos, motines, disturbios. Guía de protección
- ✓ *Emergencias por defectos de materiales de uso*: Plantas de tratamiento de aguas del alcantarillado, tanques subterráneos de combustible, cuartos de refrigeración, transformadores de bifenil policlorinado (PCB)

Para todos los casos, es una política sana estar cubierto de los riesgos de pérdidas mediante la contratación de seguros que tendrán las características vinculadas al interés asegurable, el riesgo asegurable, la prima y la obligación condicional del asegurador.

Nota sobre las precauciones universales (Organización Mundial de la Salud):

- 1) Todos los trabajadores de la salud deben utilizar rutinariamente todas las precauciones de barreras adecuadas para prevenir la exposición cutánea o mucosa cuando se va a tener contacto con sangre u otros líquidos corporales de cualquier paciente. Usar los guantes para manejo de sangre, líquidos y fluidos en general para venopunciones y todo tipo de procedimientos de acceso vascular. Cambiar los guantes después del contacto con cada paciente. Usar tapabocas y protección ocular durante procedimientos que puedan ocasionar la liberación de partículas de sangre o fluidos que sin las debidas protecciones podrían ponerse en contacto con las mucosas. Igualmente, usar delantales o blusas apropiadas para procedimientos de mayor riesgo
- 2) Deben lavarse las manos y otras superficies cutáneas expuestas en forma adecuada inmediatamente después de cualquier contacto con sangre o secreciones. Este lavado cuidadoso es mandatorio también inmediatamente después de quitarse los guantes
- 3) Los trabajadores de la salud deben tomar todo tipo de precauciones para evitar lesiones por agujas, bisturíes, instrumentos y dispositivos en general; igualmente para evitar todo tipo de heridas durante procedimientos quirúrgicos o de laboratorio. Para el manejo de todos estos elementos deben darse directrices claras y recalcar permanentemente lo relacionado con estas prevenciones. Los elementos, instrumentos cortantes o punzantes que deban ser desechados se tratarán en forma especialmente cautelosa y se colocarán en envases especiales, fácilmente identificables cuyo manejo debe hacerse dentro de normas claras preestablecidas

- 4) Debe disponerse de elementos o aparatos especiales que suplan la respiración boca a boca
- 5) Los trabajadores de la salud que presenten cualquier tipo de dermatitis o lesión exudativa de piel o cicatriz quirúrgica o traumática reciente, deben abstenerse de participar en procedimientos que los pongan en contacto con fluidos, secreciones o sangre, mientras no se presente la curación completa de la lesión
- 6) Las trabajadoras de la salud embarazadas deben conocer plenamente todas las precauciones de protección y utilizarlas de manera más estricta.

11.6. Estructura edilicia:

El Área de hospitalizados constituye el centro de mayor atención dentro de un hospital en lo que hace relación a sus características, disposición y ubicación. Generalmente son incluidos a los pacientes con diferentes patologías en un mismo sector en la idea de que el aislamiento solo fomenta el descuido en el uso de las barreras contra la infección mientras la promiscuidad puede incrementar el uso de todas las precauciones.

Sin embargo, existirán casos de enfermedades infectocontagiosas o problemas psíquicos agudos que obliguen al aislamiento en sectores especiales.

Otra área distintiva será la de los pacientes obstétricos dado a que requieren cuidados especiales tanto a la madre como al recién nacido lo que implica ubicarlos en un lugar predeterminado diferente.

En las habitaciones, se prefiere la llamada disposición perimetral de las camas para facilitar la entrada de luz natural. Cada cama requiere un promedio de 16 a 18 metros cuadrados siendo menor la superficie ocupada en los cuartos comunes. Por razones de comodidad y funcionalidad, los pacientes quirúrgicos se hospitalizan en unidades próximas a los quirófanos.

Por igual sentido, el servicio de urgencias del hospital estará localizado en un sector con acceso directo al área de parque de la cual pueda ingresar el paciente sin necesidad de usar ascensores o escaleras, siendo éstas últimas que deberán ser reemplazadas por rampas de moderada inclinación que permiten el adecuado tráfico de camillas o sillas de ruedas.

Áreas de consultas externas: Deben tener una disposición que permita fácil acceso y circulación de los enfermos y sus acompañantes para tener a mano los servicios de atención de la consulta y de los exámenes complementarios, sanitarios, departamentos de imágenes diagnósticas e historias clínicas, farmacia, laboratorio y el servicio de cafetería.

La sala de espera de la consulta externa debe disponer de muebles adecuados e instalación de equipos de TV con fines educativos además del puesto de información y control.

Quirófanos: Deben estar ubicados en preferencia de los hospitalizados con garantía en el aislamiento del área en las condiciones ambientales requeridas, con la iluminación necesaria y el acceso funcional. Contigua debe estar la sala de recuperación. También próximo debe hallarse el área de esterilización de materiales quirúrgicos y central de distribución de equipos e instrumental.

Servicios de apoyo: Las cocinas y lavanderías por la índole de las actividades que allí se llevan a cabo deben ubicarse en lugares accesibles pero en sectores aislados para evitar molestias en las actividades propias de la institución.

El departamento administrativo debe ocupar un sector que permita el acceso de personal ajeno a la institución de manera de que este personal de trabajo no tenga que circular por los de hospitalización, laboratorio o quirófanos (solo personal de mantenimiento).

Disposición del Hospital Público Municipal Eustaquio Aristizábal:

El nosocomio está radicado en la ciudad de Coronel Vidal cabecera del Partido de Mar Chiquita en la Región Sanitaria VIII de la Provincia de Buenos Aires.

El Hospital Público Municipal Eustaquio Aristizábal se inauguró en el Año 1913 estando emplazado en un lugar muy próximo al centro de esta localidad.

La construcción del hospital está a punto de cumplir su primer centenario de vida. Su estilo responde a los parámetros arquitectónicos de esa época. Se caracteriza por sus grandes aberturas de madera, pasillos largos y un área central tipo patio pulmón de la construcción, que hoy se encuentra cubierto y afectado a actividades específicas del hospital.

Ocupa una Manzana completa comprendida entre las calles Bv. Belgrano por donde se encuentra dispuesta la puerta principal de acceso, hacia el norte lindera en la calle Italia, por el sur en la calle Aristizábal y por el Oeste por la vía Inocencio P. Mariani.

Dentro del predio y como edificio aparte se halla el Asilo de Ancianos y el S.U.M. que es utilizado por la Secretaría de Salud para el desarrollo de la escuela de enfermería y de reuniones protocolares.

El edificio está rodeado por distintas especies de árboles y en la parte posterior hay un gran espacio verde con flores y arbustos, que acompaña la calidez de su estilo.

Ingresando por el Bv. Belgrano (frente a las vías del ferrocarril) se ha establecido el acceso principal rodeado de un parque verde que dispone de árboles y arbustos de ornamentación. En ala derecha, se ha establecido un ingreso directo al Sector Urgencias o Emergencias pero que también puede arribarse desde la puerta principal. En ala izquierda se dispone de la Sala de Pediatría para atención ambulatoria.

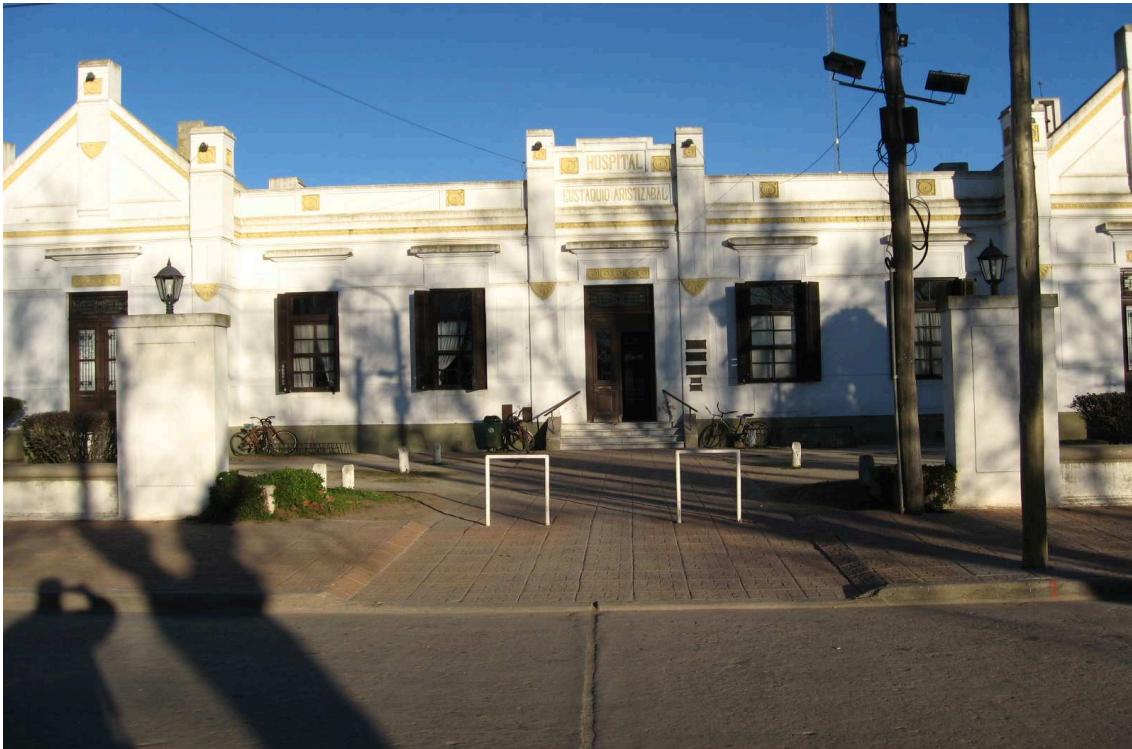


Foto: Puerta de acceso principal al Hospital por Bv. Belgrano



Foto: Parque verde de acceso con ornamentación de árboles y arbustos cuyo cuidado está a cargo del Área de Mantenimiento de espacios públicos Municipalidad del Partido de Mar Chiquita

El acceso general es por la puerta principal que se observa en la primera imagen, en donde se dispensa un pequeño hall de entrada de 12 mts² para el ingreso al pasillo de circulación. No hay rampas ni accesos para discapacitados.

En ala izquierda se disponen dos compartimientos que utiliza el cuerpo administrativo para atención al público en ingreso de atención ambulatoria, registro de hospitalizados, pagos de bonos de consulta, atención de proveedores, etc., en un total de 30 mts². Contiguo izquierdo se halla la Dirección del Hospital emplazado en una habitación con baño de 22 mts².

La recepción es pequeña. En ella se archivan también las historias clínicas. En la parte superior de la mesa de entradas hay una cartelera que indica las especialidades, los profesionales a cargo y los horarios.

La sala de espera está dispuesta en un corredor angosto y no cuenta con un sector abierto para el paso del público. La calefacción es por pantallas de gas internas sin salida al exterior. No hay sanitarios en este espacio. No hay luz natural. El estado general es bueno, considerando la antigüedad del edificio. Los consultorios están señalizados. Configuran espacios de pobre luminosidad comprimidos entre paredes internas azulejadas hasta una altura de un metro setenta, con pisos de mosaicos y cielorraso de yeso. Presentan instalaciones y cañerías externas.



Fotos: Mesa de Entradas. Admisión (ver foto de la izquierda). Pasillo de circulación con asientos para la atención de pacientes en consultas ambulatorias (ver foto de la derecha)

El ingreso al área pediátrica funciona, como se había indicado precedentemente, en una ampliación que se ha efectuado con posterioridad del edificio principal, con acceso independiente.

En el caso de consultas pediátricas, el paciente primariamente se dirige a la recepción y luego es derivado a esta dependencia. Como se refleja en esta imagen, el trayecto desde la recepción hasta el mismo es a la

intemperie y no hay rampas ni las aberturas suficientes para el acceso de discapacitados.



Foto: Ingreso a la Sala de Atención Ambulatoria Pediatría en ala izquierda de Hospital



La sala de espera pediátrica es bastante pequeña, dispone de seis sillas, únicamente No hay señalización de los consultorios ni de los sanitarios. En el ala derecha, se ubica Urgencias o también llamada Emergencias.



Foto: Izquierda: Acceso a la Guardia desde Bv. Belgrano y salida de Ambulancia. Derecha: Ingreso Sala de Guardia Emergencias

La sala de espera de los consultorios ubicados en el área de emergencias se encuentra ubicada en el mismo lugar donde ingresan las camillas al área restringida que funciona en una ampliación que se ha efectuado que tiene acceso independiente. El paciente primero se dirige a la Mesa de Entradas y luego es derivado a esta área, a la que se ingresa saliendo del Hall por afuera del Hospital. Cuenta con dos sillones. No se observa calefacción, ni rampas ni equipos de luces de emergencias en accesos y circulaciones. No hay señalización de consultorios ni de sanitarios. No se observa tampoco dispositivos de seguridad eléctrica.



Foto: Consultorio Médico Sector Emergencias

Este consultorio está ubicado en el Área de Emergencias. Cuenta con lavabo, toallero para descartables, escritorio, computadora, sillas, camilla, balanza, negatoscopio, Tensiómetro, armario, recipiente con tapa y papelerero y carro de suministros y curaciones. Está totalmente azulejado. Tiene iluminación general. Retornando al Edificio Principal, contiguo a la Dirección del Hospital, se cuenta con el Sector Farmacia en donde se cuenta con el stock y entrega de medicamentos recetados por los profesionales con la debida prescripción.



Este sector cuenta con una capacidad de 10 mts². Los consultorios de atención ambulatoria se hallan dispuestos enfrente de este pasillo de circulación interna. Allí se disponen para las consultas de los pacientes en las distintas especialidades tales como Clínica Médica, Odontología, Traumatología, Kinesiología, etc. Se tratan de seis salas con un promedio de espacio de 12 a 20 mts².



Las salas de Laboratorio y de Radiología cuentan Office, Salas de Espera, Baños y lugares específicos para desarrollar sus funciones afines.



Continuando con en el pasillo de internación en la dirección hacia el Oeste (calle Mariani) se dispensan el Sector de Hospitalizaciones. Su diagrama tiene la forma de un anillo circular en donde en su centro se radica un patio de invierno (jardín descubierto). Allí se ubican las habitaciones en un total de 16 en espacios diversos desde 8 a 20 mts² con la inclusión de una o dos camas según las circunstancias existentes en cada momento.

También está ubicado en este sector el Office de Enfermería (el sucio y el limpio), la Sección de Ropería y Planchado, la Cocina y Despensa de víveres, Farmacia de medicamentos para única utilización en hospitalización, Internación Pediatría (sala separada) y la Capilla.



Fotos: A la izquierda habitación de pediatría. A la derecha la Cocina del Hospital

Finalmente, circulando por pasillo interno a la derecha desde Hall de Acceso, pasando por la Sala de Radiología y con dirección al Noroeste dentro del nosocomio, se encuentra la Sala de Parto, la Sala de Parto, la Sala de Neonato, el Quirófano (contigua a la anterior), la Sala de Recuperación quirúrgica, el Quirófano Sucio, Enfermería, Office y los Vestuarios.



Fotos: A la izquierda la Sala de neonatos con el equipamiento respectivo para urgencias y a la derecha, la Sala de Parto

En lugares más distantes también se ubican la Sala de Máquinas (calderas, generador de corriente eléctrica), Sección Lavandería (limpieza de toda la ropa blanca utilizada en el hospital), el Depósito de instrumentales y la Cochera de Ambulancia con dimensiones variables.

11.6.1. Aplicación de la normativa en los programas de garantía de calidad de atención médica:

La tipología edilicia observada cumple parcialmente a los requerimientos y criterios arquitectónicos de Garantía de Calidad de Atención Médica de Salud de acuerdo al Programa Nacional y su resolutive R.M 431/00.

En efecto, si bien se respetan, por ejemplo, para el caso la superficie mínima de 7,50 mts² para los compartimientos generales, sus condiciones ambientales en cuanto a privacidad, protecciones de seguridad y buena ventilación no se cumplen en función a dicha disposición.



No se observaron, además, los cuatro tomacorrientes simples e iluminación general de 200 Lux, blanca y difusa, ni luz focalizada en los consultorios como requiere la normativa.

Tampoco se verificaron dispositivos de seguridad eléctrica y luz de emergencia en accesos y circulaciones ni un matafuego por consultorio.

Notas Bibliográficas:

1.- K. Apel (1993) "Límites de la ética discursiva" UPCO, Madrid

2.- Gilberto Osorio (1993) "El significado de la bioética en las instituciones de salud" Proadsa-Aupha Universidad del Valle Cali, Colombia

TERCERA PARTE: LOS CRITERIOS DE EVALUACIÓN

CAPÍTULO 12

CRITERIO 8 DE DIAGNÓSTICO: RESULTADOS DE LA GESTIÓN DE CALIDAD

Jairo Reynales Londoño: “La información estadística es una poderosa herramienta para la toma de decisiones y muchas veces es utilizada para hacer comparaciones, lo cual puede llevar a hacer juicios apresurados e injustos sobre el desempeño del personal a su cargo. Sea cuidadoso y prudente al respecto!”



12.1. DIAGNÓSTICO: CRITERIO 8: RESULTADOS DE LA GESTION DE CALIDAD:

En la medida que se hagan las preguntas adecuadas, las estadísticas mostrarán lo que está sucediendo en el hospital en términos de eficiencia, calidad y productividad.

Elas serán:

Qué queremos saber?

Por qué lo queremos saber?

Quien puede darnos esa información?

Qué uso podremos dar esa información?

Cómo queremos que la información nos sea presentada?

Con qué frecuencia queremos conocer esa información?

Información a considerar:

- ✓ *Población:* Mientras mejor se conozcan las características de cada grupo poblacional se podrá dar mayor respuesta a las expectativas y necesidades de los mismos
- ✓ *Demanda:* Conocer lo que requieren los pacientes
- ✓ *Procesos:* Son las acciones que adelanta la organización con el propósito de atender la población que tiene acceso a los servicios de salud
- ✓ *Los resultados y el impacto:* La población atendida en el sistema de servicios de salud representa los resultados siendo su impacto el cambio en su condición de salud

La información estadística es una poderosa herramienta para la toma de decisiones y es utilizada para hacer comparaciones de todo estilo.

En sus considerandos, debe atenderse los siguientes aspectos:

- ✓ *Presentaciones gráficas:* Las gráficas, los diagramas, las figuras y los cuadros tienen su función específica para comunicar las estadísticas en forma fácilmente comprensible
- ✓ *Precisión:* Su exactitud permite resultados confiables
- ✓ *Oportunidad:* Organizar los procesos de la mejor forma posible
- ✓ *Inferencia estadística:* Interpretación de la información que se recibe para la toma de decisiones gerenciales
- ✓ *Promedios:* Forma de cálculo
- ✓ *Definiciones:* Claras y exactas de lo que se pretende medir

En este criterio se considera el sistema que la organización utiliza para evaluar las tendencias y medir los resultados obtenidos en la gestión de calidad, seguridad, productividad y los aspectos económicos-financieros relacionados a los procesos y a los servicios.

12.2. Resultados en el Hospital Municipal:

En el Hospital Público Municipal Eustaquio Aristizábal no se llevan a cabo estadísticas de ninguna variable a excepción de las vinculadas a los índices que deben relevarse para ser presentados en el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires en forma anual y que integran en parte el cálculo general para la coparticipación de ingresos municipales en razón de la recaudación de impuestos provinciales.

A partir del año anterior, una persona administrativa adscripta al nosocomio pero con dependencia de la Secretaría de Hacienda del municipio, está generando una hoja de cálculo comparativa con estos conceptos que involucran a la coparticipación pero solo tiene relevado el lapso del Año 2010 y el avance del actual Año 2011 por lo que no cumple con este criterio que se necesitan, como mínimo, de tres ejercicios anualizados.

Cabe destacar que en este sentido se necesitan elaborar indicadores para resultados obtenidos en la satisfacción de los usuarios (pacientes), en la mejora del bienestar, la satisfacción, el desarrollo, el compromiso y el reconocimiento del personal, en la mejora de los resultados económico-financieros, en la calidad de los productos y servicios, en la productividad y en los procesos principales, en la calidad de los servicios de apoyo y en la calidad de los proveedores y su desarrollo y de la responsabilidad social del organismo con respecto al entorno físico y social.

EPÍLOGO:

Conforme a las pautas que se fijaron para lo proyectado y lo concretado en este trabajo de tesis, en este acápite, se procede a presentar las conclusiones y las recomendaciones realizar en función de todo lo observad.

A su vez, se ofrecen distintas propuestas a la Dirección del Hospital en el corto plazo (un año vista), en el mediano plazo (entre uno a tres años) y en el largo plazo (más de tres años y hasta cinco años) en la factibilidad de instrumentar distintas medidas tendientes a generar alternativas y soluciones para ir amoldando a esta entidad sanatorial a la gestión en calidad según las definiciones previstas en el Premio Nacional a la Calidad en la Gestión Pública.

CONCLUSIONES:

El núcleo de la salud pública se puede concentrar en tres campos, conforme lo expresa V. Navarro en su texto “Concepto actual de la salud pública”:

- a) La valoración de la situación de salud
- b) El desarrollo de políticas de salud
- c) La garantía de la provisión de servicios para alcanzar los objetivos de salud

En ese marco y hablando de calidad en la salud pública, se debe profundizar la mirada, precisamente en este tema, basada en la evidencia, considerando los siguientes aspectos:

- a) Que se debe diseñar estrategias con base en la estructuración, homogeneización y sistematización de la práctica de los programas de salud pública
- b) Protocolizar el abordaje de situaciones y potenciar la formación para minimizar la variabilidad de las actuaciones de los profesionales ante un problema de salud pública
- c) Establecer grupos de mejora para resolver o encauzar una situación o un problema que puede tener consecuencias para la salud pública
- d) Trabajar mediante comisiones de calidad, con participación de diferentes puntos de vista (amplitud de conocimientos y habilidades)
- e) Garantizar la puesta en escena de condiciones para lograr objetivos y niveles deseados montando comisiones de acreditación que permitan conseguir un instrumento motivador, racionalizador, sistemático e integrador de la calidad de los servicios de salud pública (desarrollar Manual de Calidad y de Procedimientos específicos)
- f) Desarrollar estrategias de dirección por objetivos o de marketing interno que haga que los profesionales se sientan implicados en el desarrollo de estrategias que permitan mejorar la calidad de la organización y, por lo tanto, de sus programas
- g) Establecer unos criterios mínimos de calidad en los servicios ofertados de salud pública a la población

- h) Evaluar los programas de salud como manera de utilizar el aprendizaje sistemático como instrumento de avance hacia el futuro por la utilidad de los resultados (tratar de seguir en forma continua esta práctica)
- i) Adentrarse en la evaluación de la calidad conlleva conocer en opinión de los usuarios (pacientes) el grado de accesibilidad a los programas de salud pública, la comunicación, la cortesía, la competencia profesional, la capacidad de respuesta, la seguridad o la tangibilidad de los servicios ofrecidos
- j) Definir los públicos o segmentos a los que llegar mediante una estrategia diferenciada para cada uno de ellos (estrategia tendiente a la personalización)
- k) Comunicar hacia la población para dar a conocer los resultados, con una estrategia activa hacia los medios de comunicación, que pueda mejorar la calidad de los programas al modular las expectativas de los ciudadanos (dar fluidez tanto a la comunicación interna como la externa)
- l) Potenciar el desarrollo de contratos saludables que permitan que la promoción de salud y la salud pública tenga un mayor peso en el día a día del trabajo de los profesionales y en el conjunto de los sistemas sanitarios

La salud pública basada en la evidencia tiene que implicar también un comportamiento en decisiones fundadas en la investigación, en los estudios, en el conocimiento de lo que ocurre, de lo que se hace y de lo que funciona utilizando métodos de investigación cualitativos y cuantitativos. La complementariedad de ellos conformará una gran ayuda los fines de conocer no solo cuántos dicen qué sino profundizar en los por qué de las cosas.

En cuanto al liderazgo, su participación activa es clave para el éxito o el fracaso de la organización en cuanto a la aplicación de los principios de calidad. Por un lado, debe existir un liderazgo sincero por parte de la Dirección y por el otro, una gran predisposición a tener una total voluntariedad y capacidad de innovación en la gestión en el resto del personal de trabajo.

En ese sentido, el equipo directivo debe adoptar una política de funcionamiento acorde con la misión y visión definidas en el plan de calidad y que queda reflejada en una clara política de puertas abiertas para todo el personal, una acción continua de transparencia en términos de recursos, directrices internas y externas y, muy especialmente, en un intensivo desarrollo de la formación en calidad tanto la recibida como la desplegada personalmente en todas y en cada una de las direcciones.

Al momento de la instrumentación y en sus primeros pasos de desarrollo surgirán nuevos valores a la organización tales como los vinculados a la cultura de la evidencia (“si no hay registro, no existe”) que deriva en la garantía del control y en una cierta pasión por medir, en que se tienda a documentar mediante procedimientos todos los procesos proporcionando responsables de cada acción y la factibilidad de implementar incentivos al personal estimulando su continua aplicación.

En cuanto a la satisfacción a los pacientes, sería de interés conformar una unidad administrativa dirigida a prestar servicios de atención a los clientes,

responsables de atenderlos junto a sus familiares de manera de satisfacerlos en su totalidad.

Para ello, se deberá capacitar a sus integrantes en las comunicaciones tanto verbal como escrita con los usuarios, conocimientos administrativos sólidos, aplicación de los procedimientos del hospital y sus vinculaciones con el entorno institucional.

Sus objetivos:

- ✓ Integración cliente-hospital
- ✓ Seguimiento de la normativa del hospital
- ✓ Centralización y respuesta de los reclamos
- ✓ Análisis de la información recibida con su debido proceso de manera de cumplir con las exigencias de satisfacer a los usuarios

En cuanto a la satisfacción laboral del personal de trabajo, sería de interés generar una especie de contrato-programa como instrumento para asegurar la eficiencia de la atención y la implicación de los profesionales y del resto del grupo de trabajo en su diseño, desarrollo y evaluación.

En tal sentido, podría partirse de dos premisas:

- 1) La participación en la gestión de la empresa (hospital) es un elemento motivador a tener en cuenta en la satisfacción de los profesionales
- 2) Un alto nivel de satisfacción tiene una gran influencia en la calidad de la atención de los clientes

Aspectos evaluativos:

- ✓ Conformación de los cargos de dirección
- ✓ Conocimiento del contrato-programa por parte de todo el personal del hospital en forma previa a su formalización desde la Dirección
- ✓ Generar ámbitos de discusión de manera de dar a conocer y proponer cambios y/o modificaciones a la composición cuantitativa o cualitativa de la plantilla de personal y de los recursos asistenciales que tiene el hospital
- ✓ Evaluar e informar sobre el grado de cumplimiento de los objetivos por las unidades asistenciales y los profesionales así como proponer incentivos a los mismos
- ✓ Elaboración de programas de formación y capacitación para el personal de trabajo
- ✓ Elaboración de informes sobre los objetivos diseñados por los responsables de las distintas unidades operativas
- ✓ Elaboración de un programa de evaluación de la calidad en los cuidados y asistencia

En cuanto al estudio de costos en el hospital, uno de los problemas más salientes surge desde la misma profesión médica, sobre la cual pareciera que no existiera la conciencia de que la eficacia en la atención del paciente no está reñida con la eficiencia a la hora de prestar los servicios necesarios. Los médicos dentro del hospital dan la sensación de no permitir injerencias sobre temas relacionados con el control del gasto y además son ellos los que tienen, verdaderamente, en su poder tanto el ingreso como el egreso. Por lo tanto, es

un elemento de vital importancia, que se pueda producir un cambio en la visión de estos profesionales dentro del andamiaje económico y financiero del hospital.

RECOMENDACIONES:

Está pendiente una reforma hacia afuera del Estado que se instale en el lugar de iniciador, activador y regulador del cambio a través del fortalecimiento de coaliciones que se instituyan en rutas de acceso y canales institucionales que representen las demandas de la sociedad civil, en especial, de aquellos sectores más necesitados de los servicios sociales que el mismo debe brindar. Cabe destacar que las políticas provinciales de salud son inerciales (no hay un plan de salud definido para la atención primaria) de tal modo que se limitan a sostener la situación ya que el margen de maniobra de que disponen parece muy reducido.

El modelo de organización reposa en grandes estructuras donde se integran desde el cuidado primario hasta las tareas de alta complejidad. No existe un sistema de derivación explícito sino que los médicos que atienden en el hospital son los que deciden qué pacientes se internan, cuánto tiempo y qué prácticas complementarias deben ser realizadas.

La asignación del gasto provincial en salud entre los diferentes hospitales se realiza de acuerdo al comportamiento histórico. No se transfiere un presupuesto para que sea manejado por el hospital (como vimos en el trabajo presente en el Hospital Público Municipal Eustaquio Aristizábal) ya que los sueldos y los insumos se pagan desde el gobierno central.

Bajo el actual esquema de financiamiento y de oferta, se identifican claramente tres desafíos a superar por parte del Estado Público en materia de salud:

- 1) *Inequidad*: El actual modelo de provisión pública no está logrando garantizar, bajo criterios de calidad, oportunidad y certeza el acceso a los servicios de salud en especial para las personas con menores ingresos, que se vislumbran en las restricciones en su capacidad de crecer para llegar a los sectores más necesitados por una persistente debilidad institucional trabajándose a criterio de demanda espontánea y de las emergencias que se reciben
- 2) *Falta de eficiencia*: Dada su rigidez organizacional, la ausencia de incentivos al desempeño y rendición de cuentas y la falta de mecanismos para dar respuestas flexibles a demandas variables
- 3) *Ausencia de normativa*: Existe un vacío regulatorio importante y de debilidad en la aplicación de las normas existentes produciendo falta de transparencia y marcada heterogeneidad en las garantías mínimas de calidad de los servicios prestados

El sector sanitario es un claro ejemplo de la necesidad de una relación más fluida entre el Estado y la sociedad ya que reúne diversos actores y elementos tales como grupos de presión, interés, relaciones individuales, factores ecológicos, organizaciones complejas, tecnología avanzada, problemática psicológica y familiar, etc. Por ende, se debe partir de la idea que conviene

analizar los sistemas sanitarios como procesos de mantenimiento y mejora del nivel (y distribución) sanitaria en una población dada.

Llama la atención la aparente estabilidad de las desigualdades sanitarias en la población. La distribución de los servicios y personal sanitarios no es suficiente para un análisis adecuado de la planificación sanitaria: Es necesario, además, tener en cuenta la utilización de los mismos explicando las diferencias entre lo real y lo potencial. Muchas veces, los problemas del sector sanitario no son estrictamente problemas de recursos o de desarrollo sino de distribución o políticos.

En muchos de los organismos públicos se advierten que tiende a generarse meras descripciones de las estructuras actuales y de los objetivos logrados más que de analizar y evaluar los problemas y la falta de coordinación del sistema diseñado. Ello obsta a medir con precisión la eficacia del sistema sanitario.

La atención sanitaria en un hospital público debe apuntar a cubrir las necesidades del número absoluto de aquellos que no pueden acceder a los sistemas de salud privados o sindicales. Es un deber del Estado recuperar su rol de iniciador y regulador de las políticas sanitarias, entendiendo cuáles son los espacios que se dejan desatendidos, sus deficiencias y debilidades de capacidades en este ámbito.

Para ello, es necesario analizar los distintos aspectos que involucran este proceso:

- ✓ Brechas políticas e institucionales relacionadas al marco normativo dentro de las cuales las sanitarias deben estar articuladas
- ✓ Brechas de relaciones interinstitucionales que se generan por la falta de atención de la delimitación del universo institucional y la distribución de responsabilidades en la fase de implementación de una política pública
- ✓ Brechas de organización interna basado en la utilización eficiente de los recursos para alcanzar los resultados esperados
- ✓ Brechas en políticas de personal y sistema de recompensas entre el padrinazgo político, el clientelismo y la descoordinación de la burocracia
- ✓ Brechas de habilidades cuando el personal involucrado no tiene la competencia suficiente para llevar a cabo las políticas delineadas

En definitiva, todo proceso de reforma llevar a pensar en la reformulación y recuperación de los valores clásicos tales como el carácter profesional y especializado del aparato administrativo, una orientación hacia la participación social efectiva que resuelva los problemas de apropiación privada de los recursos públicos, fomente la responsabilización por las acciones y promueva cambios culturales en los valores y percepciones de aquellos que entran al juego.

En consecuencia, las posibles conclusiones esbozadas permiten establecer que existe un problema que excede cualquier cuestión sanitaria puntual y que para resolver hay que apuntar directamente al déficit de equidad e integración social.

Esto remite a implementar el diseño de políticas donde el flujo del ciclo se inicie en los beneficiarios (pacientes) quienes tendrán la posibilidad de definir sus necesidades y, de alguna manera, participar en el proceso que llevará a la satisfacción de las mismas.

En este contexto el Estado debería contar con capacidades especiales de política (voluntad y compromiso de gestión), control del cumplimiento del marco normativo, regulación y transferencia de recursos siendo el responsable de la coordinación. Debe evitar la sectorialización, integrando la territorialidad por medio de una planificación local otorgando una gran autonomía y capacidad decisoria a las organizaciones responsables de estas políticas sanitarias en un doble proceso de transferencia e integración.

A su vez, las distintas unidades conformarán una red de organizaciones que se constituirán en la unidad de análisis, facilitando así el control y evaluaciones de las actividades de las mismas desde todos los sectores. En este aspecto, es de suma importancia la correcta y minuciosa definición de los participantes de la red, autolimitación de cada actor, el respeto por los intereses de los otros actores y la reciprocidad del juego estratégico que lleve a una convivencia pacífica y a la democratización de las decisiones públicas en un marco de articulación vertical y horizontal.

En esta línea, se debe promover una gestión por resultados basada en una visión global del problema, una coherencia con el marco normativo, la evaluación a través de un tablero de control del cumplimiento de objetivos y autonomía en el manejo de los recursos. De ello resulta que se podrá llevar a cabo un análisis de las capacidades de cada organización con el fin de medir entre los resultados esperados y los conseguidos verificando los comportamientos producidos y los desvíos acontecidos.

Pueden surgir posturas de establecimiento de prioridades que obligará a conjugar una política pública sanitaria con una práctica clínica: Ambos niveles están comprometidos. La validez de los resultados dependerá de la legitimidad del proceso y el abanico de opciones para enfrentarse a los problemas que esta determinación produce. Entre ellas, se pueden mencionar las de continuar con el establecimiento implícito (hoy ya existente) entre decisiones clínicas y procedimientos administrativos, utilizar listas de esperas, introducir copagos para servicios de baja prioridad con los límites adecuados, limitar la disponibilidad de ciertos servicios a través de listas positivas o negativas, concentrar los recursos en servicios de efectividad probadas, introducir la valoración y regulación de tecnologías, desarrollar guías de buena práctica clínica para establecer prelación de acceso, proporcionar información a usuarios sobre la efectividad y calidad de los servicios para estimular una utilización adecuada, definir un proceso para el establecimiento de prioridades, transferir la responsabilidad de algunos servicios sanitarios al sector privado o establecer una relación de las prestaciones a financiar públicamente.

Finalmente, todo lo expuesto también se entrelaza con el sistema de transferencia de fondos que puedan generarse desde el gobierno central a cada uno de los hospitales públicos.

Pueden implementarse distintos esquemas en forma separados o conjugados basados en el envío de fondos según el reembolso de costos, o de pago prospectivos o de pagos por servicios, o pagos asociados a diagnósticos, presupuestos fijos (los vigentes actualmente), presupuestos asociados a compromiso de gestión, adicionar incentivos al personal de trabajo, inducir la competencia y la demanda a los hospitales, etc.

Todos ellos podrán ser aplicados bajo ciertas condiciones vinculadas a la falta de información necesaria para aplicar un sistema de pago asociado a diagnóstico, la falta de información sobre costos específicos de los hospitales, las regulaciones laborales existentes para los empleados públicos, la falta de tecnología y sistemas informáticos para poder llevar un mínimo de control, la inconveniencia de abrir la competencia entre hospitales públicos y sus similares privados.

Bajo esta mirada, es posible que el sistema de presupuestos con compromiso de gestión pueda ser utilizable: Según este mecanismo el hospital y el gobierno convienen determinado nivel de salida en función a lo que el agente se compromete a prestar transfiriendo los fondos respectivos. Bajo este método, deberá existir un sistema de premios y castigos para que el hospital cumpla con las metas pautadas debiendo generar idéntico incentivo al personal de trabajo de manera que se comprometa con el resultado global de la unidad sanatorial.

Estas conceptualidades llevadas a la práctica operativa continua pueden ser la base de establecer un Hospital Público de Autogestión.

Hospitales públicos de autogestión: En Junio de 1993 se creó a nivel nacional el Registro Nacional de Hospitales de Autogestión a través del Decreto 578/93 que definió los requisitos que debían cumplir los hospitales para ser considerados como de "Autogestión" así como también las atribuciones que tienen los establecimientos de esta categoría.

En el documento "Hospital Público de Autogestión: Marco conceptual, estrategias e instrumentos operativos", el Ministerio de Salud y Acción Social explicó: "Se entiende por descentralización al proceso de transferencia de competencias en el manejo de recursos a los efectores al cambio de figura jurídica del hospital en este descentralizado y a la reestructuración técnica y administrativa para lo cual deberán incrementar su capacidad de gestión y resolución de acciones sanitarias sobre la población del área programática. En este caso, la autogestión es una gestión delgada y no supone, en ningún caso, la posibilidad de una autofinanciación".

En ese mismo documento se caracteriza el siguiente esquema: El hospital público, como parte integrante del sistema estatal de salud, brinda asistencia a la clase indigente no protegida, subsidia a las obras sociales prestando servicios a sus beneficiarios sin retorno financiero, atiende la creciente demanda de sectores sociales con mayor capacidad económica que son atraídas por el prestigio profesional médico de la institución en cuanto a la prevención, diagnóstico y tratamiento, cubre lo relativo a emergencias y accidentología sin cargo a los aseguradores, al tiempo que ejerce funciones de escuela médica y asegura el progreso científico. Dada la gama de actividades desarrolladas por el hospital público y los distintos perfiles de usuarios que recurren al mismo, puede afirmarse que, en términos económicos, existe transferencia de recursos del sector público al privado, lo que implica un subsidio implícito al sector privado, fundamentalmente a las obras sociales, por parte del Estado.

A través del mencionado Decreto, se delimitaron los deberes y atribuciones de los hospitales que funcionarán bajo esta modalidad. Entre ellas, se destacan:

- ✓ Cobrar los servicios que brinden a personas con capacidad de pago o terceros pagadores (obras sociales, mutuales, prepagas, seguros de accidentes, medicina laboral, etc.)
- ✓ Recibir los aportes presupuestarios asignado por su jurisdicción según su producción, rendimiento y tipo de beneficiario
- ✓ Disponer sobre la ejecución presupuestaria y los recursos generados en el propio hospital
- ✓ Elaborar su propio reglamento interno
- ✓ Integrar redes de servicios
- ✓ Cumplir con los requisitos básicos del “Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica” elaborado por la Secretaría de Salud de la Nación alcanzando indicadores mínimos de producción, rendimiento y calidad
- ✓ Aprobar una evaluación periódica de control de eficiencia y calidad
- ✓ Elaborar y elevar a la autoridad jurisdiccional para su aprobación el programa anual operativo y de cálculo de gastos y recursos genuinos
- ✓ Elaborar las normas de funcionamiento y los manuales de procedimientos técnicos y administrativos necesarios
- ✓ Extender el horario de atención de sus servicios brindando asistencia entre las 8 a 20 horas (a excepción del servicio de emergencia)
- ✓ Prestar asistencia a los pacientes carentes de recursos en forma gratuita y disponer de un área de servicio social para establecer la situación socio-económica y el tipo de cobertura de la población que demande sus servicios

Para el caso de la Provincia de Buenos Aires, en materia de salud, está dividida en 13 zonas sanitarias que agrupan territorialmente a los distintos partidos de la provincia, no ha supuesto en la práctica, una mayor descentralización, ya que en este nivel no se cuenta con capacidad decisoria y resolutive en el ordenamiento de los establecimientos a su cargo.

Aquí se destaca el alto porcentaje de hospitales públicos dependientes de los gobiernos municipales (como este caso).

Los beneficios primarios obtenidos por los que se incluyeron en dicho listado, se vincularon a la posibilidad de cobrar automáticamente las deudas de las obras sociales que mantienen con el subsector público por las prestaciones brindadas a sus afiliados, el acceso a programas financiados por los organismos internacionales de crédito (hasta el Año 2001), y a la factibilidad de disponer de mayor autonomía para tomar decisiones respecto de sus recursos humanos y presupuestos.

El desafío, entonces, puede radicarse en la aplicación de estos principios y la continuidad de estos otros procesos tendientes a la autogestión y en calidad.

PROPUESTAS:

PROPUESTAS EN OBJETIVOS DE CORTO PLAZO:

- **La factibilidad de que el Director del Hospital atienda en forma excluyente su acción dentro del nosocomio dejando de lado la**

- confusión de cargo con respecto al de Secretario de Salud de la Municipalidad del Partido de Mar Chiquita:** Para el caso de la actual función que cumple el Dr. Jorge Scala, esta superposición de desarrollo le impide en términos de tiempo, dedicación y control la debida atención en ejercer esta labor necesaria que implica ejercer el liderazgo de un equipo de trabajo compuesto por una plantilla superior a las 100 personas. Su ausencia se nota muy claramente en la estructura perdiéndose dinamismo, participación y el ejemplo que se debe predicar para su generación
- **Establecimiento de una vía comunicacional habitual entre los grupos de trabajo en la faz administrativa, el cuerpo médico, enfermería y el personal de mantenimiento:** La organización en su conjunto, en cierta forma, se muestra estanca y sin comunicación entre sus líneas funcionales: Si bien el problema es estructural y con aspectos arraigados que implicarán un largo plazo para su resolución, una medida efectiva de corto plazo, puede aplicarse vinculada a que el Director lleve a cabo reuniones habituales con todos los grupos con planteamiento de temas específicos tendientes a permitir la participación del problema generado y las posibles soluciones a implementar para ello. Ejemplos abundan: Los médicos son renuentes a generar informes de los pacientes en cuanto a la historia clínica y las estadísticas de permanencia en el hospital lo que produce una falta de información en todos los niveles de la misma, ciertas funciones diarias del nosocomio son generadas por personas que dependen de otras unidades funcionales municipales y no le rinden cuentas ni le informan a la Dirección por ello (Ej. Asesoría Legal con los juicios recibidos y generados, Recursos Humanos por las ausencias del personal, el Dto. Compras por el control de stock y elección de proveedores, etc.)
 - **Delinear una visión, una misión y los valores del Hospital con la participación del grupo de trabajo:** Como citáramos en el desarrollo de la obra, la cultura yacente permite inferir un hilo conductor de ellas aunque no están escritas: Expresarlas de esta forma y con la activa colaboración de todos ayudará enormemente a generar los primeros pasos tendientes a disponer de un discurso más homogéneo en todos los niveles del nosocomio
 - **Conformar un grupo de trabajo (Comité de Calidad) para el inicio de las acciones tendientes a sustentar el enfoque a la calidad:** Este primer paso, con pleno involucramiento en el ejercicio del liderazgo de la Dirección, permitirá establecer las primeras pautas de cómo ir tendiendo hacia esta modalidad de trabajo buscando echar las raíces para asegurar la continuidad del sistema
 - **Realizar nuevas encuestas de satisfacción de los pacientes:** Estas encuestas de satisfacción llevadas a cabo con motivo de la realización de este texto puede convertirse en el puntapié inicial para hacer de esta labor un procedimiento continuo. Tener un contacto directo y fluido con los pacientes y la comunidad local permite conocer a la Dirección y su equipo una idea cabal de los servicios que ellos precisan tener para satisfacer sus necesidades y expectativas tanto en la red primaria de atención médica como en la medicina preventiva

- **Establecer un buzón continuo de sugerencias y reclamos para que los usuarios puedan manifestarse de lo que acontece diariamente en el Hospital:** Su producción permitirá contar con información útil y valiosa de los que los clientes externos ven en la estructura tendientes a generar resultados en acciones correctivas y preventivas de problemas recurrentes o de continua aparición
- **Instrumentar políticas de desempeño y reconocimiento del personal de trabajo:** Otra medida que puede considerarse en una pauta inicial de corto plazo para tender a mejorarla en el mediano y largo plazo: Instar procedimientos tendientes a premiar los esfuerzos en términos anuales y en tiempo más corto (vg. Mensuales) que provoquen en ellos la necesidad de ser parte y apostar su labor a logros que luego son reconocidos por la Dirección. Ello, puede surgir de acciones diarias de necesidad para el hospital: Ejemplo: Instrumentar un procedimiento para los pacientes que se atienden en el nosocomio con disposición de obra social presenten el bono para su posterior pedido de reintegro a la misma. Su producción implica mayores recursos genuinos a la entidad sanatorial y su seguimiento requiere de una acción conjunta de todo el grupo de trabajo (desde el médico, los enfermeros y el personal de contacto administrativo)
- **Iniciar los primeros procesos para la conformación de la futura base de datos del Hospital:** Actualmente, la información, en su gran mayoría, se produce en forma manual y sin una sistematización. El reciente control estadístico implementado desde la Secretaría de Hacienda todavía se encuentra en ciernes y con datos parcializados ya que no hay un control más veraz de que todo se registre. La labor se puede ceñir en el corto plazo a que ciertos procedimientos se implementen en el sistema desde su comienzo y hasta el final generando un acostumbramiento de que no puede haber un caso sin documentación y contabilización. Ejemplo: Iniciar la labor en el sector de hospitalización de pacientes en donde los servicios son más contundentes en la prestación de parte del nosocomio. Desde su ingreso y hasta su egreso, el control y el registro contempla todas sus etapas en los servicios médicos prestados, consumo de hotelería, medicamentos, etc.
- **Implementar las primeras bases de la planificación estratégica y operativa del Hospital:** Con el necesario involucramiento de la Dirección y la conformación del comité de trabajo, se deben conformar las bases para establecer la planificación estratégica y operativa aunque su fundamentación y programación, obligatoriamente, excederá el marco del corto plazo para producirse entre el mediano y el largo plazo
- **Preservación del medio ambiente:** El hospital no puede estar ausente en la comunidad con esta cuestión. El tratamiento de los desechos patógenos deben tener un extremo cuidado así como la estructura edilicia debe responder en prima facie con pautas básicas del respeto por el medio ambiente y la salud poblacional: Pautar el cumplimiento con los proveedores de estos servicios y difundir sus resultados en la comunidad permitirán un cambio de imagen del nosocomio hacia con sus usuarios que provoque un estímulo de ejemplo para ser imitado por el resto de los actores

OBJETIVOS DE MEDIANO PLAZO:

- **Implementación de políticas de capacitación al personal de trabajo:** Necesariamente deben instrumentarse planes de capacitación al personal de trabajo en todas sus dependencias y funcionalidades: En el personal de contacto para mantener un servicio fluido de atención con los pacientes, al personal de enfermería y médico tanto en el punto de vista profesional, técnico y hasta si se quiere de trato con los usuarios
- **Instrumentar un plan de desempeño y reconocimiento por la labor concretada:** Complementación de un objetivo de corto plazo: El reconocimiento permitirá diseñar a largo plazo un plan de carrera en los distintos estamentos de la organización, reconociendo los esfuerzos mediante el mejoramiento de la categoría de trabajo y su correspondiente remuneración económica, en una mayor educación, en la compenetración de su accionar y sus vínculos en todos los niveles que, finalmente, devendrá en producir un ambiente de trabajo con buen clima interno, pleno de justicia, equidad y transparencia
- **Inicio del análisis de la información:** Complementación de un objetivo de corto plazo: Con las bases iniciadas en el registro de los procedimientos, se produce en el mediano plazo la necesidad de validar los datos y evaluar la información expuesta. Surgirán herramientas de control que permitan analizar la información de lo que acontece a nivel de usuarios, proveedores, personal, proceso de gestión de los servicios y los desvíos que se disponen frente a las medidas preventivas y correctivas a instrumentar para su resolución
- **Implementar el sistema de benchmarking:** Tomar primeros contactos con hospitales de similares características en la zona de manera de disponer de primeros datos para ejercer analogías y similitudes con las propias arribando a conclusiones de situaciones para análisis
- **Planificación estratégica y operativa:** Definida la visión, la misión, los valores, objetivos y metas de la entidad sanatorial, será posible instrumentar la planificación estratégica y operativa: Evaluación de las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas de la organización para introducirlas en la planificación. Incorporación de la base de datos primaria. Determinar la participación activa del personal de trabajo, la inserción de los usuarios y de los proveedores en la elaboración del mismo. Definiciones de la Dirección
- **Instrumentar planes de acción en el entorno físico y social:** Definir una política de la organización para el compromiso de la conducta ética, disponer de medidas para que se refleje la política institucional en el compromiso con la comunidad en su labor de calidad y para el diseño de los primeros planes de mejora continua, continuar con las medidas incorporadas en el corto plazo en cuanto a la preservación y el cuidado del medio ambiente, proyectos y tecnologías utilizados para evitar accidentes o incidentes de contaminación minimizando los riesgos, definir una política de acción hacia la seguridad y la salud ocupacional
- **Aplicación de las mediciones por resultados para generar las estadísticas en la gestión de calidad:** Para el sistema de gestión de

calidad se necesitan historiales de tres años comparativos. El hospital recién a mediados del Año 2010 inició alguna labor en este sentido. Medir requiere, entonces, de describir los indicadores a utilizar y los resultados que se arrojen para el análisis de manera de que se puedan generar las acciones correctivas para aquellas tendencias menos favorables

OBJETIVOS DE LARGO PLAZO:

La implementación de las políticas de corto y mediano plazo redundarán en el objetivo mayor: Trabajar en la gestión de calidad: En síntesis: “Contribuir a que la prestación de los servicios médicos se lleve a cabo dentro de las normas establecidas de calidad, con sentido social, humanitario y congruente con los parámetros de eficiencia esperados, a partir del conocimiento de las condiciones con que estos servicios se otorgan”.

Surgirá la necesidad de estructurar un Sistema de Educación Continua que permita:

- ✓ Identificar desde el punto de vista técnico y humanístico las necesidades de capacitación frente al cambio como fenómeno permanente
- ✓ Seleccionar temas relevantes acordes con las necesidades de los interesados
- ✓ Definir metodologías, contenidos y estrategias apropiadas
- ✓ Organizar la capacitación por períodos definidos en forma tal que no afecte las actividades de las personas ni de la institución
- ✓ Definir créditos académicos que aseguren la pertinencia de los temas, brinden estímulos a los participantes y sean tenidos en cuenta para los promociones, ascensos y carrera administrativa
- ✓ Establecer concertación con los centros educativos y gestionar recursos económicos de acuerdo con la programación de necesidades y los requerimientos de desarrollo del sistema
- ✓ Dar sistema de educación continua una estructura orgánica y funcional que le proporcione personalidad y responsabilidad
- ✓ Apropiar al sistema de mecanismos de seguimiento, evaluación y control
- ✓ Extender y realizar educación continua con la comunidad

Otra medida de análisis: Funcionamiento en red en asociaciones o alianzas entre las instituciones que favorezcan el desarrollo.

Involucrar dos estrategias:

- 1) Concertación de la prestación de servicios entre organismos de salud ubicados por su complejidad, problemas económicos y recursos tecnológicos en diferentes niveles
- 2) Establecer la asociación, alianza o constitución de redes horizontales entre instituciones de igual o diferente nivel ubicadas en municipios, localidades o áreas geográficas para lograr, mediante esta estrategia, fortalecer la calidad y la oportunidad de atención a los clientes que provienen de distintos entes territoriales

ANEXOS Y GRÁFICOS:

ANEXO 1: DERECHOS DEL ENFERMO:

Como desarrollo del concepto de Autonomía y para concretar el respeto a la persona humana en situación de enfermedad se han promulgado a finales del Siglo XX listas de “Derechos del Enfermo” con la sugerencia, en algunas naciones, de que sean respetados escrupulosamente.

Una de ellas transcrita por F. Sánchez Torres (Temas de Ética Médica 1995) indica:

- 1) Derecho al acceso a servicios asistenciales y al usufructo de los beneficios de la Medicina según su situación patológica
- 2) Derecho a que los cuidados y asistencia se le suministren con adecuada consideración y respeto
- 3) Derecho a que se le informe clara y suficientemente sobre su enfermedad, el tratamiento dispuesto para ella y las perspectivas (pronóstico) de su evolución
- 4) Derecho a otorgar o negar su consentimiento para cada medida o procedimiento de diagnóstico y tratamiento que haya de practicársele, previa la adecuada, clara y completa información sobre los riesgos que implique el realizarla u omitirla
- 5) Derecho a escoger su médico tratante dentro de las limitaciones inevitables que puedan plantear las circunstancias
- 6) Derecho a conocer el nombre y la preparación y experiencia de quien va a practicarle procedimientos de diagnóstico, tratamiento o rehabilitación
- 7) Derecho a conocer los costos económicos de su atención
- 8) Derecho a aceptar o rehusar medidas extraordinarias de tratamiento, especialmente en casos de extrema gravedad
- 9) Derecho a delegar su autoridad y responsabilidad para la toma de decisiones relativas a su vida y su salud y a elegir la o las personas para esa delegación
- 10) Derecho a donar sus órganos y tejidos para trasplante o estudios especiales o negarse a tal donación

Estos derechos generan el deber correlativo de respeto tanto por parte de los médicos y demás profesionales de la salud como de las instituciones asistenciales.

ANEXO 2: DECLARACIÓN DE HELSINKI: RECOMENDACIONES PARA GUIAR A LOS MÉDICOS EN LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA DE SERES HUMANOS (Helsinki, Finlandia 1964):

Siendo esencial que los resultados de experimentos de laboratorio sean aplicados sobre seres humanos a fin de ampliar el conocimiento científico y así aliviar el sufrimiento de la humanidad, la Asociación Médica Mundial ha redactado las siguientes recomendaciones para que sirvan de guía a cada médico dedicado a la investigación biomédica en seres humanos.

Principios básicos:

- 1) La investigación biomédica en seres humanos debe concordar con normas científicas generalmente aceptadas y debe basarse sobre experiencias de laboratorios y en animales, realizadas adecuadamente y sobre un conocimiento profundo de la literatura científica pertinente
- 2) El diseño y la ejecución de cada procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental que debe remitirse a un comité independiente especialmente designado para su consideración, observaciones y consejos
- 3) La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada solamente por personas científicamente calificadas bajo la supervisión de una persona médica de competencia clínica. La responsabilidad por el ser humano debe siempre recaer sobre una persona de calificaciones médicas, nunca sobre el individuo sujeto a la investigación, aunque él haya otorgado su consentimiento
- 4) La investigación en seres humanos no puede legítimamente realizarse a menos que la importancia de su objetivo mantenga una proporción con el riesgo inherente al individuo
- 5) Cada proyecto de investigación biomédica en seres humanos debe ser precedido por un cuidadoso estudio de los riesgos predecibles, en comparación con los beneficios posibles para el individuo o para otros individuos. La preocupación por el interés del individuo debe siempre prevalecer sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad
- 6) Siempre debe respetarse el derecho del ser humano sujeto a la investigación de proteger su integridad y debe adoptarse toda clase de precauciones para resguardar la privacidad del individuo y para reducir al mínimo el efecto de la investigación sobre su integridad física y mental y, sobre todo, su personalidad
- 7) Los médicos deben abstenerse de realizar proyectos de investigación en seres humanos si los riesgos inherentes son impredecibles. Deben, asimismo, interrumpir cualquier experimento que señale que los riesgos son mayores que los posibles beneficios
- 8) Al publicarse los resultados de su investigación, el médico tiene la obligación de vigilar la exactitud de los resultados. Informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación

- 9) Cualquier investigación en seres humanos debe ser precedida por la información adecuada a cada voluntario, de los objetivos, métodos, posibles beneficios, riesgos previsibles e incomodidades que el experimento puede implicar. El individuo debiera saber que tiene la libertad de no participar en el experimento y que tiene el privilegio de anular en cualquier momento su consentimiento. El médico debiera, entonces, obtener el consentimiento voluntario y consciente del individuo, preferiblemente por escrito
- 10) Al obtener el permiso consciente del individuo para el proyecto de investigación, el médico debe observar atentamente si en el individuo se ha formado una condición de dependencia hacia él o si el consentimiento puede ser forzado. En tal caso, otro médico completamente ajeno al experimento e independiente de la relación médico-individuo, debe obtener el consentimiento
- 11) El permiso consciente debe obtenerse del tutor legal, en caso de incapacidad legal, y de un pariente responsable, en caso incapacidad física o mental o cuando el individuo es menor de edad, según las disposiciones legales nacionales en cada caso. Cuando quiera que el menor de edad pueda en efecto dar su consentimiento, el consentimiento del menor de edad se debe obtener además del consentimiento de su tutor legal
- 12) El protocolo de la investigación debe siempre contener una mención de las consideraciones éticas dadas al caso y debe indicar que se ha cumplido con los principios enunciados en esta Declaración

Investigación clínica:

- 1) Durante el tratamiento de un paciente, el médico debe contar con la libertad de utilizar un nuevo método diagnóstico y terapéutico si en su opinión, da la esperanza de salvar la vida, restablecer la salud o mitigar el sufrimiento
- 2) Los posibles beneficios, riesgos e incomodidades de un nuevo método deben ser evaluados en relación con las ventajas de los mejores métodos diagnósticos y terapéuticos disponibles
- 3) En cualquier investigación médica, cada paciente, incluyendo aquellos de un grupo de control, si lo hay, debe contar con los mejores métodos diagnósticos y terapéuticos disponibles
- 4) La negativa de un paciente a participar en una investigación no debe jamás interferir en la relación médico-paciente
- 5) Si el médico considera esencial no obtener el permiso consciente del individuo, él debe expresar las razones específicas de su decisión en el protocolo que se transmitirá al comité independiente
- 6) El médico puede combinar la investigación médica con la atención médica a fin de alcanzar nuevos conocimientos médicos pero siempre que la investigación se justifique por su posible valor diagnóstico o terapéutico para el paciente

ANEXO 3: ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN EXTERNA DE PACIENTES DEL HOSPITAL PÚBLICO MUNICIPAL EUSTAQUIO ARISTIZÁBAL:

Método utilizado en la investigación:

La investigación es descriptiva.

Se han medido las variables seleccionadas para describir cual es el grado de satisfacción de los pacientes que concurren al Sector Consultas Ambulatorias, en el Sector de Urgencias y en el Sector Hospitalización del Hospital Público Municipal Eustaquio Aristizábal.

Universo: Todos los pacientes que asisten a Consultas Ambulatorias, Sector Urgencias y Sector Hospitalización del Hospital.

Población estimada: 1200 pacientes mensuales

Muestra: Con las consideraciones expuestas con anterioridad, los pacientes que permitieron contactarlos para completar la encuesta presentada en el período Noviembre/2010 a Marzo/2011

Fuente de Información: Entrevista directa con el paciente siendo la fuente de información de tipo primaria obtenida por medio de empleada administrativa del nosocomio en los días hábiles de los meses antes citados

Diseño utilizado: Para alcanzar los objetivos, contestar las preguntas y analizar la certeza de las hipótesis se ha efectuado una investigación no experimental, transversal y descriptiva

Instrumentos de medición aplicados: La recolección implica generar tres actividades íntimamente vinculadas entre sí:

- a) Selección de los instrumentos de medición disponibles para el estudio del comportamiento a analizar debiendo necesariamente que los mismos cumplan la calidad de validez y confiabilidad para su ejecución
- b) Aplicar los instrumentos de medición mediante las observaciones y las mediciones de las variables que son de interés para el estudio
- c) Preparar las mediciones obtenidas para que puedan analizarse correctamente

Para el caso, se utilizaron las encuestas como medio de medición:

Se instrumentaron tres tipos de encuestas por formulario. Su implementación se programó con el apoyo del personal de admisión del hospital (Anexos I, II y III).

En algunas preguntas se utilizó el método de escalamiento desarrollado por Likert y en otras las técnicas vinculadas con los Cuestionarios

Recolección de datos: Estas encuestas estuvieron disponibles para ser llenadas por los visitantes en consultas ambulatorias, sector urgencias y sector

hospitalización (discriminados entre el propio Paciente receptor de la atención profesional como el del Acompañante de aquel), durante los meses de Noviembre/2010 a Marzo/2011 (Enero/2011 sin labores por vacaciones de la mayoría del personal de trabajo) siendo los ejemplares en blanco colocados en una mesa contigua al Sector de Informes de Consultas Ambulatorias del nosocomio con un cartel de aviso de importante características que indicaba el siguiente texto: *“Gracias por confeccionar la Encuesta de Satisfacción de Servicios en Consultas Médicas Externas. Su opinión vale”*.

Misma situación se llevó a cabo en el Sector Urgencias (en la sala de atención del personal de apoyo) y Sector Hospitalización (sector de recepción de pacientes).

Cabe destacar que también estuvo destacada una persona con funciones administrativas en este menester.

Una vez finalizado el lapso fijado y luego de afrontar ciertos inconvenientes operativos de la puesta en marcha y desarrollo del emprendimiento sobre los cuales ya se expusiera anteriormente, se arrojaron los siguientes resultados:

- ✓ Encuestas de satisfacción externa pacientes en Consultas Ambulatorias: 50 casos en el lapso Noviembre-Diciembre/2010, Febrero y Marzo/2011
- ✓ Encuestas de satisfacción externa pacientes en Sector Urgencias: 63 casos en el lapso Noviembre-Diciembre/2010, Febrero-Marzo/2011
- ✓ Encuestas de satisfacción externa pacientes en Sector Hospitalización: 37 casos en el lapso Marzo/2011

A posteriori, se llevó a cabo el trabajo de cargar todos los datos existentes en planillas de cálculo generadas para tal efecto obteniendo de los resultados acontecidos lineamientos claros para el debido análisis.

Análisis de la información: Plan de análisis

Para el proceso analítico de los datos emanados de las Encuestas de Satisfacción de Pacientes, las cuales, se constituyeron finalmente en un sondeo de la realidad del Hospital, se utilizó el sistema SPSS, una vez que los mismos fueran codificados y transferidos desde una matriz de Hoja de Cálculo. Más abajo se han incluido las hipótesis y las variables consideradas en cada una de ellas (Anexos I, II y III) a los fines de la debida respuesta por parte de los encuestados y con el fin de producir una evaluación de los resultante en ellas.

Hipótesis de trabajo:

A los efectos de realizar las mediciones a través de las encuestas surgieron diversas hipótesis de trabajo planteadas para ser contrastadas por los resultados operados en cada caso, a saber:

1.- Encuesta de satisfacción de los usuarios en el Sector Consultas Ambulatorias:

- Los pacientes del servicio de consultas médicas ambulatorias del hospital en su mayoría son niños y ancianos que residen en el Partido de Mar Chiquita (zona urbana y rural) y no poseen obra social

- El tiempo de demora que se generó hasta que el médico atendió a cada paciente superó los treinta minutos promedio
- La falta de control del stock de los medicamentos genera desabastecimiento en función a la demanda de los pacientes y que les produce insatisfacción
- La mayoría de los pacientes atendidos en el Sector Consultas Ambulatorias solicitaron su turno con el médico por la vía del teléfono
- Los inconvenientes en las condiciones de higiene y salubridad afectan la percepción de los pacientes en cuanto a la calidad del servicio de consultas médicas ambulatorias
- La imagen hospitalaria de atención en este sector es buena por parte de los pacientes que reciben atención médica ambulatoria en esta entidad sanatorial

2.- Encuesta de satisfacción de los usuarios en el Sector Urgencias:

- Los pacientes del servicio de urgencias del hospital en su mayoría trabajadores activos empleados en el sector público que residen en el Partido de Mar Chiquita y poseen obra social
- El tiempo de demora que se generó hasta que el médico atendió a cada paciente no superó los treinta minutos promedio
- La mayoría de los pacientes recibieron consejos del personal de enfermería para llevar a cabo las prácticas clínicas en función a lo solicitado por el médico de guardia en el Sector Urgencias
- La mayoría de los pacientes atendidos en el Sector Urgencias recibieron adecuada orientación de parte del personal de apoyo en Informes
- Los inconvenientes en las condiciones de higiene y salubridad afectan la percepción de los pacientes en cuanto a la calidad del servicio de urgencias
- La imagen hospitalaria de atención en este sector es buena por parte de los pacientes que reciben atención en el sector urgencias en esta entidad sanatorial

3.- Encuesta de satisfacción de los usuarios en el Sector Hospitalización:

- Los pacientes del servicio en el sector hospitalización, en su mayoría, tienen residencia estable en el Partido de Mar Chiquita y con disposición de obra social
- El médico de cabecera en el Sector de Hospitalización no cumple habitualmente con su rutina de visita diaria
- Es satisfactorio la atención del personal de enfermería en la hospitalización de los pacientes
- La mayoría de los pacientes y/o sus familiares han recibido adecuada orientación al momento de la hospitalización
- Los inconvenientes en las condiciones de higiene y salubridad afectan la percepción de los pacientes en cuanto a la calidad del servicio de hospitalización
- La imagen hospitalaria de atención en este sector es buena por parte de los pacientes que reciben atención en el sector hospitalización en esta entidad sanatorial

Especificación de variables:

Según los objetivos específicos dispuestos:

A.- Para la Encuesta de Satisfacción Externa de los Pacientes en el Sector Consultas Ambulatorias (Anexo I):

Para el Objetivo n° 1: Identificación de los pacientes que concurren al establecimiento sanatorial (Paciente o Familiar/Acompañante):

- Sexo
- Edad
- Procedencia del usuario
- Residencia
- Escolaridad
- Cobertura de Obra Social
- Datos ocupacionales

Para el Objetivo n° 2: Atención Médica al Usuario:

- Atención oportuna
- Trato personal recibido por el profesional
- Duración de la consulta
- Satisfacción en la resolución del problema planteado
- Orientación adecuada del tratamiento a seguir

Para el Objetivo n° 3: Atención del Personal de Enfermería

- Retiro de medicamentos en Farmacia
- Stock de medicamentos
- Orientación adecuada

Para el Objetivo n° 4: Atención del Sector Informes

- Disponibilidad de turno
- Modalidad de solicitud
- Orientación adecuada
- Grado de satisfacción en la atención recibida

Para el Objetivo n° 5: Condiciones ambientales y físicas:

- Estado edilicio del Sector
- Limpieza
- Señalización

Para el Objetivo n° 6: Imagen hospitalaria

- Referencias anteriores
- Opinión formada
- Fidelización del paciente
- Sugerencias

B.- Para la Encuesta de Satisfacción Externa de los Pacientes en el Sector Urgencias (Anexo II):

Para el Objetivo n° 1: Identificación de los pacientes que concurren al establecimiento sanatorial (Paciente o Familiar/Acompañante):

- Sexo
- Edad
- Procedencia del usuario
- Residencia
- Escolaridad
- Cobertura de Obra Social
- Datos ocupacionales

Para el Objetivo n° 2: Atención Médica al Usuario:

- Atención oportuna
- Trato personal recibido por el profesional
- Duración de la consulta
- Satisfacción en la resolución del problema planteado
- Orientación adecuada del tratamiento a seguir

Para el Objetivo n° 3: Atención del Personal de Enfermería

- Retiro de medicamentos en Farmacia
- Stock de medicamentos
- Atención oportuna de las prácticas médicas
- Orientación adecuada
- Trato personal

Para el Objetivo n° 4: Atención del Sector Informes

- Orientación adecuada
- Grado de satisfacción en la atención recibida

Para el Objetivo n° 5: Condiciones ambientales y físicas:

- Estado edilicio del Sector
- Condiciones de higiene
- Limpieza
- Señalización

Para el Objetivo n° 6: Imagen hospitalaria

- Referencias anteriores
- Opinión formada
- Fidelización del paciente
- Sugerencias

C.- Para la Encuesta de Satisfacción Externa de los Pacientes en el Sector Hospitalización (Anexo III):

Para el Objetivo n° 1: Identificación de los pacientes que concurren al establecimiento sanatorial (Paciente o Familiar/Acompañante):

- Sexo
- Edad
- Procedencia del usuario
- Residencia
- Escolaridad
- Cobertura de Obra Social
- Datos ocupacionales

Para el Objetivo n° 2: Atención Médica al Usuario:

- Atención oportuna
- Trato personal recibido por el profesional
- Duración de la consulta
- Satisfacción en la resolución del problema planteado
- Orientación adecuada del tratamiento a seguir

Para el Objetivo n° 3: Atención del Personal de Enfermería

- Trato personal recibido en la unidad de hospitalización
- Orientación adecuada
- Grado de satisfacción en la atención recibida

Para el Objetivo n° 4: Atención del Sector Informes

- Orientación adecuada
- Grado de satisfacción en la atención recibida

Para el Objetivo n° 5: Condiciones ambientales y físicas:

- Estado edilicio del Sector
- Condiciones de higiene
- Limpieza
- Condiciones de salubridad adecuadas
- Alimentación en la internación

Para el Objetivo n° 6: Imagen hospitalaria

- Referencias anteriores
- Opinión formada
- Fidelización del paciente
- Sugerencias

Conceptualización y Operacionalización de variables:

A.- Encuesta efectuada a los pacientes del Hospital en el Sector Consultas Ambulatorias:

Variable	Concepto	Indicador
Sexo	Diferencia física entre el hombre y la mujer	Masculino Femenino
Edad	Período de tiempo que transcurre desde el nacimiento de la persona hasta el momento de realizarse la encuesta	De 0 a 12 años De 13 a 20 años De 21 a 40 años De 41 a 60 años Más de 60 años
Procedencia	Procedente de zona urbana (ciudad) o rural	Urbana Rural
Residencia	Lugar de residencia de la persona	Partido de Mar Chiquita Otros
Escolaridad	Nivel de instrucción académico alcanzado hasta el momento de realizarse la encuesta	Sin instrucción Primario Secundario Universitario No contesta
Cobertura Obra Social	Si la persona se encuentra cubierta por una Obra Social pre-paga	Si No
Datos ocupacionales	Actividad laboral Tipo de Trabajo disponible	Trabajador Activo Desocupado Jubilado Sector Público Sector Privado Independiente
Turno de consulta médica	Tiempo de espera para ser atendido por el médico	En hora Demora hasta 30' Entre 30 a 60' Más de 60'
Atención médica	Grado de atención recibida del profesional médico en su consulta	Si No Explicación
Duración de la consulta médica	Tiempo de consulta médica	5 minutos 15 minutos 30 minutos Más de 30 minutos
Información sobre la consulta recibida	Grado de atención recibida del profesional médico en su consulta	Si No No sabe/No contesta
Orientación sobre la consulta recibida	Tratamiento a seguir luego de la consulta	Si No No sabe/No contesta

Receta de Medicamentos	Retiro de medicamentos de Farmacia	Sí No No sabe/No contesta
Medicamentos en Farmacia	Disposición de medicamentos Cantidad suficiente	Si No No sabe/No contesta Sí No
Disposición de prácticas médicas	Orientación adecuada del personal de enfermería	Si No No sabe/No contesta
Pedido de turno atención médica	Anticipación del pedido	Sí No
Modalidad del pedido de turno médico	Manera de solicitar el turno	Teléfono Personalmente Orden de llegada Correo Electrónico Fax
Forma del pedido de turno médico	Preferencia en la manera de solicitar el turno	Teléfono Personalmente Orden de llegada Correo Electrónico Fax
Orientación del Sector Informes	Forma de facilitar la atención al paciente	Si No No sabe/No contesta
Atención del Sector Informes	Grado de atención recibido	Muy satisfecho Satisfecho Poco satisfecho Insatisfecho
Adecuación de la Sala de Espera	Comodidad de la sala de espera	Sí No Comentarios
Limpieza de la Sala de Espera	Consideración de la limpieza en la sala de espera	Muy Buena Buena Regular Mala
Señalización de la Sala de Espera	Consideración positiva de la señalización de la sala de espera	Sí No
Referencias anteriores del Hospital	Grado de referencia anterior del Hospital	Muy Buena Buena Regular

		Mala No sabe/No contesta
Opinión sobre el Hospital	Grado de referencia actual del Hospital	Muy Buena Buena Regular Mala No sabe/No contesta
Fidelidad del paciente en el Hospital	Regreso al Hospital para ser atendido	Sí No No sabe/No contesta

B.- Encuesta efectuada a los pacientes del Hospital en el Sector Urgencias:

Variable	Concepto	Indicador
Sexo	Diferencia física entre el hombre y la mujer	Masculino Femenino
Edad	Período de tiempo que transcurre desde el nacimiento de la persona hasta el momento de realizarse la encuesta	De 0 a 12 años De 13 a 20 años De 21 a 40 años De 41 a 60 años Más de 60 años
Procedencia	Procedente de zona urbana (ciudad) o rural	Urbana Rural
Residencia	Lugar de residencia de la persona	Partido de Mar Chiquita Otros
Escolaridad	Nivel de instrucción académico alcanzado hasta el momento de realizarse la encuesta	Sin instrucción Primario Secundario Universitario No contesta
Cobertura Obra Social	Si la persona se encuentra cubierta por una Obra Social pre-paga	Si No
Datos ocupacionales	Actividad laboral Tipo de Trabajo disponible	Trabajador Activo Desocupado Jubilado Sector Público Sector Privado Independiente
Turno de consulta médica	Tiempo de espera para ser atendido por el médico	En hora Demora hasta 30' Entre 30 a 60'

		Más de 60'
Atención médica	Grado de atención recibida del profesional médico en su consulta	Si No Explicación
Duración de la consulta médica	Tiempo de consulta médica	5 minutos 15 minutos 30 minutos Más de 30 minutos
Información sobre la consulta recibida	Grado de atención recibida del profesional médico en su consulta	Si No No sabe/No contesta
Orientación sobre la consulta recibida	Tratamiento a seguir luego de la consulta	Si No No sabe/No contesta
Receta de Medicamentos	Retiro de medicamentos de Farmacia	Sí No No sabe/No contesta
Medicamentos en Farmacia	Disposición de medicamentos Cantidad suficiente	Si No No sabe/No contesta Sí No
Disposición de prácticas médicas	Orientación adecuada del personal de enfermería	Si No No sabe/No contesta
Turno en la atención de las prácticas médicas	Tiempo de espera de las prácticas médicas de análisis de laboratorio	En hora Demora hasta 30' Entre 30' a 60' Más de 60'
Turno en la atención de las prácticas médicas	Tiempo de espera de las prácticas médicas de diagnóstico por imágenes	En hora Demora hasta 30' Entre 30' a 60' Más de 60'
Disposición en la atención de las prácticas médicas	Trato positivo dispensado por el equipo de trabajo	Sí No No sabe/No contesta
Orientación del Sector Informes	Forma de facilitar la atención al paciente	Si No No sabe/No

		contesta
Atención del Sector Informes	Grado de atención recibido	Muy satisfecho Satisfecho Poco satisfecho Insatisfecho
Adecuación de la Sala de Urgencias	Condiciones higiénicas del Sector Urgencias	Sí No Comentarios
Limpieza de la Sala de Urgencias	Consideración de la limpieza en el Sector Urgencias	Muy Buena Buena Regular Mala
Señalización de la Sala de Urgencias	Consideración positiva de la señalización del sector urgencias	Sí No
Referencias anteriores del Hospital	Grado de referencia anterior del Hospital	Muy Buena Buena Regular Mala No sabe/No contesta
Opinión sobre el Hospital	Grado de referencia actual del Hospital	Muy Buena Buena Regular Mala No sabe/No contesta
Fidelidad del paciente en el Hospital	Regreso al Hospital para ser atendido	Sí No No sabe/No contesta

C.- Encuesta efectuada a los pacientes del Hospital en el Sector Hospitalización:

Variable	Concepto	Indicador
Sexo	Diferencia física entre el hombre y la mujer	Masculino Femenino
Edad	Período de tiempo que transcurre desde el nacimiento de la persona hasta el momento de realizarse la encuesta	De 0 a 12 años De 13 a 20 años De 21 a 40 años De 41 a 60 años Más de 60 años

Procedencia	Procedente de zona urbana (ciudad) o rural	Urbana Rural
Residencia	Lugar de residencia de la persona	Partido de Mar Chiquita Otros
Escolaridad	Nivel de instrucción académico alcanzado hasta el momento de realizarse la encuesta	Sin instrucción Primario Secundario Universitario No contesta
Cobertura Obra Social	Si la persona se encuentra cubierta por una Obra Social pre-paga	Si No
Datos ocupacionales	Actividad laboral Tipo de Trabajo disponible	Trabajador Activo Desocupado Jubilado Sector Público Sector Privado Independiente
Turno de consulta médica	Tiempo de espera para ser atendido por el médico en el sector hospitalización	Inmediato Hasta 30' Entre 30 a 60' Más de 60'
Atención médica	Visita del profesional médico al paciente en hospitalización	Si No
Duración de la consulta médica	Tiempo de consulta médica	5 minutos 15 minutos 30 minutos Más de 30 minutos
Información sobre la consulta recibida	Atención recibida del profesional médico en su consulta	Si No No sabe/No contesta
Orientación sobre la consulta recibida	Tratamiento a seguir luego de la consulta	Si No No sabe/No contesta
Trato del personal de enfermería	Identificación del personal de trabajo en el sector hospitalización	Sí No No sabe/No contesta
Trato del personal de enfermería	Recepción de consultas del paciente en el sector hospitalización	Si No No sabe/No contesta
Trato del personal de enfermería	Orientación adecuada del personal de enfermería en medicamentos durante la hospitalización	Si No No sabe/No

		contesta
Trato del personal de enfermería	Grado de satisfacción de la atención recibida	Muy satisfecho Satisfecho Poco satisfecho Insatisfecho
Orientación del sector de Informes	Atención adecuada recibida del Sector Informes	Sí No No sabe/No contesta
Adecuación higiénica del sector hospitalización	Condiciones de higiene de hospitalizaciones	Sí No Comentarios
Adecuación en limpieza del sector hospitalización	Grado de limpieza de hospitalizaciones	Muy Buena Buena Regular Mala
Adecuación higiénica en baños del sector hospitalización	Condiciones de higiene de los baños en hospitalizaciones	Sí No
Adecuación en salubridad en el sector hospitalización	Condiciones de salubridad en hospitalizaciones	Sí No Comentarios
Alimentación en el sector hospitalización	Recepción de alimentos en horario en hospitalizaciones	Sí No No sabe/No contesta
Alimentación en el sector hospitalización	Recepción de alimentos indicada por el médico en hospitalizaciones	Sí No No sabe/No contesta
Alimentación en el sector hospitalización	Grado de referencia de la alimentación provista en hospitalizaciones	Muy Buena Buena Regular Mala
Opinión sobre el Hospital	Grado de referencia actual del Hospital	Muy Buena Buena Regular Mala No sabe/No contesta
Fidelidad del paciente en el Hospital	Grado de referencia de la atención recibida por los pacientes	Muy Buena Buena Regular Mala

		No sabe/No contesta
Fidelidad del paciente en el Hospital	Regreso al Hospital de parte de los pacientes	Sí No No sabe/No contesta Sugerencias

Resultados:

a) Para el Sector Consultas Ambulatorias:

Se verificaron 50 contestaciones válidas de las cuales 39 casos eran pacientes y 11 fueron acompañantes.

En cuanto al sexo, 29 casos eran femeninos y 21 masculinos predominando, en su gran mayoría, personas en el rango de edad entre 21 a 40 años (46%) y aquellas de más de 60 años (20%) siendo el resto de los demás grupos etarios. En cuanto la procedencia, el 90% tiene como origen la zona urbana mientras que el 10% excedente del área rural siendo prácticamente todos coincidentes en el sentido de que residen en el Partido de Mar Chiquita (49 casos de los 50 encuestados).

En la escolaridad, predominó el sector de estudios primarios y secundario incompleto con el 38%, seguido por estudios de secundario completo universitario incompleto con el 28% y el 20% de sin instrucción.

En relación a que si los encuestados disponían o no de obra social, el 68% adujo que la tenía mientras que el 32% contestó negativamente.

Para el análisis de los datos ocupacionales, el 40% eran trabajadores activos (20 casos), otro 40% de desocupados mientras que el 20% eran jubilados (10 casos).

De la evaluación de trabajadores activos (20 casos), 8 pertenecían al sector público, 7 al sector privado y 5 como trabajadores independientes.

Dirigiendo el análisis en la atención al usuario, con respecto a la atención médica, el 56% (28 casos) respondió que había sido recibido por el profesional médico en horario mientras que el 30% (15 casos) expuso que la demora se había generado en el rango hasta treinta minutos.

De los 50 casos, 49 respondieron que fueron escuchados por el médico predominando el tiempo de consulta de hasta quince minutos con el 40% seguido por el 34% de los cinco minutos de duración.

Predominó totalmente el concepto de que el médico le explicó e informó sobre el problema (90%) y de que a su finalización le había otorgado una orientación clara sobre el tratamiento a seguir (94%).

Por su parte, en el aspecto de atención del personal de enfermería en la Farmacia, el usuario que recibió prescripción médica de ingerir medicamentos, en un 50% concurrió a retirarlo y en un porcentaje similar no lo hizo. De los solicitados en su gran mayoría (superando el 80%), estaba el mismo en stock y en cantidad suficiente en función a lo requerido por el profesional.

En cuanto al asesoramiento del personal de enfermería a los pacientes al momento de realizarse una práctica clínica, el 40% alegó recibirla, un 28% respondió negativa mientras que un alto porcentaje (32%) no contestó esta inquietud.

En cuanto al rubro de atención del personal de apoyo, en la cuestión de si el paciente había pedido el turno en forma anticipada, el 62% respondió en forma positiva mientras que el 38% indicó que no lo había hecho de esa manera.

De la forma de solicitarlo, la mayoría indicó que lo había concretado en forma personal (64%) mientras que el 22% lo realizó por teléfono expresándose, a la inversa que le gustaría que se la concedieran por teléfono (68%) frente a un 24% que respondió que prefiere hacerlo personalmente.

En cuanto a la orientación recibida, la gran mayoría (82%) respondió que fue adecuada la atención catalogándola entre muy satisfecha (72%) y satisfecha (28% restante).

En relación a las condiciones ambientales y físicas de las salas de atención ambulatoria, el 94% (47 casos) expuso que la misma es adecuada en comodidad destacando a la limpieza como muy buena (66%) y buena (34%) destacándose que el 100% indicó que está bien señalizada.

Con respecto a la imagen hospitalaria, predominó totalmente la referencia positiva entre el 50% como muy buena y el 38% como buena, con una similar tendencia en la opinión que se formó el paciente luego de ser atendido entre el 68% definida como de muy buena y el 32% como de buena relevándose que 49 de los 50 casos regresarían otra vez para ser atendido en el hospital.

b) Para el Sector Urgencias:

Se verificaron 63 contestaciones válidas de las cuales 45 casos eran pacientes y 18 fueron acompañantes.

En cuanto al sexo, 34 casos eran femeninos y 29 masculinos predominando, en su mayoría, personas en el rango de edad entre 21 a 40 años (30%), siguiéndoles las pertenecientes al grupo entre 13 a 20 (24%), siendo el resto de los demás grupos etarios.

En cuanto la procedencia, el 90% tiene como origen la zona urbana mientras que el 10% excedente del área rural siendo prácticamente todos coincidentes en el sentido de que residen en el Partido de Mar Chiquita (58 casos de los 63 encuestados).

En la escolaridad, predominó el sector de estudios primarios y secundario incompleto con el 50%, seguido por estudios de secundario completo universitario incompleto con el 25% y el 18% de sin instrucción.

En relación a que si los encuestados disponían o no de obra social, el 59% adujo que la tenía mientras que el 41% contestó negativamente.

Para el análisis de los datos ocupacionales, el 41% eran trabajadores activos (25 casos), otro 54% de desocupados (34 casos) mientras que el 5% eran jubilados (4 casos).

De la evaluación de trabajadores activos (25 casos), 10 pertenecían al sector público, 9 al sector privado y 6 como trabajadores independientes.

Dirigiendo el análisis en la atención al usuario, con respecto a la atención médica, el 56% (35 casos) respondió que había sido recibido por el profesional

médico en horario mientras que el 30% (19 casos) expuso que la demora se había generado en el rango hasta treinta minutos siendo menos relevantes los casos de demoras entre 30 a 60 minutos (7 casos) con el 11% y de más de una hora (2 casos).

De los 63 casos, 60 respondieron que fueron escuchados por el médico predominando el tiempo de consulta de hasta cinco minutos con el 75% de las encuestas respondidas.

Predominó totalmente el concepto de que el médico le explicó e informó sobre el problema (86%) y de que a su finalización le había otorgado una orientación clara sobre el tratamiento a seguir.

Por su parte, en el aspecto de atención del personal de enfermería en la Farmacia, el usuario que recibió prescripción médica de ingerir medicamentos, en un 53% del total concurre a retirarlo. De los solicitados en su gran mayoría (superando el 90%), estaba el mismo en stock aunque un 65% indicó que lo había en cantidad suficiente en función a lo requerido por el profesional.

En cuanto al asesoramiento del personal de enfermería a los pacientes al momento de realizarse una práctica clínica, el 30% alegó recibirla, un 15% respondió negativa mientras que un muy alto porcentaje (55%) no contestó esta inquietud.

Con respecto al tiempo de atención en laboratorio, el 75% expuso que fue recibido en hora, un 20% respondió que tuvieron una demora de treinta minutos siendo poco relevante la demora entre treinta a sesenta minutos mientras que en los estudios de diagnóstico por imágenes, el 68% de los encuestados afirmaron haber sido atendidos en horario mientras que el 32% restante con un retraso de hasta treinta minutos. Predominó el trato amable y cortés con un 81% frente a un 5% de negatividad en este aspecto y un 14% de sin respuesta sobre el asunto.

En cuanto a la orientación recibida, la mayoría (60%) respondió que fue adecuada la atención catalogándola de muy satisfecha en su totalidad aunque debe destacarse que un 35% indicó no haber recibido una recomendación sobre el particular.

En relación a las condiciones ambientales y físicas de la sala de Urgencias, el 100% expuso que la misma es adecuada en condiciones de higiene destacando a la limpieza como muy buena (75%) y buena (24%) destacándose que el 95% indicó que está bien señalizada.

Con respecto a la imagen hospitalaria, predominó la referencia positiva entre el 36% como de muy buena y el 44% como buena, revirtiéndose el orden en la opinión que se formaron los pacientes luego de ser atendidos entre el 51% definida como de muy buena y el 44% como de buena relevándose que 60 de los 63 casos regresarían otra vez para ser atendido en el hospital.

c) Para el Sector Hospitalización:

Se verificaron 37 contestaciones válidas de las cuales 26 casos eran pacientes y 11 fueron acompañantes.

En cuanto al sexo, 21 casos eran femeninos y 16 masculinos predominando, en su mayoría, personas de más de 60 años (38%), siguiéndoles las

pertenecientes al grupo entre 41 a 60 (35%), siendo el resto de los demás grupos etarios.

En cuanto la procedencia, el 90% tiene como origen la zona urbana mientras que el 10% excedente del área rural siendo todos coincidentes en el sentido de que residen en el Partido de Mar Chiquita.

En la escolaridad, predominó el sector de estudios primarios y secundario incompleto con el 54%, seguido por los de sin instrucción con el 22% y los estudios de secundario completo universitario incompleto con el 8%.

En relación a que si los encuestados disponían o no de obra social, el 65% adujo que la tenía mientras que el 35% contestó negativamente.

Para el análisis de los datos ocupacionales, el 24% eran trabajadores activos (9 casos), otro 52% de desocupados (19 casos) mientras que el 24% eran jubilados (9 casos).

De la evaluación de trabajadores activos (9 casos), 1 pertenecía al sector público, 3 al sector privado y 5 como trabajadores independientes.

Dirigiendo el análisis en la atención al usuario, con respecto a la prestación médica recibida en horario, el 97% (36 casos) respondió que fue valorado por el profesional en forma inmediata siendo un solo caso el que indicó que tuvo una demora de más de sesenta minutos.

El 97% también contestó que el médico lo ha visitado diariamente con un tiempo de duración que osciló entre que la misma duró hasta quince minutos (46%) y en cinco minutos con el 38%.

Predominó totalmente el concepto de que el médico le explicó e informó sobre el problema (90%) y de que a su finalización le había otorgado una orientación clara sobre el tratamiento a seguir (95%).

Con respecto a la atención recibida de parte del personal de enfermería, el 82% respondió que conoció el nombre de las personas que lo atendieron en este menester indicando un 92% que la misma fue satisfactoria. El 57% contestó que había recibido indicaciones de estos trabajadores sobre la medicación a entregar y el tratamiento con un 25% que no reparó en este interrogante. De las respuestas positivas, el 57% alegó estar muy satisfecho con la atención recibida, el 35% la catalogó de satisfecho y el 8% la definió como poco satisfecho.

En cuanto a la orientación recibida del Sector de Informes, la mayoría (54%) respondió que fue adecuada la atención aunque debe destacarse que un 41% no cumplimentó esta inquietud catalogándola de muy satisfecha en un 49%, con un 40% de respuesta en calidad de satisfecho y un 9% de poco satisfecho.

En relación a las condiciones ambientales y físicas de la sala de Hospitalización, el 95% expuso que la misma es adecuada en condiciones de higiene destacando a la limpieza como muy buena (81%) y buena (19%) destacándose que el 97% opinó que los baños cuentan con esa misma exigencia y en similar porcentual se expidieron sobre que la sala cumple adecuadamente las condiciones en cuanto a ruidos, iluminación y ventilación.

El 100% consideró que la alimentación dentro del área de hospitalización la recibió en término con un 97% de personas que expusieron que ella se compadecía con la recetada por el profesional, indicándose, además, que un 76% contestó que la alimentación era muy buena frente a un 24% que la determinó como buena.

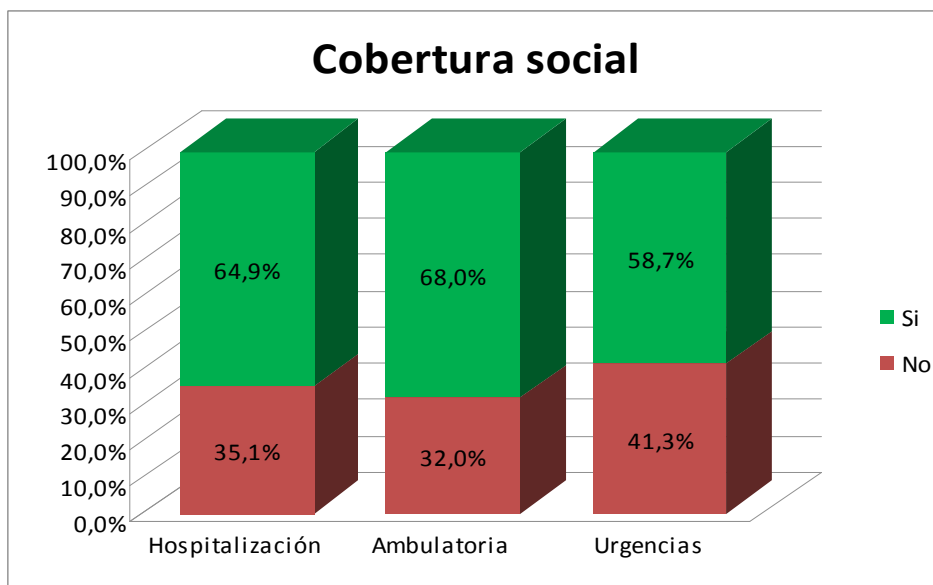
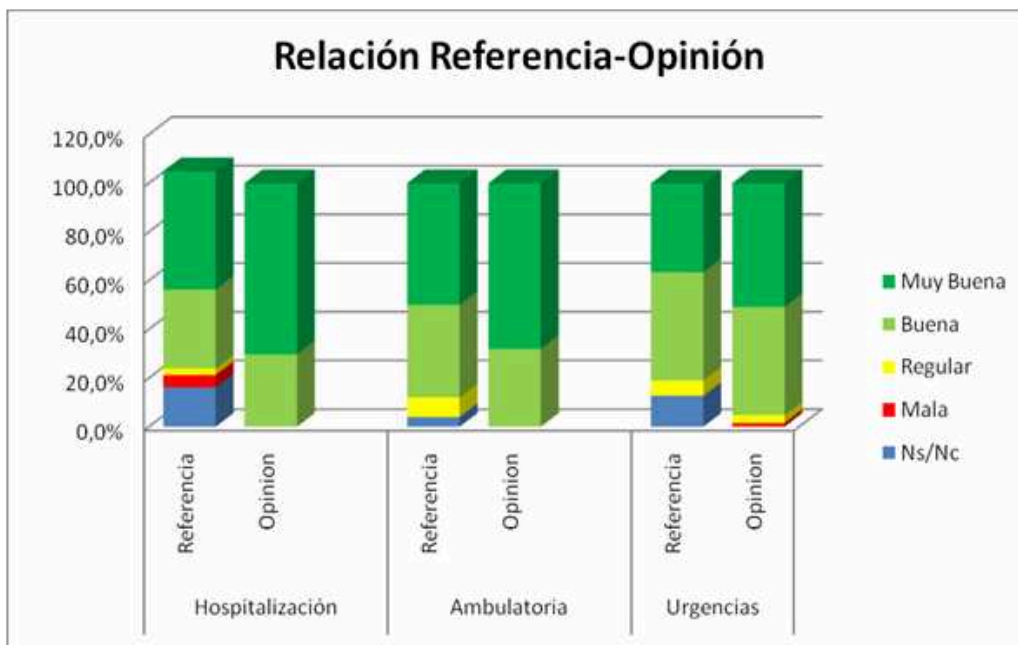
Con respecto a la imagen hospitalaria, predominó la referencia positiva entre el 49% como de muy buena y el 32% como buena, profundizándose la tendencia en la opinión que se formaron los pacientes luego de ser atendido entre el 70% definida como de muy buena y el 30% como de buena relevándose que en la totalidad de los encuestados regresarían otra vez para ser atendidos en el nosocomio.

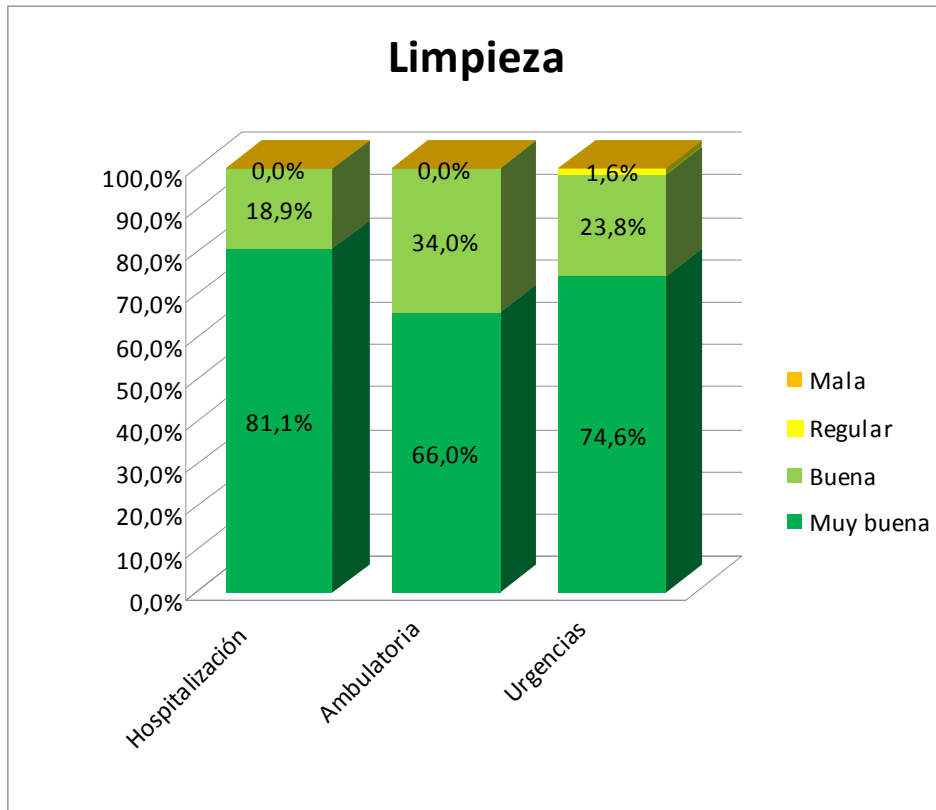
Conclusiones:

A pesar de los inconvenientes ya explicitados en este trabajo por la cantidad de encuestas relevadas en cada uno de los rubros evaluados (consultas ambulatorias, urgencias y hospitalización) que no permite tener una muestra suficientemente representativa para llegar a conclusiones más certeras de los aspectos puestos a evaluación por parte de los pacientes, de la apreciación de los resultados generados y las tendencias que se han mostrado en cada caso, pueden asentirse una serie de consideraciones relevantes a manera de conclusiones válidas para la evaluación de la Dirección:

- ✓ Hay una fuerte preponderancia de pacientes cuya procedencia se radica en la zona urbana frente a la rural y con residencia en el Partido de Mar Chiquita
- ✓ La mayoría de las personas que se atienden en este nosocomio tienen cobertura de obra social paga frente a los que no la disponen y se atienden en este nosocomio (dato relevante para varios aspectos analizados en esta obra). Este aspecto se entrelaza con el hecho de que esta generalidad está compuesta de trabajadores activos (empleados públicos, privados e independientes) y de jubilados, los cuales, en todos los casos, disponen de obras sociales sindicales, las propias del Estado Nacional y/o Provincial y de prepagas
- ✓ Hay una aceptación generalizada que los profesionales médicos atienden a los pacientes en horario o con demoras no muy sustanciales y que escuchan a sus pacientes, orientándolos en los tratamientos a seguir aunque está más dividida la opinión cuando se refiere a la duración de la consulta entre aquella que tiene una duración media hasta quince minutos frente a la corta de solo cinco minutos
- ✓ También se ha relevado que la Farmacia del Hospital contiene los medicamentos que recetan los profesionales y en cantidad suficiente dentro del contexto de los pacientes que finalmente los van a buscar a este lugar ya que pareciera existir una “fuga” de un porcentual de ellos que reciben la indicación de retirarlo de parte del médico pero que no lo concretan en este sector
- ✓ En términos generales, se ha comprobado que se radica una adecuada orientación tanto del sector Informes como de Enfermería en cuanto a la atención que dispensan a los usuarios siendo más atenuada en este último caso, en donde se explicita algún no tan relevante nivel de descontento en ello
- ✓ En cuanto a las condiciones ambientales y físicas del hospital, son coincidentes en todas las salas (atención ambulatoria, urgencias y

- hospitalización) de que las mismas son adecuadas, salubres, limpias y debidamente señalizadas
- ✓ Con relación a la imagen hospitalaria de los pacientes relevados es considerada de muy buena en todos los rubros analizados tanto a nivel de referencia como de opinión formada luego de haber sido atendido y hasta de su próximo regreso de necesitarlo salvo en el caso de urgencias en donde en la idea anterior tiene un sesgo de positividad menor pero que se revierte luego del paso del paciente por la Institución





**FORMULARIO ANEXO I ENCUESTA DE SATISFACCIÓN EXTERNA
PACIENTES:**

ANEXO I

**Encuesta de satisfacción de los usuarios en el Sector
Consultas Ambulatorias en el Hospital Público Municipal
Eustaquio Aristizábal**

La siguiente encuesta se está llevando a cabo con el propósito de conocer la percepción de los usuarios sobre la atención recibida en el Sector de Consultas Ambulatorias:

Fecha: _____

Fuente de información: Paciente Familiar o Acompañante

1.- Datos generales:

a) Sexo Masculino Femenino

b) Edad Entre 0 a 12 Años Desde 12 a 21 Años
Desde 21 a 40 Años Desde 40 a 60 Años
Más de 60 Años

c) Procedencia: Zona Urbana Zona Rural

d) Residencia: Partido de Mar Chiquita Otros (indicar cual es)

e) Escolaridad (consignar solamente último nivel educativo concluido):

Sin Instrucción/Prim. Incomp. Primario/Sec. Incomp.
Secundario/Univ. Incomp. Universitario
No contesta

f) Cobertura Obra Social:

Si No

g) Datos ocupacionales:

Trabajador Activo Jubilado
Desocupado

Para el caso de trabajador Activo:

Empleado en Sector Público Empleado en Sector Privado
Trabajador Independiente Describa el sector de actividad

2.- Atención al Usuario:

2.1. Atención Médica:

a) ¿Qué tiempo de espera se generó hasta ser atendido por el médico para la consulta?

En hora Demora hasta 30 minutos
Entre 30 a 60 minutos Más de 60 minutos

b) ¿El médico escuchó su problema?

Si No

b.1) Si es negativo: ¿Por qué piensa que no lo escuchó?

Comentarios:

c) ¿Cuánto tiempo duró su consulta?

5 minutos 15 minutos
30 minutos Más de 30 minutos

d) ¿El médico le explicó o le informó sobre su problema?

Si No No sabe/No contesta

e) ¿Al terminar la consulta recibió orientación clara del médico acerca del tratamiento a seguir?

Si No No sabe/No contesta

2.2. Atención del Personal de Enfermería:

a) ¿Si le recetaron ingerir medicamentos, concurrió a retirarlo en el Sector Farmacia del Hospital?

Si No No sabe/No contesta

b) ¿El Sector Farmacia tenía el medicamento recetado por el médico?

Si No No sabe/No contesta

b.1) Si es afirmativa la respuesta anterior. ¿Había en cantidad suficiente para satisfacer la receta del médico?

Si No

c) ¿Si el médico le indicó realizarse prácticas clínicas (laboratorio, radiología). El personal de enfermería le aconsejó sobre cómo llevar a cabo los mismos?

Si No No sabe/No contesta

2.3. Atención del Personal de Apoyo (Sector Informes):

a) ¿Pidió el turno anticipado para asistir a la consulta médica?

Si No

b) ¿Cómo pidió el turno con el médico?

Por teléfono Personalmente Por orden de llegada

Por correo electrónico Por fax

c) ¿Para el pedido de turno con el médico, como le gustaría solicitarlo?

Por teléfono Personalmente Por orden de llegada

Por correo electrónico Por fax

d) ¿En el sector de Informes le orientaron adecuadamente para facilitar su atención?

Si No No sabe/No contesta

e) ¿Se encuentra satisfecho como lo atendieron en el Sector Informes del Hospital?

Muy Satisfecho Satisfecho Poco satisfecho Satisfecho

2.4. Condiciones ambientales y físicas del Hospital en Sector Consultas Ambulatorias:

a) Cree usted que la sala de espera es adecuada en comodidad?

Si No

a.1) Si es negativa la respuesta anterior. ¿Por qué la sala de espera no es adecuada en comodidad?

Comentarios:

b) ¿Cómo considera la limpieza en el Sector de consultas médicas?

Muy Buena Buena Regular Mala

c) ¿Cree Usted que el área de consultas se encuentra bien señalizada para su ubicación?

Si No

2.5. Imagen hospitalaria:

a) ¿Qué referencia tenía de este hospital antes de ser atendido?

Muy Buena Buena Regular Mala No sabe/No contesta

b) ¿Qué opinión se ha formado luego de ser atendido por el hospital?

Muy Buena Buena Regular Mala No sabe/No contesta

c) ¿De ser necesario, regresaría para ser atendido nuevamente en este hospital?

Si No No sabe/No contesta

d) ¿Tiene alguna sugerencia que permita mejorar la calidad de la atención en el hospital?

Sugerencias:

MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN!

**FORMULARIO ANEXO II ENCUESTA DE SATISFACCIÓN EXTERNA
PACIENTES:**

ANEXO II:

**Encuesta de satisfacción de los usuarios en el Sector
Urgencias en el Hospital Público Municipal Eustaquio
Aristizábal**

La siguiente encuesta se está llevando a cabo con el propósito de conocer la percepción de los usuarios sobre la atención recibida en el Sector de Urgencias:

Fecha: _____

Fuente de información: Paciente Familiar o Acompañante

1.- Datos generales:

a) Sexo Masculino Femenino

f) Edad Entre 0 a 12 Años Desde 12 a 21 Años
Desde 21 a 40 Años Desde 40 a 60 Años
Más de 60 Años

g) Procedencia: Zona Urbana Zona Rural

h) Residencia: Partido de Mar Chiquita Otros (indicar cual es)

i) Escolaridad (consignar solamente último nivel educativo concluido):

Sin Instrucción/Prim. Incomp. Primario/Sec. Incomp.

Secundario/Univ. Incomp. Universitario

No contesta

f) Cobertura Obra Social:

Si No

g) Datos ocupacionales:

Trabajador Activo Jubilado

Desocupado

Para el caso de trabajador Activo:

Empleado en Sector Público Empleado en Sector Privado
Trabajador Independiente Describa el sector de actividad

2.- Atención al Usuario:

2.1. Atención Médica:

f) ¿Qué tiempo de espera se generó hasta ser atendido por el médico para la consulta?

En hora Demora hasta 30 minutos
Entre 30 a 60 minutos Más de 60 minutos

g) ¿Usted o su familiar fueron escuchados y atendidos debidamente por el médico?

Si No

b.1) Si es negativo: ¿Por qué piensa que no lo escuchó?

Comentarios:

h) ¿Cuánto tiempo duró la consulta?

5 minutos 15 minutos
30 minutos Más de 30 minutos

i) ¿Usted y su familiar fueron debidamente informados de su padecimiento?

Si No No sabe/No contesta

j) ¿Al terminar la consulta recibió orientación clara del médico acerca del tratamiento a seguir?

Si No No sabe/No contesta

2.2. Atención del Personal de Enfermería:

d) ¿Si se le recetaron ingerir medicamentos, Usted o su familiar concurrió a retirarlo en el Sector Farmacia del Hospital?

Si No No sabe/No contesta

e) ¿El Sector Farmacia tenía el medicamento recetado por el médico?

Si No No sabe/No contesta

b.1) Si es afirmativa la respuesta anterior. ¿Había en cantidad suficiente para satisfacer la receta del médico?

Si No

f) ¿Si el médico indicó realizar prácticas clínicas (laboratorio, radiología). El personal de enfermería aconsejó sobre cómo llevar a cabo los mismos a Usted y su familiar?

Si No No sabe/No contesta

g) ¿Qué tiempo de espera se generó hasta ser atendido para realizarse los análisis de laboratorio?

En hora Demora hasta 30 minutos

Entre 30 a 60 minutos Más de 60 minutos

h) ¿Qué tiempo de espera se generó hasta ser atendido para realizarse los análisis estudios de diagnóstico por imágenes?

En hora Demora hasta 30 minutos

Entre 30 a 60 minutos Más de 60 minutos

i) ¿Usted y su familiar recibieron un trato amable y cortés por parte de este personal de trabajo?

Si No No sabe/No contesta

2.3. Atención del Personal de Apoyo (Sector Informes):

f) ¿En el sector de Informes le orientaron adecuadamente para facilitar su atención a Usted o su familiar?

Si No No sabe/No contesta

g) ¿Se encuentra satisfecho Usted o su familiar cómo lo atendieron en el Sector Informes del Hospital?

Muy Satisfecho Satisfecho Poco satisfecho Satisfecho

2.4. Condiciones ambientales y físicas del Hospital en Sector Consultas Ambulatorias:

d) Considera que el servicio de emergencia reúne las condiciones higiénicas necesarias?

Si No

a.1) Si es negativa la respuesta anterior. ¿Por qué considera que no la reúne?
Comentarios:

e) ¿Cómo considera la limpieza en el Sector de Urgencias?

Muy Buena Buena Regular Mala

f) ¿Cree Usted que el área de Urgencias se encuentra bien señalizada para su ubicación dentro del Hospital?

Si No

2.5. Imagen hospitalaria:

e) ¿Qué referencia tenía de este hospital antes de ser atendido?

Muy Buena Buena Regular Mala No sabe/No contesta

f) ¿Qué opinión se ha formado luego de ser atendido por el hospital?

Muy Buena Buena Regular Mala No sabe/No contesta

g) ¿De ser necesario, regresaría para ser atendido nuevamente en este hospital?

Si No No sabe/No contesta

h) ¿Tiene alguna sugerencia que permita mejorar la calidad de la atención en el hospital?

Sugerencias:

MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN!

**FORMULARIO ANEXO III ENCUESTA DE SATISFACCIÓN EXTERNA
PACIENTES:**

ANEXO III:

**Encuesta de satisfacción de los usuarios en el Sector
Hospitalización en el Hospital Público Municipal Eustaquio
Aristizábal**

La siguiente encuesta se está llevando a cabo con el propósito de conocer la percepción de los usuarios sobre la atención recibida en el Sector de Hospitalización:

Fecha: _____

Fuente de información: Paciente Familiar o Acompañante

1.- Datos generales:

a) Sexo Masculino Femenino

j) Edad Entre 0 a 12 Años Desde 12 a 21 Años
Desde 21 a 40 Años Desde 40 a 60 Años
Más de 60 Años

k) Procedencia: Zona Urbana Zona Rural

l) Residencia: Partido de Mar Chiquita Otros (indicar cual es)

m) Escolaridad (consignar solamente último nivel educativo concluido):

Sin Instrucción/Prim. Incomp. Primario/Sec. Incomp.

Secundario/Univ. Incomp. Universitario

No contesta

f) Cobertura Obra Social:

Si No

g) Datos ocupacionales:

Trabajador Activo Jubilado
Desocupado

Para el caso de trabajador Activo:

Empleado en Sector Público Empleado en Sector Privado
Trabajador Independiente Describa el sector de actividad

2.- Atención al Usuario:

2.1. Atención Médica:

k) ¿Desde el momento que ingresó al Sector Hospitalización: Cuánto tiempo de espera se generó hasta ser valorado por el médico?

Inmediato Hasta 30 minutos
Entre 30 a 60 minutos Más de 60 minutos

l) El médico le visita diariamente?

Si No

m) ¿Cuánto tiempo dura la visita médica?

5 minutos 15 minutos
30 minutos Más de 30 minutos

n) ¿En el momento de la visita médica, le explicó el avance de su estado de salud?

Si No No sabe/No contesta

o) ¿Fue escuchado o sus consultas debidamente aclaradas por el médico actuante?

Si No No sabe/No contesta

2.2. Atención del Personal de Enfermería:

j) ¿Ha conocido los nombres de las enfermeras que lo atendieron durante su estancia en el Sector Hospitalización?

Si No No sabe/No contesta

k) ¿Al momento de que ha requerido atención por parte del personal de enfermería fue oportunamente satisfecho?

Si No No sabe/No contesta

l) ¿Recibió indicaciones del personal de enfermería sobre su medicación y tratamiento?

Si No No sabe/No contesta

m) ¿Se encuentra satisfecho de cómo lo atendieron por parte del personal de enfermería?

Muy Satisfecho Satisfecho Poco satisfecho Satisfecho

2.3. Atención del Personal de Apoyo (Sector Informes):

a) ¿En el sector de Informes le orientaron adecuadamente para facilitar su atención a Usted o su familiar?

Si No No sabe/No contesta

b) ¿Se encuentra satisfecho Usted o su familiar cómo lo atendieron en el Sector Informes del Hospital?

Muy Satisfecho Satisfecho Poco satisfecho Satisfecho

2.4. Condiciones ambientales y físicas del Hospital en Sector Consultas Ambulatorias:

g) Considera que el Sector Hospitalización reúne las condiciones de higiene necesarias?

Si No

a.1) Si es negativa la respuesta anterior. ¿Por qué considera que no la reúne?

Comentarios:

h) ¿Cómo considera la limpieza en el Sector de Hospitalización?

Muy Buena Buena Regular Mala

i) ¿Considera que los baños cuentan con las condiciones de higiene necesarias?

Si No

j) Las condiciones de la sala de Hospitalización como ruido, iluminación y ventilación son las adecuadas?

Si No

d.1) Si es negativa la respuesta anterior. ¿Por qué no la considera adecuada?
Comentarios:

k) ¿Recibe la alimentación a horario?

Si No No sabe/No contesta

l) ¿Recibe la alimentación indicada por el médico?

Si No No sabe/No contesta

m) ¿Cómo considera la alimentación del hospital?

Muy Buena Buena Regular Mala

2.5. Imagen hospitalaria:

i) ¿Qué referencia tenía de este hospital antes de ser atendido?

Muy Buena Buena Regular Mala No sabe/No contesta

j) ¿Qué opinión se ha formado luego de ser atendido por el hospital?

Muy Buena Buena Regular Mala No sabe/No contesta

k) ¿De ser necesario, regresaría para ser atendido nuevamente en este hospital?

Si No No sabe/No contesta

l) ¿Tiene alguna sugerencia que permita mejorar la calidad de la atención en el hospital?

Sugerencias:

MUCHAS GRACIAS POR SU ATENCIÓN!

ANEXO 4: ENCUESTA DE SATISFACCIÓN INTERNA PERSONAL DE TRABAJO HOSPITAL MUNICIPAL EUSTAQUIO ARISTIZÁBAL:

Método utilizado en la investigación:

La investigación es descriptiva.

Se han medido las variables seleccionadas para describir cual es el grado de satisfacción interna del personal de trabajo del Hospital Público Municipal Eustaquio Aristizábal.

Universo: Todo el personal de trabajo del Hospital.

Población estimada: 104 personas

Muestra: Formulario confeccionado por el personal de trabajo en Noviembre/2010

Fuente de Información: Confección innominada de la encuesta por parte del personal de trabajo del Hospital

Diseño utilizado: Para alcanzar los objetivos, contestar las preguntas y analizar la certeza de las hipótesis, se ha efectuado una investigación no experimental, transversal y descriptiva

Instrumentos de medición aplicados: La recolección implica generar tres actividades íntimamente vinculadas entre sí:

- d) Selección de los instrumentos de medición disponibles para el estudio del comportamiento a analizar debiendo necesariamente que los mismos cumplan la calidad de validez y confiabilidad para su ejecución
- e) Aplicar los instrumentos de medición mediante las observaciones y las mediciones de las variables que son de interés para el estudio
- f) Preparar las mediciones obtenidas para que puedan analizarse correctamente

Para el caso, se utilizó la encuesta como instrumento de medición:

Su implementación se programó con el apoyo del Jefe de Personal

En algunas preguntas se utilizó el método de escalamiento desarrollado por Likert y en otras las técnicas vinculadas con los Cuestionarios

Recolección de datos: Esta encuesta estuvo disponible para ser llenada por el personal de trabajo durante el mes de Noviembre/2010.

Una vez finalizado el lapso fijado y luego de afrontar ciertos inconvenientes operativos de la puesta en marcha y desarrollo del emprendimiento sobre los cuales ya se expusiera anteriormente, se extrajeron 38 ejemplares correspondientes a los empleados de la Institución sobre la cual se realizó, a posteriori, el trabajo de cargar todos los datos existentes en planillas de cálculo generada para tal efecto arrojando resultados para la evaluación respectiva.

Análisis de la información: Plan de análisis

Para el proceso analítico de los datos emanados de la Encuesta de Satisfacción Interna del personal de trabajo del Hospital, se utilizó el sistema SPSS, una vez que los mismos fueran codificados y transferidos desde una matriz de Hoja de Cálculo.

Hipótesis de trabajo:

A los efectos de realizar las mediciones a través de las encuestas surgieron diversas hipótesis de trabajo planteadas para ser contrastadas por los resultados operados en cada caso, a saber:

Encuesta de satisfacción interna del personal de trabajo en el Hospital:

- La relación con los compañeros de trabajo es satisfactoria
- Existe problemas de comunicación interna entre el equipo de trabajo
- En su mayoría, el personal de trabajo piensa que no existe un reconocimiento por los logros alcanzados
- El personal de trabajo entiende que el Hospital no está organizado
- El personal de trabajo, en su mayoría, considera que cumple con su misión de prestar un servicio a la comunidad

Para la Encuesta de Satisfacción Interna del personal de trabajo del Hospital:

Para el Objetivo n° 1: Comunicación interna y condiciones laborales

- Relaciones con el personal de trabajo
- Funciones
- Resolución de problemas
- Desarrollo personal y reconocimiento por logros
- Actividades que se ejecutan
- Aspectos de la organización
- Incorporación de tecnología
- Jerarquías
- Capacitación
- Comunicación
- Trabajo en equipo
- Recursos humanos y materiales

Conceptualización y Operacionalización de variables:

Encuesta efectuada al personal del Hospital:

Variable	Concepto	Indicador
Relación de Trabajo	Vínculo del trabajador con los compañeros de trabajo	Muy Satisfecho Satisfecho Poco Satisfecho

		Insatisfecho
Relación de Trabajo	Vínculo del trabajador con sus superiores	Muy Satisfecho Satisfecho Poco Satisfecho Insatisfecho
Funciones de Trabajo	Actividad laboral del trabajador	Muy Satisfecho Satisfecho Poco Satisfecho Insatisfecho
Resolución de problemas laborales	Formas en que se resuelven los problemas en la organización	Muy Satisfecho Satisfecho Poco Satisfecho Insatisfecho
Desarrollo laboral	Posibilidades de desarrollo laboral del trabajador	Muy Satisfecho Satisfecho Poco Satisfecho Insatisfecho
Responsabilidades en el trabajo	Niveles de responsabilidad en el puesto de trabajo	Muy Satisfecho Satisfecho Poco Satisfecho Insatisfecho
Reconocimiento laboral	Reconocimiento laboral por logros alcanzados	Muy Satisfecho Satisfecho Poco Satisfecho Insatisfecho
Carga horaria de trabajo	Horario de trabajo en cada puesto	Muy Satisfecho Satisfecho Poco Satisfecho Insatisfecho
Tareas asignadas	Carga laboral en actividades por cada puesto de trabajo	Muy Satisfecho Satisfecho Poco Satisfecho Insatisfecho
Percepciones de conocimiento de la cultura organizacional	Grado de acuerdo sobre afirmaciones sobre aspectos vinculados a la cultura organizacional	Muy de Acuerdo De Acuerdo En Desacuerdo Muy en Desacuerdo
Percepciones de conocimiento de la cultura organizacional	Grado de frecuencia de hechos propios que acontecen en la cultura organizacional	Siempre A Menudo En Ocasiones Rara vez Nunca

Aspectos de interés en el ámbito laboral	Orden de Preferencia individual de aspectos vinculados a la vida laboral	Ordenamiento de la consigna nº 1 a 11
Aspectos de interés en el ámbito laboral	Orden de Preferencia individual sobre canales de comunicación en la organización	Ordenamiento de la consigna nº 1 a 6
Aspectos de interés en la cultura organizacional	Información sobre valores de la cultura organizacional	Identificación de las consignas

Resultados:

A la respuesta de la valoración de la relación con los compañeros de trabajo la positividad ascendió al 97% entre un 55% que la definió como de Satisfacción y un 42% de Mucha Satisfacción.

Con respecto a la cuestión del vínculo con los jefes inmediatos, el 90% también la conceptualizó como de positiva entre un 66% determinada como satisfactoria y un 24% de muy satisfactoria.

En la consulta del cuestionario sobre las funciones y su satisfacción que cada trabajador desempeña en el hospital, las respuestas positivas también fueron de mayoría casi total con el 97%, entre un 58% que la catalogó como de satisfacción y un 39% de mucha satisfacción.

Con relación al interrogante en el grado de satisfacción de la manera en que se resuelven los problemas en el nosocomio, la mayoría respondió en forma positiva (47% de satisfacción y 16% de mucha satisfacción) pero existe un 34% de ellos que respondió encontrarse poco satisfecho.

En el punto vinculado a las posibilidades de desarrollo personal que existe en el hospital, la mayoría, con el 69%, respondió estar entre satisfecho (58%) y muy satisfecho (11%), frente a un 18% de poca satisfacción y un 13% de insatisfacción.

En cuanto al nivel de responsabilidad que tiene asignado cada puesto de trabajo, el 87% respondió en forma positiva entre un 55% de nivel de satisfacción y un 32% de mucha satisfacción.

En la mención sobre los reconocimientos por los logros alcanzados por cada trabajador, las respuestas fueron más variadas entre los conceptos de positividad y negatividad, ya que el 37% indicó estar satisfecho, el 18% muy satisfecho, un 29% de poca satisfacción y un 16% de insatisfacción.

En el abordaje de la cuestión de la carga laboral en cantidad de horas de trabajo que desarrolla cada función, el 74% rescató aspectos positivos entre un 55% de nivel de satisfacción y un 19% de mucha satisfacción frente al 26% restante de negatividad (18% de poca satisfacción y un 8% de insatisfacción).

Por la cantidad de tareas que se le asignan a cada trabajador, el 71% respondió afirmativamente frente a la poca o nada de satisfacción que se definió en el 29% restante.

Finalmente, en cuanto al tipo de tareas que se le asignan a cada puesto de trabajo, el 84% respondió en términos positivos con un 68% de nivel satisfactivo y un 16% de mucha satisfacción.

En el rubro de niveles de acuerdo o desacuerdo de ciertas afirmaciones, surgieron los siguientes resultados:

En el punto 11: "El hospital es una gran familia": El 66% respondió en forma afirmativa (55% de acuerdo y 11% muy de acuerdo) frente al 34% de contestación negativa (26% en desacuerdo y 8% muy en desacuerdo).

En el punto 12: "El hospital se está desburocratizando": El 60% respondió en forma afirmativa (55% de acuerdo y 5% muy de acuerdo) frente al 40% de contestación negativa (34% en desacuerdo y 6% muy en desacuerdo).

En el punto 13: "En otras áreas del municipio podría aumentar mis posibilidades de desarrollo": El 44% respondió en forma afirmativa (23% de acuerdo y 21% muy de acuerdo) frente al 56% de contestación negativa (40% en desacuerdo y 16% muy en desacuerdo).

En el punto 14: "El hospital facilita mi capacitación": Los resultados indicaron que un 50% está de acuerdo con esta acepción y el otro 50% no está de acuerdo con la misma.

En el punto 15: "No me imagino trabajando en otro hospital": El 42% respondió en forma afirmativa (29% de acuerdo y 13% muy de acuerdo) frente al 58% de contestación negativa (42% en desacuerdo y 16% muy en desacuerdo).

En el punto 16: "En mi sector estamos tecnológicamente muy avanzados más que en otros hospitales": El 40% respondió afirmativamente frente a un 60% que respondió en encontrarse en desacuerdo con la misma.

En el punto 17: "Si pudiera elegir, prefieren permanecer en mi sector": El 92% contestó favorablemente entre un 66% de respuesta como muy de acuerdo y un 26% de acuerdo.

En el punto 18: "Tengo una clara percepción de los puestos a los que debo ir accediendo para hacer carrera": El 71% indicó estar de acuerdo (45% de acuerdo y 26% muy de acuerdo) frente a un 29% en desacuerdo.

En el punto 19: "Cuando uno demuestra capacidad para hacer bien una cosa, lo dejan allí y no lo ascienden": El 68% respondió en forma afirmativa (47% de acuerdo y 21% muy de acuerdo) frente al 32% de contestación negativa (29% en desacuerdo y 3% muy en desacuerdo).

En el punto 20: "Los varones tienen más posibilidades de ascenso que las mujeres": El 73% respondió en forma negativa.

En el punto 21: "La incorporación de tecnología informática aumentó mi carga de trabajo": El 68% respondió en forma afirmativa (55% de acuerdo y 13% muy de acuerdo) frente al 32% de contestación negativa.

En el punto 22: "En los últimos tiempos el hospital está más organizado": El 68% respondió en forma afirmativa mientras que el 32% lo hizo en forma negativa.

En el punto 23: "Conozco los mecanismos a los que debo recurrir para mejorar mis posibilidades de carrera en el hospital": El 58% respondió en forma afirmativa (50% de acuerdo y 8% muy de acuerdo) frente al 42% de contestación negativa (24% en desacuerdo y 18% muy en desacuerdo).

En el punto 24: “Conozco los criterios que rigen para determinar las remuneraciones del personal”: El 45% respondió en forma afirmativa (29% de acuerdo y 16% muy de acuerdo) frente al 55% de contestación negativa (40% en desacuerdo y 15% muy en desacuerdo).

En el punto 25: “Logro un equilibrio de mi vida familiar con mi trabajo”: El 82% respondió en forma positiva.

En el punto de frecuencia en que ciertas frases resultan ser verdaderas dentro de la organización, se produjeron los siguientes resultados:

Punto 26: “Para saber lo que pasa en el hospital son necesarios los canales informales”: Predominó ostensiblemente la respuesta positiva con el 88% (entre el 29% de siempre, 24% de a menudo y 35% de a veces).

Punto 27: “El sector donde trabajo es limpio”: El 84% respondió afirmativamente entre 55% de siempre y 29% de a menudo.

Punto 28: “El hospital capacita en aquello que la gente necesita para cumplir”: Se destaca el 53% que contestó que lo hace en ocasiones y un 26% de a menudo.

Punto 29: “Estamos suficientemente informados sobre lo más significativo que ocurre en el hospital”: Las respuestas obtenidas tuvieron cierta divergencia ya que el 29% contestó que rara vez, otro porcentaje similar lo hizo como a menudo.

Punto 30: “Lo que más importa en el hospital es la salud”: El 80% respondió en forma afirmativa entre un 58% que la definió como siempre y un 22% de a menudo.

Punto 31: “El sector donde trabajo está ordenado”: El 95% respondió afirmativamente entre un 58% de siempre y un 37% de a menudo.

Punto 32: “En mi sector el clima de trabajo es óptimo”: El 82% respondió en forma afirmativa entre un 42% de siempre y un 40% de a menudo.

Punto 33: “Las normas de trabajo en el hospital facilitan la tarea”: El 34% respondió que se genera en ocasiones, un 32% a menudo y un porcentaje similar lo catalogó como que siempre acontece esta prescripción.

Punto 34: “Recibo directivas claras y precisas de mis superiores acerca de lo que espera de mí”: Las respuestas fueron variadas predominando en ocasiones con el 32%, siempre con el 26%, a menudo con el 18% pero también hubo opiniones de rara vez con el 13% y nunca con el 11%.

Punto 35: “El hospital exige la máxima dedicación”: El 84% respondió en forma afirmativa predominando el 48% de siempre.

Punto 36: “Nos reunimos para evaluar la marcha de trabajo”: La mayoría (69%) respondió en forma negativa entre el 40% de rara vez y 29% de nunca y un adicional del 13% en el ocasionalmente.

Punto 37: “El hospital castiga al desaprensivo”: Predomina un 71% de respuestas negativas ya que el 40% contestó que ello acontece rara vez mientras que el 31% indicó que nunca.

Punto 38: “El sector donde trabajo está ventilado”: El 82% respondió en forma afirmativa entre un 61% que se expresó que este hecho siempre sucede y un 21% de que muy a menudo se presenta.

Punto 39: “El hospital valora la eficiencia”: La respuesta tuvo un alto nivel de variación ya que el 34% expuso que en ocasiones, un 26% que siempre y un 24% que rara vez.

Punto 40: “El sector donde trabajo tiene baños apropiados”: El 76% contestó en forma afirmativa entre un 50% de siempre, 11% de a menudo y 16% de ocasionalmente.

Punto 41: “Existe una tendencia a tapar los conflictos”: El 90% respondió en forma afirmativa (muy contundente) entre el 39% de en ocasiones, 32% de a menudo y 19% de siempre.

Punto 42: “Existen canales de expresión de las necesidades del personal”: Aquí las respuestas también fueron variadas: Predomina el ocasional con el 40% pero surgen 18% entre siempre y rara vez.

Punto 43: “El sector donde trabajo es cómodo”: El 90% contestó afirmativamente con pleno predominio del 63% de que siempre el lugar es cómodo.

Punto 44: “Estoy preocupado por mi estabilidad laboral futura”: El 73% respondió en términos negativos con presencia mayor del nunca con el 34% y del rara vez y ocasional (18% y 21% respectivamente).

Punto 45: “Mi jefe estimula a generar iniciativas en mi puesto de trabajo”: La respuesta negativa ascendió al 90% entre un 42% de ocasionalidad y un 24% cada uno de rara vez y nunca.

Punto 46: “En mi sector se trabaja bajo presión”: El 87% respondió en forma negativa predominando el nunca con el 47% y el 24% de rara vez.

Punto 47: “En mi sector trabajamos en equipo”: El 77% contestó en forma positiva con mayoría de siempre con el 32%, a menudo con el 24% y el ocasionalmente con el 21%.

Punto 48: “Mis jefes reconocen al personal que lo merece”: El 79% se inclinó en términos negativos destacándose el porcentaje ocasional con el 45%, rara vez con el 18% y nunca con el 16%.

Punto 49: “El sector donde trabajo cuenta con recursos materiales adecuados”: El 87% respondió en términos positivos con predominio del a menudo con el 43%, siempre con el 21% y en ocasiones con el 23%.

Punto 50: “Los jefes escuchan las ideas y sugerencias de los colaboradores”: El 87% respondió afirmativamente con predominio del en ocasiones con el 37%, siempre 26% y a menudo con el 24%.

Punto 51: “El sector donde trabajo cuenta con personal suficiente”: El 90% contestó en forma positiva siendo el siempre con el 34%, a menudo con el 24% y el ocasional con el 32%.

Punto 52: “El hospital promueve que cada uno oriente su trabajo de la manera más autónoma posible”: El 79% se expresó en términos positivos entre 26% de siempre, 29% de a menudo y 24% en ocasiones.

Punto 53: “El servicio a los pacientes es primordial para el hospital”: El 87% respondió en términos positivos con un fuerte predominio del siempre en un 66% de las respuestas.

Punto 54: “Mi jefe está interesado en mi progreso”: Las respuestas están un poco divididas: 18% siempre, 21% a menudo, 29% ocasionalmente, 16% rara vez y 16% nunca.

Punto 55: “El hospital estimula la participación de sus colaboradores en las decisiones de trabajo”: Otra respuesta un tanto variada: 24% siempre, 21% a menudo, 26% en ocasiones, 18% rara vez y 11% nunca.

Punto 56: “El hospital reconoce las horas extras trabajadas”: El 45% respondió que siempre y el 34% lo hizo manifestando que sucede en ocasiones.

Punto 57: “Mi jefe me facilita el acceso a la capacitación”: El 82% respondió en términos positivos destacándose siempre con el 34% y en ocasiones con otro porcentaje similar.

En el punto del cuestionario en donde cada encuestado tenía que determinar un orden de prioridad de ciertos aspectos de interés en su trabajo, se arrojaron resultados que a continuación se exponen a manera de grilla, en función al mayor porcentual de preferencia que cada uno de ellos determinó en su respuesta:

1.- Salario	24%
2.- Grupo de Trabajo	24%
3.- Clima de trabajo	18%
4.- Capacitación y aprendizaje permanente	16%
5.- Posibilidad de progreso	24%
6.- La tarea	16%
7.- Tener autonomía para realizar la tarea	22%
8.- Beneficios sociales	18%
9.- Estabilidad	16%
10.- Participación en las decisiones	29%
11.- Pertenecer a un hospital de excelencia	21%

En el punto del cuestionario con relación a lo que ocurre en el hospital y de cómo se entera cada trabajador, ha surgido el siguiente esquema en ordenamiento:

1.- El “radio pasillo”	53%
2.- Por mi jefe inmediato	52%
3.- Por el canal formal que tiene el hospital	40%
4.- Información escrita que difunde el hospital	42%
5.- Medios masivos de comunicación (TV y Diarios)	88%

El punto 60 sobre cuáles de ciertos aspectos quisiera tener el encuestado como de más información, el 53% respondió que busca saber sobre los valores organizacionales del hospital, le siguió el 40% de los objetivos del hospital y un 7% sobre los prestadores y servicios del hospital.

Conclusiones:

De los resultados expuestos, se pueden arribar a las siguientes conclusiones para destacar sobre la encuesta de satisfacción interna del personal de trabajo de oficina con la particularidad de que solo la presentó (siendo que era innominada) el 35% de la plantilla total.

Detalle:

- ✓ Se observa la existencia de una satisfactoria relación en el vínculo entre los compañeros de trabajo al igual que con sus jefes inmediatos pero en una menor medida
- ✓ Hay satisfacción también en cuanto a las funciones que desempeñan los trabajadores en el nosocomio, así como en las maneras que se resuelven los problemas diarios y el nivel de responsabilidad que cada uno tiene en su puesto de trabajo pero el mismo declina, aunque

manteniendo el nivel de positividad, cuando se analizan las posibilidades de desarrollo laboral que permite la organización y el reconocimiento de la misma en los logros alcanzados

- ✓ También se manifiesta una satisfacción en cuanto a la carga laboral en horas de trabajo diarias que se desarrollan, la cantidad de tareas asignadas y el tipo de actividades a ejercer
- ✓ En el rubro de acuerdo o desacuerdo de frases típicas organizacionales, hubo un importante homogeneidad de los encuestados en considerar que ven al hospital como una gran familia, que observan que se está desburocratizando, que facilita, en alguna medida, la capacitación del personal de trabajo y que en su mayoría, piensan que no podrán aumentar sus posibilidades de desarrollo en otras áreas del municipio
- ✓ A su vez, como aspectos para considerar y evaluar es que la mayoría ha considerado que se imagina trabajando en otro hospital y que no observan que el hospital se encuentre avanzando tecnológicamente con respecto a otros similares
- ✓ Por su parte, hubo claro acuerdo de los encuestados que si pueden elegir, prefieren permanecer en su sector de actividad surgiendo que existe una percepción determinada de los puestos de trabajo y del desarrollo laboral en cada caso aunque también aparece como elemento distintivo que la mayoría piensa que si se demuestra capacidad para una labor determinada queda enclaustrado en ella sin posibilidad de ascenso futuro
- ✓ Se observa, por su parte, que una mayoría entiende que la tecnología informática ha generado un aumento en la carga de trabajo, que no existe la idea de que haya diferencia en el sexo para los ascensos en las labores de trabajo, que denotan una mejor organización del nosocomio y que conocen bien los mecanismos para mejorar sus posibilidades en sus carreras así como se regulan los criterios para la fijación de las remuneraciones del personal
- ✓ En materia comunicativa, se destaca que una gran mayoría piensa que para saber lo que pasa en el hospital son necesarios los canales informales (“radio pasillo”) existiendo una fuerte divergencia entre si el personal se encuentra lo suficientemente informado sobre lo más significativo que acontece en el mismo
- ✓ Por otra parte, la mayoría del personal denota que el sector donde trabaja está limpio, ordenado y en un buen clima de trabajo, que en relativa medida se capacita al personal lo necesario para cumplir, que lo que más importa es la salud y que las normas de trabajo facilitan la concreción de tareas
- ✓ En cambio, se observó una clara divergencia en el sentido de que el criterio de los encuestados estuvo difuso al momento de exponer que la organización no está valorando la eficiencia, que no existen directivas claras y precisas de los superiores en cada actividad laboral, que no se castiga al desaprensivo y que no se generan reuniones de trabajo para evaluar la marcha del mismo
- ✓ En su mayoría, indicaron que el sector de trabajo está ventilado, que los baños son apropiados y que existe comodidad adecuada

- ✓ No hay preocupación, en su mayoría, con respecto a la estabilidad laboral futura, no sienten que se trabaje a presión valorando el trabajo en equipo, aunque exponen una marcada tendencia en el pensar de que se tapan los conflictos, que no observan la existencia de canales de expresión de las necesidades de cada uno, con divergencia en reconocer si los jefes estimulan a generar iniciativas en el desarrollo de los puestos de trabajo y con taxativa exposición de que los superiores no reconocen a sus inferiores en la medida de sus merecimientos
- ✓ Hay aceptación en reconocimiento de que en cada sector se cuenta con los recursos materiales adecuados, con personal de trabajo suficiente, que existe autonomía en sus movimientos, que el servicio a los pacientes es primordial y que se reconocen las horas extras pero no es visible que la jerarquía escuche ideas y sugerencias ni que se interesen en el progreso de la gente ni que haya fuertes estímulos para la participación en las decisiones del personal
- ✓ En el ordenamiento de aspectos de interés se denota los altos lugares que ocupan en la valoración de la mayoría del personal el Grupo de Trabajo y el Clima de Trabajo que se vinculan con el sentimiento antes expuesto de que están integrados con el resto del personal de trabajo pero en un lapso de divorcio con la jerarquía en la organización y, en cambio, también se expone, como hecho para destacar, la baja consideración en el orden de preferencia en que aparecen los Beneficios Sociales y la Estabilidad
- ✓ Finalmente, en orden valorativo, surge la necesidad de tener información sobre los valores organizacionales del hospital en primer lugar, los objetivos del mismo en segundo y de las prestadores y servicios en el tercero

FORMULARIO ENCUESTA DE SATISFACCIÓN INTERNA DEL PERSONAL DE TRABAJO DEL HOSPITAL:

Encuesta de Satisfacción Interna del personal de trabajo del Hospital Público Municipal Eustaquio Aristizábal

El propósito de este cuestionario es brindarle un espacio de opinión sobre aspectos importantes de su trabajo en el hospital.

Le solicitamos que su opinión sea sincera basada en su propia experiencia de trabajo día a día en el hospital.

Sus respuestas serán confidenciales y anónimas.

Cuando termine de responder el cuestionario deposítelo en la urna identificada con el cartel "OPINIÓN INTERNA".

Muchas Gracias.

Fecha: _____

1.- Comunicación interna y condiciones laborales

En este bloque indique su grado de satisfacción con cada aspecto mencionado marcando una cruz (X) en el casillero correspondiente

Cuán satisfecho está usted de:

- 1) La relación con los compañeros de trabajo
Muy Satisfecho Satisfecho Poco satisfecho Insatisfecho
- 2) La relación con los jefes inmediatos
Muy Satisfecho Satisfecho Poco satisfecho Insatisfecho
- 3) Las funciones que desempeña en el Hospital
Muy Satisfecho Satisfecho Poco satisfecho Insatisfecho
- 4) Las maneras en que se resuelven los problemas de trabajo
Muy Satisfecho Satisfecho Poco satisfecho Insatisfecho
- 5) Las posibilidades de desarrollo personal
Muy Satisfecho Satisfecho Poco satisfecho Insatisfecho
- 6) El nivel de responsabilidad en el puesto de trabajo
Muy Satisfecho Satisfecho Poco satisfecho Insatisfecho

- 7) El reconocimiento recibido por los logros alcanzados
Muy Satisfecho Satisfecho Poco satisfecho Insatisfecho
- 8) La carga laboral por la cantidad de horas de trabajo que se desarrollan
Muy Satisfecho Satisfecho Poco satisfecho Insatisfecho
- 9) La cantidad de tareas que se le asignan
Muy Satisfecho Satisfecho Poco satisfecho Insatisfecho
- 10) El tipo de tareas que se le asigna
Muy Satisfecho Satisfecho Poco satisfecho Insatisfecho

Por favor, preste atención al cambio en el llenado del cuestionario:

Indique con una cruz (X) su grado de acuerdo con las siguientes frases:

- 11) El Hospital es una gran familia
Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo
- 12) El Hospital se está desburocratizando
Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo
- 13) En otras áreas del Municipio podría aumentar mis posibilidades de desarrollo
Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo
- 14) El Hospital facilita mi capacitación
Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo
- 15) No me imagino trabajando en otro Hospital
Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo
- 16) En mi sector estamos tecnológicamente muy avanzados más que en otros hospitales
Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo
- 17) Si pudiera elegir, prefiero permanecer en mi Sector
Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo
- 18) Tengo una clara percepción de los puestos a los que debo ir accediendo para hacer carrera
Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo

- 19) Cuando uno demuestra capacidad para hacer bien una cosa, lo dejan allí y no lo ascienden
Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo
- 20) Los varones tienen más posibilidades de ascenso que las mujeres
Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo
- 21) La incorporación de tecnología informática aumentó mi carga de trabajo
Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo
- 22) En los últimos tiempos, el Hospital está más organizado
Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo
- 23) Conozco los mecanismos a los que debo recurrir para mejorar mis posibilidades de carrera en el Hospital
Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo
- 24) Conozco los criterios que rigen para determinar las remuneraciones del personal
Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo
- 25) Logro un equilibrio de mi vida familiar con mi trabajo
Muy de acuerdo De acuerdo En desacuerdo Muy en desacuerdo

Por favor, preste atención al cambio en el llenado del cuestionario:

A continuación le solicitamos que evalúe la frecuencia con que las siguientes frases resultan ciertas. Indique con una cruz (X) lo que corresponda

- 26) Para saber lo que pasa en el Hospital son necesarios los canales informales
Siempre A menudo En ocasiones Rara vez Nunca
- 27) El sector donde trabajo es limpio
Siempre A menudo En ocasiones Rara vez Nunca
- 28) El Hospital capacita en aquello que la gente necesita para cumplir
Siempre A menudo En ocasiones Rara vez Nunca

29) Estamos suficientemente informados sobre lo más significativo que ocurre en el Hospital

Siempre A menudo En ocasiones Rara vez Nunca

30) Lo que más importa en el Hospital es la salud

Siempre A menudo En ocasiones Rara vez Nunca

31) El sector donde trabajo está ordenado

Siempre A menudo En ocasiones Rara vez Nunca

32) En mi sector el clima de trabajo es óptimo

Siempre A menudo En ocasiones Rara vez Nunca

33) Las normas de trabajo en el Hospital facilitan la tarea

Siempre A menudo En ocasiones Rara vez Nunca

34) Recibo directivas claras y precisas de mis superiores acerca de lo que espera de mí

Siempre A menudo En ocasiones Rara vez Nunca

35) El Hospital exige la máxima dedicación

Siempre A menudo En ocasiones Rara vez Nunca

36) Nos reunimos para evaluar la marcha del trabajo

Siempre A menudo En ocasiones Rara vez Nunca

37) El Hospital castiga al desaprensivo

Siempre A menudo En ocasiones Rara vez Nunca

38) El sector donde trabajo está ventilado

Siempre A menudo En ocasiones Rara vez Nunca

39) El Hospital valora la eficiencia

Siempre A menudo En ocasiones Rara vez Nunca

40) El sector donde trabajo tiene baños apropiados

Siempre A menudo En ocasiones Rara vez Nunca

41) Existe una tendencia a tapar los conflictos

Siempre A menudo En ocasiones Rara vez Nunca

42) Existen canales de expresión de las necesidades del personal

Siempre A menudo En ocasiones Rara vez Nunca

43) El sector donde trabajo es cómodo

Siempre A menudo En ocasiones Rara vez Nunca

44) Estoy preocupado por mi estabilidad laboral futura

Siempre A menudo En ocasiones Rara vez Nunca

45) Mi jefe me estimula a generar iniciativas en mi puesto de trabajo

Siempre A menudo En ocasiones Rara vez Nunca

46) En mi sector se trabaja bajo presión

Siempre A menudo En ocasiones Rara vez Nunca

47) En mi sector trabajamos en equipo

Siempre A menudo En ocasiones Rara vez Nunca

48) Mis jefes reconocen al personal que lo merece

Siempre A menudo En ocasiones Rara vez Nunca

49) El sector donde trabajo cuenta con recursos materiales adecuados

Siempre A menudo En ocasiones Rara vez Nunca

50) Los jefes escuchan las ideas y sugerencias de los colaboradores

Siempre A menudo En ocasiones Rara vez Nunca

51) El sector donde trabajo cuenta con personal suficiente

Siempre A menudo En ocasiones Rara vez Nunca

52) El Hospital promueve que cada uno oriente su trabajo de la manera más autónoma posible

Siempre A menudo En ocasiones Rara vez Nunca

53) El servicio a los pacientes es primordial para el Hospital

Siempre A menudo En ocasiones Rara vez Nunca

54) Mi jefe está interesado en mi progreso

Siempre A menudo En ocasiones Rara vez Nunca

55) El Hospital estimula la participación de sus colaboradores en las decisiones de trabajo

Siempre A menudo En ocasiones Rara vez Nunca

56) El Hospital reconoce las horas extras trabajadas

Siempre A menudo En ocasiones Rara vez Nunca

57) Mi jefe me facilita el acceso a la capacitación

Siempre A menudo En ocasiones Rara vez Nunca

Por favor, preste atención al cambio en el llenado del cuestionario:

58) En el siguiente listado se indican una serie de aspectos que pueden ser de su interés en el trabajo. Por favor señale el orden de importancia que usted le asigna a cada uno, desde el más importante, que deberá indicar con el número 1, hasta el menos importante, que deberá indicar con el número 11.

Aspectos de interés

Orden de preferencia

Beneficios sociales	<input type="checkbox"/>
Capacitación y aprendizaje permanente	<input type="checkbox"/>
Clima de trabajo	<input type="checkbox"/>
Grupo de trabajo	<input type="checkbox"/>
Estabilidad	<input type="checkbox"/>
La tarea	<input type="checkbox"/>
Participación en las decisiones	<input type="checkbox"/>
Pertenecer a un Hospital de excelencia	<input type="checkbox"/>
Posibilidades de progreso	<input type="checkbox"/>
Salario	<input type="checkbox"/>

Tener autonomía para realizar la tarea

59) Me informo de aquello que ocurre en el Hospital por... (por favor, ordene de 1 a 6):

Por el canal formal que tiene el Hospital

Por mi jefe inmediato

El "Radio pasillo"

Información escrita que difunde el Hospital

Medios masivos de comunicación (T.V. y diarios)

Otros (aclarar)

Por favor, preste atención al cambio en el llenado del cuestionario:

Indique con una cruz (X) lo que corresponde

60) ¿Sobre cuál/es de estos aspectos quisiera tener usted más información?

Los valores organizacionales del Hospital

Los objetivos del Hospital

Los prestadores y servicios del Hospital

Por favor, preste atención al cambio en el llenado del cuestionario:

61) ¿Qué comentarios adicionales de su vida laboral en el Hospital quiere usted agregar en la encuesta? Para ello, por favor utilice estos renglones:

ANEXO 5: RELEVAMIENTO DE TAREAS DEL PERSONAL DE TRABAJO DEL HOSPITAL:

En el mes de Junio/2010 se instrumentó la confección del Formulario Relevamiento de Tareas para ser completado por todo el personal de trabajo del nosocomio en una plantilla total de 104 personas a dicho momento del tiempo.

Para evitar inconvenientes y restricciones en su elaboración, se resolvió no incluir sus nombres simplemente otorgando un número de Agente desde el nº 1 hasta su última enumeración (nº 104).

Allí debían identificar los Estudios Cursados, el nombre del cargo que ocupa, el detalle de la tarea encargada y la frecuencia de su producción, un interrogante sobre los recursos físicos, tecnológicos e insumos que tiene a su disposición y si los mismos se corresponden con los necesarios para cumplimentar la acción prevista en forma eficiente, sus vínculos con el personal superior y la medida de eficacia que la misma produce en habitualidad, si tiene subordinados a cargo y el grado de relación generada en función al desarrollo de las tareas y su interacción con sus pares en el ámbito laboral.

De un total de 104 personas que componen el personal de trabajo del nosocomio, surge que en su gran mayoría tiene estudios universitarios completos o terciarios ya que la mayor composición se radica entre cuerpo médico y de enfermería frente al resto del personal que se integra entre administrativos y de mantenimiento.

Se identificaron los cargos que ocupan a través de la especialidad médica que ejerce para el caso de los profesionales mientras que en el resto de ellos, por su actividad laboral dentro del Hospital, con el nombre del cargo que ocupa.

Con relación al interrogante sobre si el personal cuenta con los recursos físicos, tecnológicos e insumos necesarios para cumplimentar su labor, se obtuvieron como respuestas, en su gran mayoría, dos específicas en similares proporciones: A que sí se cuenta con ellos en su totalidad y a que no siempre sucede eso destacándose a la falta de materiales de trabajo en tal sentido.

Con respecto a los vínculos con el personal superior, las contestaciones fueron muy contundentes en el sentido de que todos reconocen a cada jerarquía dentro de la organización y que en su mayor cuenta existe un buen grado de relación en esas conjunciones entre ellos y también con sus superiores aunque en este último caso se verificaron algunas quejas sobre que no existía buen diálogo entre superior y su inmediato inferior en el cargo.

En el rubro Observaciones, se permitía un espacio para que pudiera colocar alguna mención cuando entendía que el concepto “pocas veces” o “nunca” cabía en alguna contestación en su relación con el resto del personal o de jerarquía superior o por los insumos de trabajo. De lo relevado, prácticamente ningún dependiente realizó alguna aclaración sobre ellos por lo que primó el “Sin comentarios” a excepción de la falta de materiales.

.....
.....
.....
.....
.....
.....

3. Su superior directo es.....

La relación con su superior, ¿contribuye a la eficiencia en el desarrollo de la tarea?

<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Pocas veces	<input type="checkbox"/> Nunca
----------------------------------	--	--------------------------------------	--------------------------------

Si la respuesta es "pocas veces" o "nunca", puntualice en qué aspectos podría mejorarse para beneficiar el desempeño de la tarea.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. ¿Tiene subordinados a cargo?

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
-----------------------------	-----------------------------

La relación con sus subordinados, ¿contribuye a la eficiencia en el desarrollo de la tarea?

<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Pocas veces	<input type="checkbox"/> Nunca
----------------------------------	--	--------------------------------------	--------------------------------

Si la respuesta es "pocas veces" o "nunca", puntualice en qué aspectos podría mejorarse para beneficiar el desempeño de la tarea.

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. La relación con sus pares, compañeros con los que tiene relación para el desarrollo de la tarea, ¿contribuye a la eficiencia de la misma?

<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Pocas veces	<input type="checkbox"/> Nunca
----------------------------------	--	--------------------------------------	--------------------------------

Si la respuesta es pocas veces” o “nunca”, puntualice en qué aspectos podría mejorarse para beneficiar el desempeño de la tarea.

.....

.....

..

.....

.....

..

.....

.....

..

.....

.....

..

ANEXO 6: LEY PROVINCIAL 11757: ESTATUTO PARA EL PERSONAL DE TRABAJO DE LAS MUNICIPALIDADES DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES:

En materia laboral rige la Ley Provincial 11757 con modificaciones estipuladas en las Leyes 11853 y 12950.

Estatuto para el personal de las Municipalidades de la Provincia de Buenos Aires:

En su articulado se resaltan ciertos aspectos a tener en cuenta:

Art. 3: Requisitos de admisibilidad: Ser argentino nativo, por opción o naturalizado. Por excepción puede admitirse extranjeros con carta de ciudadanía que posean vínculos de consaguinidad en primer grado o de matrimonio con argentinos (mínimo 5 años de residencia). Edad: de 18 a 50 años como máximo. Aprobar el examen preocupacional obligatorio acreditando buena salud y aptitud psíquica adecuada al cargo. Idoneidad para desempeñar el cargo para el ingreso a los planteles técnicos y administrativos y para el personal de maestranza y mantenimiento el ciclo primario

Art. 4: Ingreso: El ingreso a la función pública se realiza por la categoría correspondiente al grado inferior de la clase inicial de cada agrupamiento mediante concurso o procedimiento especial de selección. Permite el ingreso por otras clases cuando el postulante acredite capacidad potencial suficiente para la cobertura de la misma. Los concursos se llevan a cabo de dos maneras:

- a) **generales** en donde participan todos los agentes de la administración pública municipal de planta permanente
- b) **abiertos** en donde pueden participar los postulantes de ámbito público y privado que acrediten las condiciones exigidas

Art. 6: Nombramiento: Facultad del Intendente Municipal o del Presidente del Concejo Deliberante

Art. 7: Período de Prueba: Los nombramientos son provisionales hasta tanto el agente adquiera estabilidad. El derecho se adquiere a los doce meses de no mediar oposición fundada y debidamente notificada por autoridad competente.

Art. 8: Situación de revista: El agente revistarán en situación de actividad cuando presta servicios efectivos, o se encuentre en uso de licencia por enfermedad aún sin goce de haberes. La suspensión mayor a los 15 días coloca al agente en situación de inactividad. Las licencias gremiales relativas a las asociaciones profesionales son de aplicación en este régimen.

Art. 9: Situación de disponibilidad: Puede ser:

- a) Relativa: Situación emergente de la sustitución de funciones o tareas específicas propias del cargo del agente producida por la intervención de una repartición o dependencia como medida preventiva en un sumario administrativo. De carácter transitorio y con un tope de 60 días corridos término que puede ser ampliados por el Departamento Ejecutivo hasta que se

resuelva la situación en los casos en que la persona se hallare procesado judicialmente

- b) Absoluta: Declarada por ley provincial o Decreto del Departamento Ejecutivo cuando se decida la supresión del cargo o en una reestructuración. El tope de la disponibilidad no puede superar los 90 días

Art. 10: Antigüedad: Se establece por el tiempo transcurrido en situación de actividad, disponibilidad relativa o suspensión preventiva en el orden provincial

Art. 12: Plantas de Personal: Se clasifica en:

- 1) Planta Permanente: Integrada por el personal que goza de estabilidad
- 2) Planta Temporal: Comprende: a) Personal temporario, b) Personal reemplazante, c) Personal destajista y d) Personal contratado por locación de servicios
- 3) Otras modalidades: Trabajos por prestaciones, Trabajos por equipos, Extensión extra-laboral de tareas, jornada prolongada (tope máximo 9 horas diarias)

Art. 13: Planta Permanente: Horario: La jornada laboral no puede ser menor a 6 horas diarias y no superar las 9 horas diarias. El Departamento Ejecutivo puede instituir un régimen horario y de francos compensatorios

Art. 14: Planta Permanente: Derechos: Estabilidad, Retribuciones, Compensaciones, Subsidios, Indemnizaciones, Carrera y Capacitación, Licencias y Permisos, Asistencia sanitaria y social, Renuncia, Jubilación, Reincorporación, Agremiación y Asociación, Ropas y útiles de trabajo, Menciones, Retiro voluntario, Pasividad anticipada

Arts. 15 a 17: El Agente adquiere estabilidad que las pierde solamente en los casos previstos por el estatuto. Puede haber pases de agentes a otras reparticiones siempre que no afecte el principio de unidad familiar.

Art. 19: Retribuciones. Clases:

- a) Sueldo: Lo determina el Departamento Ejecutivo para la categoría correspondiente a la clase de agrupamiento en que revista y con los topes de la jornada laboral
- b) Antigüedad: Por cada año transcurrido: 1% del valor de las unidades retributivas asignadas al nivel respectivo. Cada municipio tiene la facultad de incrementar este porcentaje siempre que la situación económica lo permita
- c) Adicional por mérito: Variable y excepcional
- d) Adicional por actividad exclusiva: El agente que se desempeñe en los agrupamientos técnico-profesional cubriendo cargos previstos en el plantel básico con exigencia de actividad exclusiva tienen derecho a una retribución hasta el 30% del sueldo de su categoría
- e) Sueldo Anual Complementario: De ley

- f) **Retribución Especial:** Al momento del cese de servicio de un agente que cuente con una antigüedad mínima de 30 años, se le otorga un importe equivalente a 6 mensualidades que es abonada a los treinta días de la baja
- g) **Adicional por bloque de título:** El agente que sufra inhabilitación legal mediante el bloqueo total del título para su libre actividad profesional puede percibir una retribución hasta el 50% del sueldo de su clase

Art. 21: Horas Suplementarias: Las que excedan de la jornada laboral, son abonadas con un incremento del 50% de las básicas al igual que las del día sábado. Las horas trabajadas en domingos, días no laborables o feriados nacionales son pagadas al 100% de incremento.

Art. 22: Compensaciones: Viáticos (atención de gastos personales que se ocasionan durante su desempeño en una comisión de servicios), Movilidad (traslado), Representación (asignación mensual por la índole de sus funciones)

Art. 23: Subsidios: Por cargas de familia y sus derechohabientes en el caso de gastos de sepelio

Art. 24: Indemnizaciones: Por enfermedad del trabajo y/o accidente sufrido por el hecho o en ocasión del servicio: Rige ley de accidentes a nivel nacional. Por cese en la supresión del cargo y función: Monto: Equivalente a un mes de sueldo por cada año de servicio o fracción mayor de tres meses tomando como base la mejor remuneración mensual, normal y habitual percibida durante el tiempo de prestación de servicios si este fuese menor. Dicha base no podrá ser exceder las 3,5 veces el importe mensual de la retribución correspondiente al básico de la categoría 1 del régimen de 48 horas de la Ley 10430 y no menor a dos meses de sueldo

Arts. 25 y 26: Carrera: La carrera del agente se rige por las disposiciones del escalafón sobre la base del régimen de evaluaciones de aptitudes, antecedentes, capacitación y concursos siendo integradas las juntas de calificaciones con participación sindical

Art. 28: Licencias: Descanso anual, razones de enfermedad o accidentes de trabajo, para estudios y actividades culturales, actividades gremiales, atención de familiar enfermo, duelo familiar, matrimonio, maternidad, pre-examen y examen, día de cumpleaños del agente, asuntos particulares y especiales

Arts. 29 y 30: Vacaciones anuales: Su otorgamiento es obligatorio y tiene derecho cuando haya cumplido un año de antigüedad al 31 de diciembre del año inmediato anterior al de su otorgamiento. Si no alcanzare a completar esa actividad gozará de la licencia en forma proporcional a la actividad registrada siempre que esta no fuere menor de seis meses. Hasta 14 días hábiles (no exceda 5 años de antigüedad), hasta 21 días hábiles (entre 5 a 10 años de antigüedad), hasta 28 días hábiles (entre 10 a 20 años de antigüedad) y hasta 35 días hábiles (más de 20 años de antigüedad)

Arts. 32 a 35: Procedimiento a tener en cuenta para las licencias por enfermedad en cuanto aviso del agente, coberturas y remuneraciones

Art. 36: Licencia especial por capacitación técnica

Art. 38: Licencia especial por participación en actividades deportivas

Art. 39: Licencia para atender a personas integrantes del mismo grupo familiar con un tope de 20 días por año calendario

Art. 40: Licencia con goce de haberes por fallecimiento de familiares: Cónyuge, hijos, hijastros (4 días corridos), madre, padre, hermano, padrastro, madrastra, hermanastro (2 días corridos), abuelos, nietos, suegros (1 día).

Art. 41: Licencia por Matrimonio: 15 días corridos

Arts. 42 y 43: Licencia por Maternidad: 90 días más horario para alimentación y cuidado del hijo en dos horas diarias

Art. 44: Licencia por estudio: Carreras universitarias: Hasta un máximo de 12 días hábiles por año. Enseñanza media: Hasta un máximo de 6 días hábiles.

Art. 45: Licencias particulares: nacimiento de hijo o guarda en adopción personal masculino, examen médico prematrimonial, de índole particular descontado de la licencia anual

Arts. 61 a 87: Régimen Disciplinario: Establece las pautas de las sanciones disciplinarias a regir para cada caso y las cesantías según los casos con la intervención del Departamento Ejecutivo y la actuación sumaria

Art. 92: Planta Temporaria: Personal temporario mensualizado o jornalizado que desarrollan tareas de carácter temporario, eventual o estacional que no pueden ser ejecutados por el personal de planta permanente diferenciándose de este en la forma de la retribución

Art. 94: Destajista: Percibe una retribución establecida en función a la ejecución de una determinada cantidad de trabajo.

Art. 98: Derechos del personal mensualizado, jornalizado o destajista: Retribuciones (sueldo, horas extraordinarias, S.A.C.), Compensaciones, Subsidios, Indemnizaciones, Licencias (descanso anual, enfermedad, atención de familiar enfermo, duelo familiar, matrimonio), agremiación, asistencia sanitaria y social y renuncia

ANEXO 7: MODELO DE ESTRUCTURA ORGANIZATIVA PARA UNA INSTITUCIÓN DE SALUD COMO EL CASO DEL HOSPITAL PÚBLICO MUNICIPAL:

Se presenta como Anexo una propuesta de conformado de una estructura novedosa que parta de contar con un ente hospitalario autónomo, con personería jurídica, con propia acción administrativa, financiera y patrimonial dentro de un proceso descentralizador en el área de salud a nivel municipal y provincial.

Cuerpo Directivo o Consultor del Hospital: Para ello, sería harto útil contar con la definición de un Cuerpo Directivo o Consultor que pueda estar compuesto por el Intendente Municipal, un representante de los profesionales de la salud, un representante de la universidad de la región, un representante de los trabajadores y un representante de la comunidad.

Funciones:

- ✓ Establecer y modificar los estatutos de la Institución como su reglamento interno
- ✓ Aprobar el presupuesto anual y sus adicionales y/o modificaciones
- ✓ Aprobar los planes y programas a desarrollar
- ✓ Adoptar, formular, dirigir y coordinar las políticas sobre prestación de servicios, educación en salud e investigación
- ✓ Controlar el funcionamiento del hospital y evaluar el resultado de sus actividades
- ✓ Adoptar la estructura orgánica y funcional de la institución
- ✓ Autorizar la celebración de contratos y convenios según las pautas establecidas para estos propósitos
- ✓ Responder por el cumplimiento de las normas legales vigentes en materia de vinculación del personal
- ✓ Determinar los servicios a prestar así como las tarifas de los mismos para los casos de los no gratuitos
- ✓ Fijar los días y horas de atención a la comunidad de acuerdo a las necesidades que surjan de la misma

Director del Hospital:

Funciones:

- ✓ Dirigir y coordinar el trabajo de los departamentos mediante la concertación, planeación y control de las actividades intermedias y/o finales
- ✓ Hacer parte activa en el diagnóstico, programación y ejecución y en el pronóstico de las actividades a realizar en la comunidad
- ✓ Dirigir a la evaluación del impacto de la prestación de los servicios de salud que aparezcan asignados a la institución
- ✓ Desarrollar el trabajo del hospital en forma interdisciplinaria a fin de mejorar las condiciones de salud y bienestar de la población
- ✓ Promover, coordinar y asesorar las actividades de control epidemiológico del hospital y de su área de influencia

- ✓ Dirigir la autoevaluación de las actividades del hospital así como el diseño y puesta en marcha de nuevas estrategias para lograr la satisfacción de la comunidad que demanda sus servicios
- ✓ Identificar las áreas de acción para el establecimiento de convenio docentes asistenciales con sus mecanismos de coordinación y control
- ✓ Promover y participar en el desarrollo de investigaciones en salud
- ✓ Crear o dirigir programas de educación en salud para la comunidad vinculada
- ✓ Propender por la consecución oportuna de las dotaciones y suministros así como por su racional utilización
- ✓ Actualizar y asegurar la difusión de los manuales de normas y procedimientos del área a su cargo
- ✓ Promover la participación activa de la comunidad en los programas de fomento y prevención de la salud

Jefatura Departamento de Atención en Salud:

Funciones:

- ✓ Adaptar y dirigir la aplicación de políticas, normas, proyectos, programas y planes de salud en que tome parte el hospital
- ✓ Dirigir el diagnóstico de la situación actual de la salud de la comunidad a su cargo
- ✓ Planear, programar y dirigir las actividades que requiera la comunidad en lo correspondiente al cumplimiento de sus objetivos de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud
- ✓ Establecer el sistema de referencia de los pacientes para lograr la atención integral de la salud en el área de su influencia
- ✓ Observar y seleccionar a las instituciones prestadoras de servicios de salud de otros subsectores que puedan complementar la atención
- ✓ Tomar parte activa en las labores de vigilancia epidemiológica y en la programación docente-asistencial
- ✓ Seguimiento de las historias clínicas
- ✓ Hacer parte activa en la autoevaluación institucional para medir el impacto de las acciones de salud así como para identificar y aplicar las medidas correctivas necesarias
- ✓ Conformar el comité de ética de la institución dirigiéndolo efectivamente

Jefatura Administrativa:

Funciones:

- ✓ Control de adquisiciones y suministros mediante instrumentación de planes conforme a las normas vigentes en la institución
- ✓ Control interno de los procesos
- ✓ Brindar apoyo logístico para el desarrollo de planes, programas y proyectos aprobados por el hospital
- ✓ Proponer el plan de cargos y asignaciones del hospital según las normas emanadas de la Junta Directiva
- ✓ Elaborar el presupuesto anual para el funcionamiento del hospital para ser presentado para la debida aprobación por el Director y la Junta Directiva
- ✓ Llevar el acuerdo mensual de gastos y ejecución de presupuesto al día

- ✓ Evaluar el costo de las actividades intermedias y finales que realice el hospital

Jefatura Departamento Medio Ambiente:

Funciones:

- ✓ Adoptar y dirigir la aplicación de políticas, normas, proyectos, programas y planes para la protección de la salud y el medio ambiente
- ✓ Dirigir el diagnóstico de la situación del consumo y suministro de alimentos y bebidas, de agua potable, de disposición de excretas y basuras y de contaminación del aire
- ✓ Planear, programar y dirigir las actividades que requiera el medio ambiente de la comunidad
- ✓ Dirigir la autoevaluación y medir el impacto por parte de este departamento

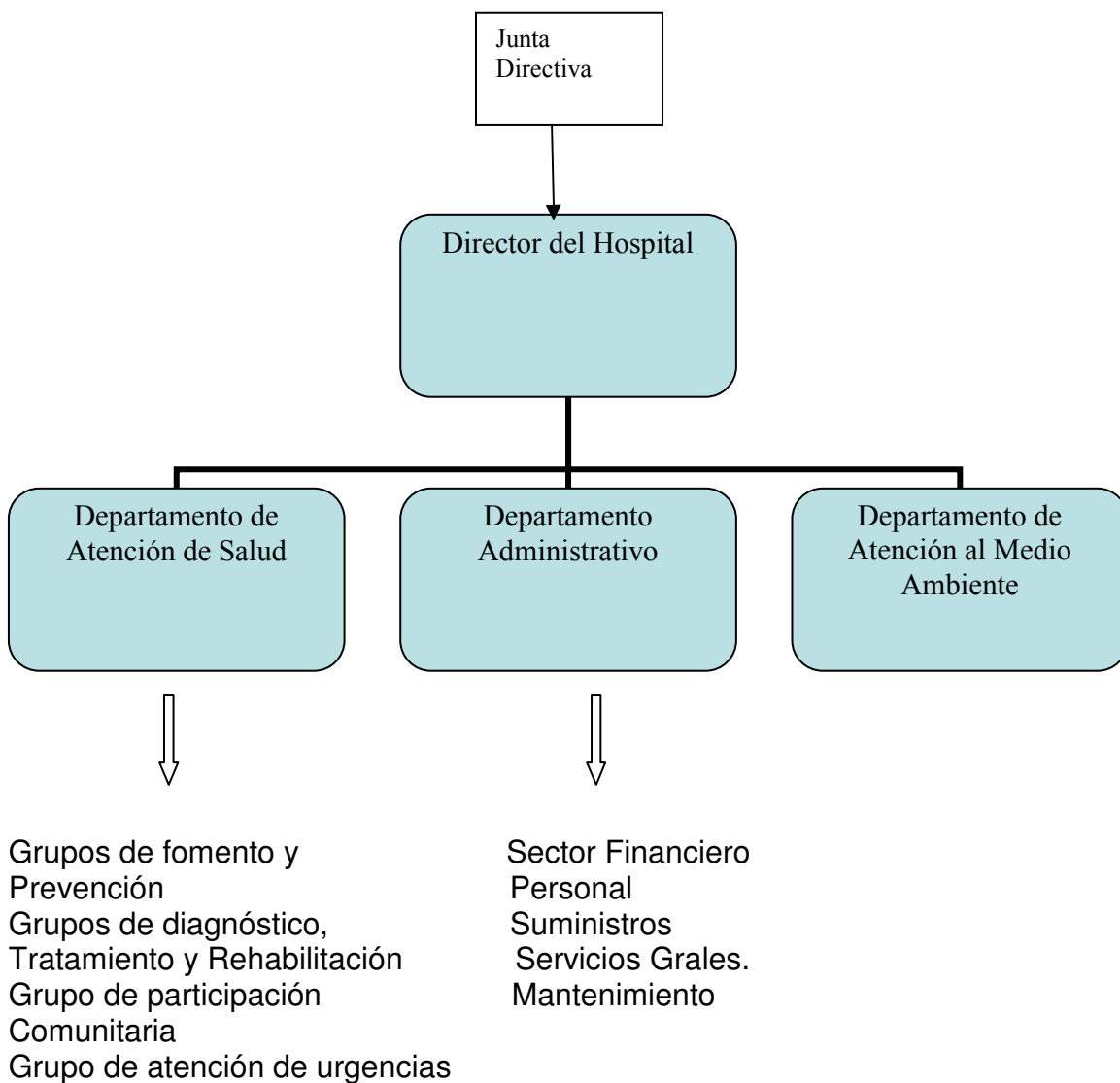


Gráfico: Organigrama de posible implementación en el Hospital

BIBLIOGRAFÍA:

Bibliografía Base:

1. “Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria” Varo, Jaime (1994) Ediciones Díaz de los Santos S.A.
2. “Administración Hospitalaria” Malagón, Gustavo/Londoño, M. D.
3. “Bases del Modelo de la Gestión de la Calidad Total para el Sector Público en la República Argentina para el otorgamiento del Premio Nacional a la Calidad para el Sector Público” (Secretaría Técnica del Premio Nacional a la Calidad-Oficina Nacional de Gestión Pública-Subsecretaría de la Gestión Pública-Secretaría para la Modernización del Estado-Jefatura de Gabinete de Ministros-Presidencia de la Nación). Año 2009
4. “Metodología de la Investigación” Hernández Sampieri, Roberto/Fernández Collado, Carlos/Baptista Lucio, Pilar (1991) Editorial McGraw-Hill
5. “El comportamiento humano en el trabajo. Comportamiento organizacional” Davis, Keith/Newstrom, John W. (1991) Editorial McGraw-Hill
6. “Imágenes de la Organización” Morgan, Gareth (1998). Editorial Alfaomega S.A.
7. “La mente del estratega” Ohmae, Kenichi (1982). Editorial McGraw-Hill
8. “Producción y Operaciones” Adler, Martín Oscar y colaboradores (2004) Ediciones Macchi
9. “Gestión de la complejidad en las organizaciones” Etkin, Jorge (2006). Ediciones Granica S.A.
10. “Como se hace una tesis” Eco, Umberto (2006). Editorial Gedisa S.A.
11. “Diseño de organizaciones. Tensiones y paradoja”: Schvarstein, Leonardo (2000). Editorial Paidós S.A.I.C.F.
12. “La Gestión de los Recursos Humanos. Preparando profesionales para el Siglo XXI” Dolan, Simón L./Cabrera, Ramón Valle/ Jackson, Susan E./Schuler, Randall S. (2003). Editorial McGraw-Hill

Fuentes de consulta primarias:

1. “Calidad de la atención en salud a través de la Auditoría Médica” Piscoya, José (2000). Anales de la Facultad de Medicina Vol. 61 N° 003 Lima (Perú) Pag. 227-240
2. “Gestión de la calidad de los servicios sanitarios. Caso de Autoevaluación según el EFQM” Zardoya-Alegría, Ana Isabel/Guevara-Graterón, Iván Ricardo/García-Bernal, Javier/Marzo-Navarro, Mercedes (2004). Universidad de Zaragoza (España)
3. “Hacia un cambio en el modelo de gestión pública en Argentina: La problemática sanitaria” Rovella, Alicia Susana/Vaisman, Silvio Luis/Adduci, Romina Andrea (2003). Revista Gaceta Laboral Vol. 9 N° 2
4. “Sistema Sanitario y Estado de Bienestar: Todo para todos?” Ortún Rubio, Vicente. Departamento de Economía y Empresa CRES Barcelona (España)

5. "El Financiamiento de los Hospitales Públicos Un análisis de las alternativas para Argentina" Montoya, Silvia/Willington, Manuel (1999) Fundación Mexicana de la Salud
6. "Evaluación de la calidad de la atención médica. Expectativas de los pacientes y de los trabajadores de las unidades médicas" Aguirre, Héctor (1990). Salud Pública de México Vol. 32 N° 002 Cuernavaca (México)
7. "El Sector Salud Argentino: Situación actual y opciones para mejorar su desempeño" Documento del Banco Mundial (2003). Reporte N° 26144-AR
8. "Del control de calidad a la calidad total" Varo, Jaime (1994) Hospital General Universitario Valencia (España)
9. "La calidad de la atención médica" Varo, Jaime (1994) Hospital General Universitario Valencia (España)
10. "Evolución de la calidad percibida por los pacientes en dos hospitales públicos" Mira, José Joaquín/Aranaz, Jesús/Lorenzo, Susana/Rodríguez Marín, Jesús/Moyano, Silvia (2001) Universidad Miguel Hernández San Juan de Alicante (España)
11. "La calidad y la salud pública: Un reto hacia una salud pública basada en la evidencia" March, Joan C./Prieto, María Angeles (2001) Escuela Andaluza de Salud Pública Granada (España)
12. "Orígenes del Partido de Mar Chiquita: Sus pueblos y sus instituciones" Azzanesi, Juan Carlos (h) (2004) Departamento de Publicaciones e Impresos, Dirección de Contabilidad y Servicios Auxiliares, Ministerio de Economía, Gobierno de la Provincia de Buenos Aires
13. "El Modelo Europeo de Gestión de la Calidad Total como Sistema de Gestión Hospitalaria: Experiencia y resultados tras dos años de implantación en un hospital público" Jiménez, Javier/Molina, Pedro/Grandal, Javier/Simón, José/Ruiz, Ulises/Sevilla, Ramón/Amado, Carmen/Facio, Angel/García, Pablo (2003) Complejo Hospitalario Arquitecto Marcide San Pedro Leixa (España)
14. "Satisfacción de los usuarios de 15 hospitales de Hidalgo México" Ortíz Espinosa, Rosa María/Muñoz Juárez, Sergio/Torres Carreño, Erick (2004) Universidad Autónoma del Estado Hidalgo (México) Revista Esp. Salud Pública N° 4
15. "La reforma de la salud y su impacto en los trabajadores del sector: El caso Hospital Nacional de Clínicas de Córdoba (Argentina)" Machado, Ana Lía/Giacone, Marta/Álvarez, Carlos/Carri, Pablo (2007) Medicina Social Vol. 2 N° 4 Córdoba (Argentina)
16. "Ventajas e inconvenientes de los diversos sistemas de costes implantados en los hospitales españoles" Monge Lozano, Pedro (2003) Boletín Económico ICE Revistas ICE España
17. "La participación en la gestión como elemento de satisfacción de los profesionales: Un análisis de la experiencia andaluza" Arriaga Piñeiro, E/De la Torre Fernández Trujillo, E./Alberdi Castell, R.M./Artigas Lelong, B./Moreno Peralta, J/García Mena, J.M. (2003) Revista Enfermería Global N° 3 España

18. "Diseño de un sistema monitoría para el desarrollo de programas de garantía de calidad". Salud Pública Vidal Pineda, L.M./Reyes Zapata (Año 1993) México
19. "Garantía y monitoría de la calidad de la atención médica. Serie Perspectivas en Salud Pública" Donabedian, A. (Año 1989) México: Instituto Nacional de Salud Pública
20. "Sistema simplificado para evaluar el desempeño de centros de salud": BDUSU. Síntesis ejecutiva Ramírez, A./Nájera, P. (Año 1992) México: Instituto Nacional de Salud Pública
21. "Calidad y satisfacción en los servicios hospitalarios esenciales y periféricos" Bigné, E./Moliner, M./Sánchez, J. (Año 1997) España Investigación y Marketing n° 57 Pag. 55-61
22. "Marketing y gestión de servicios. La gestión de los momentos de la verdad y la competencia en los servicios" Gronroos, C. (Año 1994), Edic. Díaz de Santos, Madrid (España)
23. "La Gestión de las organizaciones sanitarias como empresas de servicios" Guilera, E. (Año 1997) España, Gestión Hospitalaria, (Nº 2), Pag. 30-33.
24. "La definición de la calidad: Una exploración conceptual" Donabedian, A. (Año 1996) Nicaragua Pags. 3-39
25. "Todo el poder al cliente" Albretch, Karl Editorial Paidós Barcelona

Fuentes de consulta en general:

Libros:

1. ANSOFF, H.I.; DECLERCK, R.P. y HAYES R.L., *El planeamiento estratégico*, 1991, Editorial Trillas.
2. ANSOFF, H. Igor y MC DONNELL, Edward, *Implanting strategic management*, 1990, Londres, Editorial Prentice Hall.
1. BLEEKE, Joel y ERNST, David, *Colaboración competitiva: Cómo usas alianzas estratégicas en el mercado global*, 1994, Wilmington, USA, Editorial Addison Wesley Iberoamericana S.A.
2. BRAIDOT, Nestor P., *Marketing Total*, 1994, Buenos Aires, Ediciones Macchi.
3. BRUNEAU, Jean Pierre, *Psicoanálisis y empresa*, 1991, Buenos Aires, Editorial Granica.
4. CELA TRULOCK, José Luis, *Calidad: qué es y cómo hacerla*, 1999, España, Editorial Gestión 2000.
5. CLERI, Carlos, *Estrategias Pymes y cooperación interempresaria*, 2000, Buenos Aires, Editorial Coyuntura SAC – Mercado.
6. COVEY, Stephen R. , *Los siete hábitos de la gente altamente efectiva*, 1998, Buenos Aires, Editorial Paidós.
7. CROSBY, PB, *La calidad no cuesta*, 1987, México, Editorial CECOSA.
8. DEAL, Terrence E y KENNEDY, Allan A., *Las empresas como sistemas culturales*, 1985, Buenos Aires, Editorial Sudamericana.
9. DEMING, W.E. *Calidad, productividad y Competitividad. La salida de la crisis*, 1989, Madrid, Editorial Díaz de Santos S.A.

10. DRUCKER, Peter F, *Dirección de instituciones sin fines de lucro*, 1992, Buenos Aires, Editorial El Ateneo.
11. DRUCKER, Peter F, *Las Nuevas Realidades*, cuarta edición 1992, Buenos Aires, Editorial Sudamericana.
12. EGLIER, Pierre y LANGEARD, Eric, *Servucción: El marketing de servicios*, 1989, México, Editorial Mc Graw Hill.
13. ETKIN, Jorge y SCHVARSTEIN, Leonardo, *Identidad de las organizaciones*, 1992, Buenos Aires, Editorial Paidós.
14. FOLGAR, Oscar Francisco, *Aseguramiento de la calidad ISO 9000*, 1997, Buenos Aires, Ediciones Macchi.
15. GRIMA CINTAS, Pedro y TORT MARTORELL, Javier, *Técnicas para la gestión de calidad*, 1995, Madrid, Editorial Díaz de Santos S.A.
16. GUTIERREZ, M., *Calidad total y productividad*, 1997, México, Editorial Mc Graw Hill.
17. HAMEL, Gary y PRAHALAD, C.K., *Compitiendo por el futuro*, 1995, Buenos Aires, Editorial Ariel S.A.
18. HELOUANI, Rubén, *Manual de los costos de la calidad*, 1999, Buenos Aires, Ediciones Macchi.
19. HERMIDA, Jorge A. y RICO, Rubén R. *Marketing para momentos de crisis y recesión*, 1995, Buenos Aires, Ediciones Macchi.
20. HILL, Charles W. y JONES, Gareth R., *Administración Estratégica un enfoque integrado*, 1996, Santa Fe de Bogotá, Editorial Mc Graw Hill.
21. HOROVITZ, Jacques, *La calidad del servicio*, 1991, México, Editorial Mc Graw Hill.
22. HORNGREN, Charles T., *Contabilidad de Costos*, 1998, Mexico, Editorial Prentice Hall.
23. ISHIKAWA, Kaoru, *¿Qué es el control total de calidad?*, 1986, Bogotá, Colombia, Editorial Norma.
24. JAWORSKI, Joseph, *El camino interior hacia el liderazgo*, 1999, Buenos Aires, Paidos Plural.
25. JURAN, J.M. *Planificación para la calidad*, 1990, Madrid, Editorial Díaz de Santos.
26. KAST, Fremont E. Y ROSENZWEIG, James E., *Administración en las organizaciones – Un enfoque de sistemas*, México, Editorial Mc Graw Hill.
27. KURI, Carlos, *Introducción al psicoanálisis*, 1994, Rosario, Ediciones Homo Sapiens.
28. LAPLANCHE, Jean y BERTRAND, Jean, *Diccionario de Psicoanálisis*, 1977, Pontalis, Editorial Labor SA.
29. LAUZEL, P y CIBERT A, *De los ratios al cuadro de mando*, Editorial Casanovas.
30. LORINO, Philippe, *El control de gestión estratégico: la gestión por actividades*, Barcelona, Marcombo Boixareu editores.
31. MARTYNIUK, Claudio E. *Positismo, hermenéutica y teoría de los sistemas*, 1994, Buenos Aires, Editorial Biblos.
32. MINTZBERG, Henry, AHLSTRAND, Bruce y LAMPEL, Joseph, *Safari a la estrategia*, 1999, Buenos Aires, Ediciones Granica S.A.

33. MINTZBERG, Henry, QUINN, James B., *El proceso estratégico*, 1993, México, Editorial Prentice Hall.
34. MORIN, Edgar, *Introducción al pensamiento complejo*, 1995, Barcelona, Editorial GEDISA.
35. PEREL, Vicente L., *Organizaciones neuróticas: de la neurosis a la calidad total*, 1993, Buenos Aires, Ediciones Macchi
36. PORTER, Michael E., *Ventaja Competitiva*, 1988, México, Editorial CECSA.
37. REDRADO, Martín. *Cómo sobrevivir a la globalización*, 2000, Buenos Aires, Pearson Education, Editorial Prentice Hall.
38. RICO, Rubén Roberto, *Calidad estratégica total: Total Quality Management*, 1998, Buenos Aires, Ediciones Macchi.
39. RICO, Rubén R., HERMIDA, Jorge A. e IRACE, Antonio , *Premio Nacional a la calidad – Sector Privado -* , 1994, Buenos Aires, Ediciones Macchi
40. ROMANO YALOUR, Margot y TOBAR, Federico, *¿Cómo hacer tesis y monografías sobre políticas, servicios y sistemas de salud?*, Cuaderno ISALUD N° 2, publicación registrada en el LILACS, Setiembre de 1998, Buenos Aires, Fundación ISALUD.
41. SALLENAVE, Jean Paul, *La gerencia integral*, 1994, Bogotá, Colombia, Editorial Norma.
42. SENGE, Peter M. *La quinta disciplina*, 1993, Barcelona, España, Editorial Granica.
43. SERRA, Roberto y KASTIKA, Eduardo, *Re-estructurando empresas*, 1994, Buenos Aires, Ediciones Macchi.
44. SERRANO, Manuel M. y SOLER, Miquel S. (coordinadores). *Comunicación y lenguaje*, Tratado de Psicología general N°6, 1991, Madrid, Editorial Alhambra Longman S.A.
45. SCHÖNE, Kay O., *Organización empresarial en entornos caóticos: descentralización y adaptación evolutiva del pensamiento estratégico a través de unidades estratégicas de aprendizaje*, 1994, Madrid, Universidad Pontificia Comillas.
46. TOFFLER, Alvin, *El cambio del poder*, 1995, Barcelona, Plaza & Janes Editores.
47. TREGOE, BB y ZIMMERMAN JW, *Estrategia de Alta Gerencia: su naturaleza y aplicación*, 1984, Editorial Interamericana.
48. WALTON, Mary, *Como administrar con el método Deming*, 1988, Bogotá, Editorial Norma S.A.
49. WILENSKY, Alberto L., *Marketing estratégico*, 1988 , Buenos Aires, Editorial Tesis.
50. ZEITHAML, Valerie A. , *Calidad total en gestión de servicios*, Madrid, Editorial Díaz de Santos S.A.

Artículos:

1. ALONSO, Aldo H. "Acuerdos de cooperación entre empresas", Revista Alta Gerencia N° 28, página 251.

2. ARANGUREN, Edmundo “Evaluación de calidad de la atención médica” – Capítulos 1 y 15 - Material brindado en el taller “Gestión de calidad en el hospital público”, Universidad Favaloro, 1999.
3. AYOROA, Jorge “Los proveedores internos. Un enfoque positivo”, Revista Alta Gerencia N° 47, página 35.
4. BERRY, Leonard L.y ZEITHAML, Valerie A. “Expectativa del cliente cuando compra servicios”, Revista Alta Gerencia N° 14 , página 133.
5. BLANCO, Sergio. “La auditoría de la calidad: herramienta fundamental del gerenciamiento estratégico”. Material brindado en la asignatura “Administración estratégica”, Universidad Favaloro, 1999.
6. BRAIDOT, Nestor P. “El marketing de fin de siglo: la venta relacional”, Revista Alta Gerencia N° 45, página 85.
7. BRODIE, Rod y COVIELLO, Nicole, “Understanding contemporary marketing: developing a classification scheme”. Material brindado en el seminario “ Nuevas Tendencias en el marketing”, Universidad Torcuato Di Tella, Noviembre de 2000
8. CARR, Lawrence P. “Aplicación del costo de la calidad en un negocio de servicios”, Revista Alta Gerencia N° 28, página 241.
9. CASTRO, Luis Mario. “Ayer, hoy y mañana del TQ: Competitividad, cambio y calidad organizacional”, publicación del Congreso Internacional de Calidad, Buenos Aires, Argentina, Abril de 1997.
- 10.C.P.C.E.P.B.A. (Consejo Profesional de Ciencias Económicas de la Provincia de Buenos Aires), “El gasto social en Argentina”, Informe económico de coyuntura N° 75, Febrero de 2000.
- 11.COSTA, Ernesto “Costos basados en actividades” , Facultad de Ciencias Económicas y Sociales Universidad Nacional de Mar del Plata, 2000.
- 12.COSTA, Ernesto H y FOUTEL, Mariana. “Reflexiones acerca del pensamiento estratégico en entornos caóticos”, Publicación del VII Congreso Latinoamericano de Estrategia, Sao Leopoldo, Brasil, Agosto de 1995.
- 13.CHASE, Richard B. “Ponga a punto las operaciones en su empresa de servicio”, Revista Alta Gerencia N° 3, página 181.
- 14.CHASE, Richard B. “Servicios inmunes a las fallas”, Revista Alta Gerencia N° 34, página 239.
- 15.D’ ANNUNZIO, María C. “Puntos críticos a considerar de las alianzas organizacionales”, Revista Alta Gerencia N° 53 , página 67.
- 16.DONABEDIAN, Avedis, “Evaluación de la calidad de la atención médica”, The Milbank Memorial Fund Quarterly, 1966, Material brindado por Universidad Favaloro, 1999.
- 17.ECHEVERRIA, Rafael “La primacía del cliente. Aproximaciones a la calidad y al marketing”, Revista Alta Gerencia N° 11 , página 349.
- 18.FERRARI, María Cristina y TOJO, Marta Rosa. “Aprender a escuchar la voz del cliente: Metodología eficaz para revitalizar una organización de salud”, XII Congreso Nacional de Profesionales en Ciencias Económicas, Córdoba, Octubre de 1998.

- 19.FERRARI, María Cristina. Material brindado en la asignatura “Calidad Institucional”, Universidad Favaloro, 1999.
- 20.FERRARI, María Cristina. “El liderazgo transformador” , capítulo 43, material brindado en el Taller de Liderazgo, Universidad Favaloro, 1999
- 21.FERRARI, María Cristina. “Planificación y gestión estratégica: la matriz de impacto” publicado en el Buenos Aires Económico BAE el 12 de julio de 2001.
- 22.FERRARI, Nestor D y LAMATTINA de FERRARI, M “Gestión de la calidad. Normas ISO serie 9000”, Revista Alta Gerencia N° 21, página 171.
- 23.FILIPPO, Emilse C. Y NAVOS, Oscar T. “Calidad total en servicios. Medición de la gestión”, Revista Alta Gerencia N° 19, página 19.
- 24.FOURNIER, Susan, DOBSCHA, Susan y MICK, David, G. “Preventing the premature death of relationship marketing”, Harvard Business Review, Enero – Febrero 1998, página 42.
- 25.FRESCO, Juan Carlos “La calidad como posicionamiento estratégico de resultado”, Revista Alta Gerencia N° 34, página 263.
- 26.GEISHECKER, Mary Lee, “Tecnología para el ABC: Nuevos desarrollos sirven de soporte para el sistema de costos basado en la actividad”, Revista Gestión, V2 N° 3, Mayo-Junio 1997, página 54 .
- 27.GÓMEZ, Giovanni E., “ABC: El sistema de costos basado en las actividades”, Gestipolis.com
- 28.IRIGOYEN, Horacio A. “¿Cómo dar servicio y mejorar la rentabilidad?”, Revista Alta Gerencia N° 59, página 21.
- 29.KUME, Hitoshi y LLAURO, Roberto A.“Gestión de calidad total. Organización y conducción”, Revista Alta Gerencia N° 24, página 435.
- 30.LATIMER, Michael F; “El abanico de los costos”, Revista Gestión, V6 N° 6, Noviembre-Diciembre 2001, página 25.
- 31.MAJERSKY, Andrés R. “Control total de calidad. El rol de la alta gerencia”, Revista Alta Gerencia N° 12, página 519.
- 32.MARTEAU, Silvia A. Y PEREGO, Luis, H. “Modelo del Costo Basado en la Actividad aplicado a consultas por trazadores de enfermedades cardiovasculares”, setiembre de 2000, www.insp.mx/salud/index.html
- 33.PAGANINI, José María, material brindado en el Taller de Tesis, Universidad Favaloro, 1999
- 34.PAPPALARDO, Cristina y POLINO, María Rosa “Aplicación de la cadena de valor en salud”, Revista Alta Gerencia N° 56, página 63.
- 35.PASSARELLO, Espedito, “Calidad total y auditoría en Servicios de salud”, Capítulo 27 - Material brindado en el taller “Gestión de calidad en el hospital público”, Universidad Favaloro, 1999.
- 36.PELS, Jaqueline, “El marketing de relaciones”. Material brindado en el seminario “Nuevas Tendencias en el marketing”, Universidad Torcuato Di Tella, Noviembre de 2000.
- 37.PEPPERS, Don y ROGERS, Martha, “The one to one future”. Material brindado en el seminario “ Nuevas Tendencias en el marketing”, Universidad Torcuato Di Tella, Noviembre de 2000

- 38.RENNER, Mónica J. “El compromiso de la alta dirección. La calidad y el plan”, Revista Alta Gerencia N° 34, página 279.
- 39.REZZONICO, Ricardo A.J., “Medición de la calidad de la atención médica”, Capítulo 26 - Material brindado en el taller “Gestión de calidad en el hospital público”, Universidad Favaloro, 1999.
- 40.RIBES PONS, Angel, “Etica, excelencia y calidad total”, Deusto Business Review, N° 84, página 48.
- 41.RIBES PONS, Angel, “La antropología de la misión”, Deusto Business Review, N° 97, página 48.
- 42.RIBES PONS, Angel, “La cultura de la empresa: cómo actuar en ella y desde ella”, Deusto Business Review, N° 79, página 42.
- 43.RICO, Rubén R. “Calidad total en servicios”, Revista Alta Gerencia N° 2 , página 81.
- 44.RICO, Rubén R. “Gerenciamiento de la calidad por resultados”, Revista Alta Gerencia N° 6, página 431.
- 45.SAEZ TORRECILLA, A “Cuestiones polémicas del modelo ABC” Revista Costos y Gestión Tomo III N° 12
- 46.SCHMEICHEL, Nora, “Satisfacción del cliente”, Cuadernos de Actualización Empresarial-Mercado.Editorial Coyuntura SAC
- 47.SHANK , John ; “Con el foco en el mercado”, Revista Gestión, V5 N° 3, Mayo-Junio 2000, página 34
- 48.SHARMAN, P. “ Costeo basado en la actividad ABC”, Revista Costos y Gestión, Tomo III, N° 10
- 49.SHEPS, Mindel C., “Métodos para evaluar la calidad de la atención hospitalaria”, Public Health Reports, 1955, Material brindado por Universidad Favaloro, 1999.
- 50.SHOCRON BENMUYAL, León E. “Gestión de la economía depresiva”, Alta Gerencia de Revista Mercado, Diciembre de 2001 (versión on line).
- 51.STEFFEN, Grant E., “ Quality medical care: a definition” Special Communication, JAMA July 1988 , volumen 260 número 1.
- 52.Suplemento 12 Serie ISO 9000.
- 53.TOMÉ, R. “ABC El costeo por actividades”. Revista Costos y Gestión Tomo I, N° 2
- 54.TOTAL QUALITY CONSULTING GROUP. “Excelencia en atención al cliente” – Manual del participante preparado para Ciba.
- 55.WARE, John E. “How to survey patient satisfaction. Research methodology”, Drug Intelligence and Clinical Pharmacy, volumen 15, Noviembre 1981.
- 56.Web sites varios: www.clarin.com, www.elconsultor.com, www.sectorsalud.com, www.isalud.com, www.competir.com, páginas del Ministerio de Salud y de Economía de la Nación y diversos artículos cuyo acceso fue obtenido a través del buscador www.google.com.