



ESPECIALIZACIÓN EN ADMINISTRACIÓN HOSPITALARIA

Trabajo Final Integrador

“Disminución de la presión de la demanda no urgente en el servicio de emergencia de un Hospital Público. Aplicación al caso del Hospital Wenceslao Gallardo de Palpalá, Provincia de Jujuy.

Alumno: Víctor Guido Tupayachi Muñoz.

Promoción: 2007

**Buenos Aires,
Diciembre 2008**

Índice

Resumen Ejecutivo.....	3
Introducción.....	4
Problema.....	8
Objetivos.....	14
Desarrollo.....	15
Conclusiones.....	22
Bibliografía	23
Anexos.....	24

1. Resumen ejecutivo:

El objetivo de este proyecto apunta a contribuir con la mejora de la calidad de la atención en el hospital Wenceslao Gallardo, a través de la disminución de la excesiva presión de demanda de consultas no urgentes en el servicio de emergencias. Como objetivos específicos propone desarrollar e implementar un plan anual operativo de los servicios clínicos, acorde con las necesidades y demanda de atención de la población y desarrollar e implementar la reingeniería del proceso de la atención ambulatoria, que mejore su calidad y la eficiencia.

Resultados esperados:

Al finalizar el proyecto habrá de existir:

Un plan anual de actividades implementado

Un nuevo proceso de atención ambulatoria implementado

Beneficiarios:

Beneficiario o población objeto: los niveles de conducción y operativos de los servicios médicos del hospital

Beneficiario o población final: la población atendida en el hospital de referencia.

Responsable del proyecto:

Dirección del hospital.

Necesidades de financiamiento:

No requiere recursos extras a los recursos propios del presupuesto hospitalario.

Conclusiones generales :

Se trata de un proyecto sociosanitario de alto impacto en la calidad de la atención del Hospital. Por medio del desarrollo e implementación de la intervención propuesta habrá de alcanzarse una mejora de la calidad de la atención en el hospital Wenceslao Gallardo, disminuyendo la presión de la demanda de consultas no urgentes en el servicio de emergencias, con una mayor satisfacción de los pacientes y un mejor registro de la información clínica. Todo sin aumentar el presupuesto hospitalario.

2. Introducción.

2.1 Características de la organización en la que se desarrolla el proyecto: Contexto del Hospital

▪ Demografía de Jujuy y Palpalá:

La población de la Provincia de Jujuy está compuesta, de acuerdo al último censo, por 611.888 habitantes, distribuida en forma heterogénea como consecuencia de la complejidad de su relieve y rigurosidad del clima de parte de su territorio.

De ello resulta una gran concentración en los departamentos Capital, San Pedro, Ledesma, El Carmen y Palpalá, observándose una sensible disminución en el resto del territorio, llegándose al límite en la región denominada Puna, que se caracteriza por su aridez y su clima frío y seco con una población escasa y muy dispersa.

El departamento Palpalá, lugar donde se desarrolla este estudio pertenece al Área Programática IV Zona Sanitaria B. Cuenta con una población total de 48.199 habitantes en una superficie de 467 Km² con una densidad de población de 103,2 hab./Km².

Algunos datos demográficos de Palpalá:

- Entre el censo de 1991 y el 2001 la población sufrió una variación relativa del 10,7% en más de habitantes.
- Posee 10.654 hogares de los cuales el 90% corresponden a casas, un 1,3% a departamentos y el 8,7% restante lo constituyen ranchos, casillas, piezas en inquilinato u hotel, locales en construcción, etc.
- Se encuentra un promedio de 5 habitantes por casa, 4 habitantes por departamento y 4 habitantes por hogar en el resto.
- En general la población de Palpalá tiene un promedio de 4,5 habitantes por hogar.
- De los 48.199 habitantes el 0,09% (43 habitantes) se encuentran en instituciones colectivas.
- La Provincia de Jujuy posee el 54,2% de habitantes sin cobertura social y/o, plan de salud, es decir que más de la mitad de la población debe recurrir a la asistencia de la salud pública.

▪ Zonas sanitarias jujeñas:

Las características geográficas y geopolítica de la Provincia, permiten delimitar con precisión cuatro zonas, cada una de las cuales, reúnen condiciones similares en los aspectos geográficos (accesibilidad, accidentes geográficos, clima, condiciones socioculturales, medios de comunicación, etc.)

Cada una de estas zonas tiene características propias que se reflejan del mismo modo en el sector salud, es decir que la complejidad de servicios, la integración de recursos, etc. son diferentes para cada una de ellas. Por este motivo se las denominó zonas sanitarias.

- **Áreas programáticas:**

A efectos de una organización operativa dinámica que permita la integración de los servicios de salud a la comunidad sobre la base de sus características socio-culturales, geográficas y estructuras sanitarias existentes se dividió a la provincia en áreas programáticas.

Un área programática implica una delimitación geográfica con límites precisos en el cual tiene influencia un establecimiento sanitario, el mismo tiene la responsabilidad de ejecutar todas las acciones de salud programadas.

En cada área programática, existen establecimientos de baja complejidad, denominados puestos o centros de salud que dependen del hospital cabecera o base referenciales, en donde se realizan las atenciones programadas o no (red de salud).

El área programática IV al que pertenece el departamento Palpalá cuenta con 13 puestos de salud distribuidos estratégicamente según la densidad de población con que cuenta .

2.2 El Hospital Wenceslao Gallardo.

El Hospital Wenceslao Gallardo fue construido en el año 1981; respondiendo a una necesidad de los trabajadores de Altos Hornos Zapla funcionando como un Centro Asistencial para la atención exclusiva de sus trabajadores; de un nivel III de complejidad; la población que cubría el mismo era de 16000 personas (los trabajadores y su grupo familiar).

Con las privatizaciones se transforma en una Cooperativa administrada por los ex trabajadores del Centro Asistencial hasta la 22/07/1999 fecha en que pasa a depender del Ministerio de Bienestar Social de la Provincia (hoy Ministerio de Salud) transformándose en un Hospital Público de Autogestión.

El recurso humano con el que actualmente cuenta el mismo se formó por la unificación de la Unidad Sanitaria dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia, existente en ese momento, y de la Cooperativa de Trabajo de la Salud, integrada por ex-trabajadores de A.H.Z. y OSFAMI (obra social de fabricaciones militares).

A este recurso humano se le sumó un tercer grupo que en su mayoría ingresaban por primera vez a la administración pública.

La finalidad de su creación obedeció a una creciente demanda de la población que luego de la privatización de Altos Hornos Zapla, se sumergió en una fuerte crisis social y económica originada fundamentalmente por la pérdida de la más importante, sino la principal, fuente laboral.

El Hospital Wenceslao Gallardo, ubicado en la ciudad de Palpalá brinda los siguientes servicios:

a) Atención de consultorio externo de:

- Clínica médica
- Pediatría
- Ginecología
- O.R.L
- Cardiología
- Psicología
- Dermatología
- Oftalmología
- Medicina Laboral y Preventiva

b) Servicio de emergencias con guardia de Clínica Médica, Pediatría y Ginecología.

c) Internación en cuidados básicos

El Hospital Wenceslao Gallardo es un hospital de agudos de nivel 1, que no cuenta con quirófano ni servicio de neonatología, por lo que, cualquier paciente con patología requiera de una mayor complejidad es derivada al Hospital Pablo Soria o al Hospital de Niños, para su tratamiento e internación.

El Hospital Wenceslao Gallardo dirige administra y organiza puestos de salud estratégicamente ubicados.

Sus recursos económicos provienen esencialmente de Rentas Provinciales. El hospital genera además ingresos propios, en menor proporción aunque de forma creciente, a través de facturación a terceros pagadores como obras sociales y programas nacionales como el "Plan Nacer".

2.3 Justificación

El presente proyecto se justifica en la necesidad de mejorar la calidad de la atención médica ambulatoria, la cual en un 65% es resuelta en el servicio de emergencias, donde concurren y son asistidos un alto porcentaje de pacientes (55%) que no presentan cuadros clínicos de urgencia, mientras que en los consultorios externos del hospital se asiste el restante 35% de las consultas programadas y espontáneas, de un modo funcional a las necesidades de los profesionales, pero de un modo disfuncional a las necesidades de la población.

Es importante recalcar que el hospital Wenceslao Gallardo se encuentra inscripto en el registro de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD), un modelo regido por legislación nacional (DECRETO 939/2000 PODER EJECUTIVO NACIONAL, adjunta como anexo 1), donde en el Artículo 7, inciso g) se expresa: - El HOSPITAL PUBLICO DE GESTION DESCENTRALIZADA guiará su accionar a través de los siguientes lineamientos.... "*Extender los horarios de atención, brindando asistencia ambulatoria y programada ente las 8:00 y las 20:00 horas*". Por lo tanto, en la actualidad no se cumple con la normativa, amén de que no se da

respuesta a las necesidades de la población, cuya demanda de accesibilidad y equidad en los servicios preferentes debe ser garantizada por el Estado. Máxime cuando además la misión explícita del hospital es la de brindar y garantizar, tanto al paciente con cobertura formal como al que no la tiene, una prestación equitativa y de calidad, acorde a sus necesidades, tanto en la consulta como en todas las demás prestaciones.

Finalmente, el funcionamiento arriba mencionado trae como consecuencia que los paciente, que para acceder a la consulta muchas veces debe ausentarse a sus obligaciones diarias (trabajo, escuela), al no poder acceder a más de un profesional por día, en caso de ser derivado a un especialista debe regresar nuevamente a solicitar turno.

3. Problema

3.1 Descripción del problema

El hospital, hasta el año 2001 ofrecía atención en consultorio externo en dos turnos: mañana y tarde, lo cual constituía un factor de accesibilidad que generaba una percepción positiva por parte de la comunidad de Palpalá.

A partir de ese momento las autoridades de turno dispusieron, en concordancia con las necesidades de los prestadores, que la atención médica en un 95 5% se realizara por la mañana, concentrándose así la atención al paciente en pocas horas de la mañana. Razón por la cual fue incrementándose la demanda insatisfecha, aunque esta descripción es una percepción no registrada y ponderada.

Es importante recordar que para la fecha mencionada, el hospital dejó de ser un servicio de salud para los empleados de A.H.Z -16000-, para comenzar a asistir a toda la población del departamento Palpalá)

Como consecuencia lógica de las decisiones tomadas, progresivamente, la demanda que no encontraba respuesta en la consulta ambulatoria del área de consultorios externos fue autoderivándose al servicio de emergencias, dónde sí hallaban respuesta a pesar de no ser consultas de urgencia. Esto es, la falta de acceso a la consulta externa no urgente a través del consultorio externo desarrolló en la población la actitud de obtener el servicio requerido a través del servicio de urgencias, donde los pacientes encuentran “fácil acceso” especialmente por la tarde.

Lo cual lleva a desvirtuar la misión del servicio de urgencias, para convertirse en un poli consultorio, donde, con la oferta de un médico clínico, un pediatra y un ginecólogo en régimen de guardia de 24 hs, se resuelve el 65% de todas las consultas ambulatorias; de las cuales un 55% no son estrictamente de urgencia. Nuevamente surgen las largas esperas y nuevas quejas pero esta vez en la guardia.

Por lo tanto la definición del problema es: exceso de presión de demanda en el consultorio del servicio de emergencias, de pacientes con cuadros clínicos no urgentes, como resultado de la demanda insatisfecha en el área de consulta ambulatoria externa.

3.2 Análisis de la causas del problema:

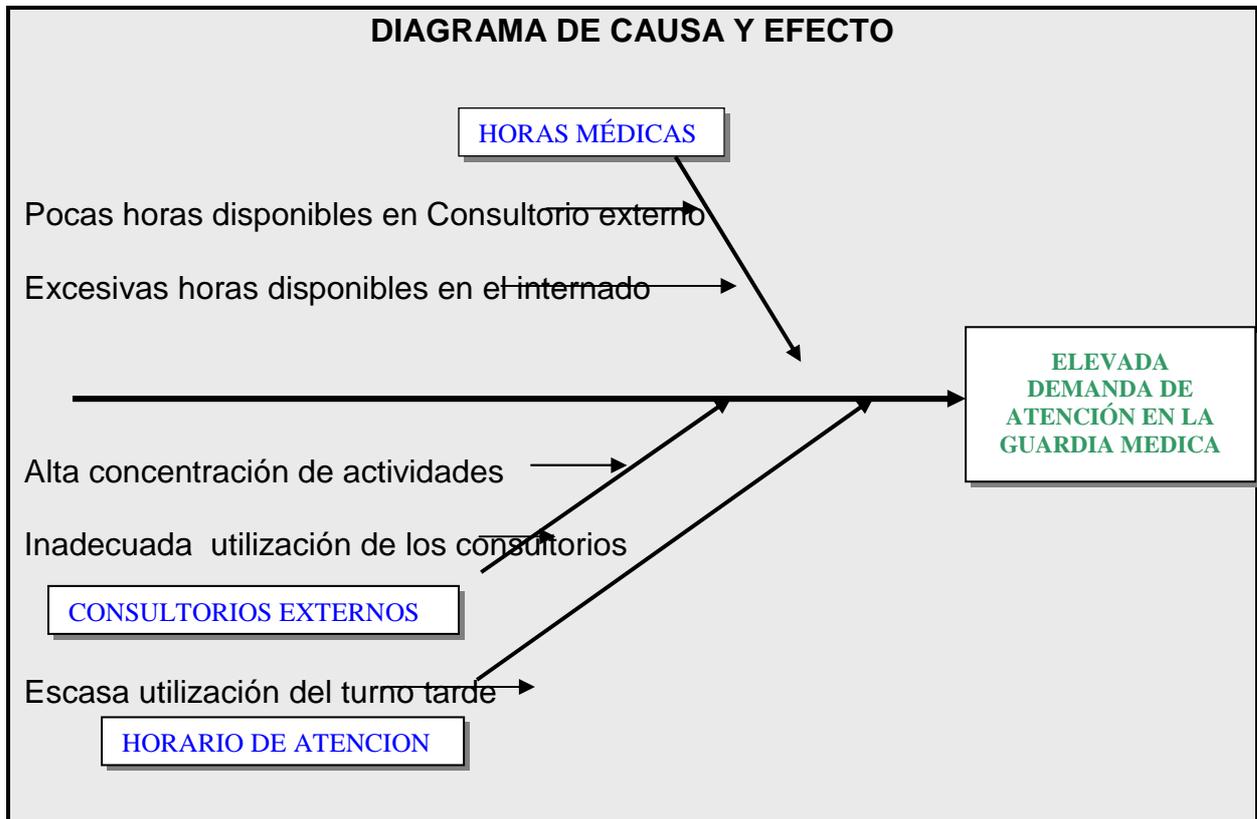
No existen como causa del problema ni la cantidad ni la calidad del recurso humano profesional (el hospital cuenta con 18 profesionales médicos de 32 hs semanales en promedio cada uno), así como tampoco de la infraestructura (El hospital cuenta con 16 consultorios para la atención ambulatoria) e insumos. Solamente existen como causas del problema:

- 1) La falta de un plan anual operativo de los servicios clínicos implicados, acorde con las necesidades y demanda de atención de la población.
- 2) El deficiente diseño y gestión del proceso de la atención ambulatoria.

Como consecuencia de ello puede identificarse:

- Pocas horas disponibles para la atención de consultorio

- Concentración de las especialidades en un mismo horario
- Falta de atención por la tarde
- Incumplimiento de horario de los profesionales
- Suspensión de las consultas por “ausencia sin aviso”



Se identifican las siguientes causas del problema:

1) Falta de un plan anual operativo de los servicios clínicos implicados acorde con las necesidades y demanda de atención de la población

Esta deficiencia conduce a:

- Excesivas horas dispuestas para el internado (Revista de sala, evolución diaria de pacientes, ateneos, jefatura)
- Pocas horas disponibles para la atención en consultorio externo (baja oferta de turnos)

2) Excesivas horas dispuestas para actividad en el internado (Revista de sala, evolución diaria de pacientes, ateneos, jefatura)

De las horas destinadas a la atención de pacientes internados, y considerando el indicador del Promedio diario de pacientes días por especialidad, resulta:
Producción y Rendimiento de horas profesionales disponibles para la evolución diaria del paciente internado por servicio

Periodo Enero-Abril del 2005
Tabla N° 1

SERVICIO	RRHH	Horas Semanales	Promedio de Horas por día	Promedio diario de pacientes días	Minutos por pacientes
Clínica Médica	6	30	6	11,4	31,6
Tocoginecología	6	35	7	5,0	84
Pediatría	6	31	6,2	4,4	84,5
TOTAL	12	96	19,2	20,8	55,4

Fuente: Servicio de Estadísticas Hospital Wenceslao Gallardo – año 2005

La lectura de la tabla N° 1 demuestra que el tiempo de atención al paciente internado por especialidad es 32 minutos en clínica medica, 84 minutos en el servicio de tocoginecología y 84,5 minutos para pediatría. Teniendo en cuenta que el Hospital Wenceslao Gallardo es un hospital de agudos de nivel 2, que no cuenta con quirófano ni servicio de neonatología, y que cualquier patología que necesita de una mayor complejidad es derivada al Hospital Pablo Soria o al Hospital de Niños, para su tratamiento e internación, el tiempo destinado a esta actividad resulta excesivo ya que por ejemplo el servicio de tocoginecología atiende únicamente partos, siendo el médico de guardia el encargado de cumplir esta función diariamente, no se realiza por parte del servicio de pediatría pase de sala al R.N. y las revistas de sala no están programadas para efectuarlas en forma diaria en los servicios de clínica ni pediatría. Los fines de semana el único profesional por especialidad es el médico de guardia por lo que tampoco se realiza la atención de estos pacientes, salvo en caso de que tenga indicados controles por parte del profesional a cargo, en este caso es el médico de guardia el encargado de controlarlo o que exista alguna complicación del paciente. Las indicaciones quedan realizadas los días viernes para el fin de semana.

Distribución Semanal de horas dispuestas para las actividades del internado por Especialidad
Tabla N° 2

SERVICIO	TOTAL HORAS	HORAS SEMANALES			
		Atención del Paciente	Revista de Sala	Ateneo	Jefatura
Clínica Médica	53	30	11	10	2
Tocoginecología	53	35	0	14	4
Pediatría	44	31	0	8	5
TOTAL	150	96	11	32	11

Fuente: Servicio de Estadísticas Hospital Wenceslao Gallardo – año 2005

La reasignación de las horas destinadas al paciente internado teniendo en cuenta la evidencia estadística permitiría aumentar la oferta en consultorio externo al tiempo que podría aumentarse el tiempo de atención ambulatorio.

Las horas destinadas a actividad científica o docencia, el hospital no cuenta con ningún registro ni programas de ateneos, por lo que las horas destinadas a tal fin no se justifican mientras no se cree el comité correspondiente.

Distribución Semanal de Consultas y Horas Médicas por Servicio
Consultorio Externo

TABLA Nº 3

SERVICIO	HORAS ACTUALES	OFERTA DE CONSULTAS SEMANAL	Promedio de consultas por hora	Minutos por consulta	Calidad de atención
Clínica Médica	44	264	5,5-6,0	10-11	Baja
Tocoginecología	22	132			
Pediatría	35	210			
TOTAL	101	606			

Fuente: Servicio de Estadísticas Hospital Wenceslao Gallardo

Las horas destinadas a consultorio externo, considerando una oferta de 606 consultas semanales; para las 3 especialidades es de 101 horas, de ello resulta un tiempo de atención por paciente de 10 a 11 minutos. Debido a que el plantel profesional hace caso omiso al registro de 1ra. vez y ulterior ,no puede realizarse la discriminación de las mismas.

Los estándares de atención ambulatorio oscilan entre 15 a 20 minutos, de ello se desprende en este caso que el profesional dispone de poco tiempo para el paciente.

3) Deficiente diseño y gestión del proceso de la atención ambulatoria

Como consecuencia se observa:

- Pocas horas disponibles para la atención de consultorio
- Concentración de las especialidades en un mismo horario
- Escasa atención médica por la tarde
- Incumplimiento de horario de los profesionales
- Suspensión de las consultas por “ausencia sin aviso”

Distribución Horaria de atención por día y especialidad en consultorio externo
Tabla N° 4

horario		6	7	8	9	10	11	13	14
DIA		6,3	7,3	8,3	9,3	10,3		13,3	
Lun	Clínica	2		2					1
	Tocoginecología			4					
	Pediatría			1	1				
Mar.	Clínica			3				1	
	Tocoginecología			2					
	Pediatría			1	2				
Mie	Clínica	1	1	1				1	
	Tocoginecología			3					
	Pediatría			2					
Jue	Clínica	1		2					1
	Tocoginecología			2					
	Pediatría			2	1				
Vie	Clínica		1	4					
	Tocoginecología			3					
	Pediatría			2	1				
TOTAL		4	2	34	5			2	2

Fuente: Servicio de Estadística- Hospital Wenceslao Gallardo – año 2005

La tabla N° 4 refleja la situación planteada. En la misma puede observarse la gran concentración de oferta en el horario de las 8 de la mañana, lo que a su vez genera una falta relativa de espacio físico.

Como se puede apreciar la mayor oferta de consultas y horas se produce en el horario de las ocho. Debido a esta situación la cantidad de consultorios disponibles se ve saturado. Esto hace que la permanencia de cada profesional en el consultorio se vea acotada, y en consecuencia no se pueda trabajar con planilla abierta, ya que deben desocupar el espacio para permitir el ingreso de otro profesional.

Esta concentración horaria también genera mala calidad de atención en el personal de enfermería que presta apoyo en el sector de consultorios externos, encargado de tomar signos vitales y controlar al paciente, ya que se ve sobrecargado de trabajo en este horario pico de atención.

En el turno vespertino casi no existe oferta de consulta ya que funciona un solo consultorio, a primera hora de la tarde con solo una especialidad.

Finalmente, tanto el incumplimiento de horario de los profesionales como la suspensión de las consultas por “ausencia sin aviso” son una clara expresión de la falta de gestión de los jefes de los servicios clínicos involucrados.

3.3 Análisis de los involucrados:

Se ha realizado entrevistas personales con los involucrados recabándose lo siguiente:

Los pacientes: son quienes expresan mayor insatisfacción, a través de reclamos en el libro de quejas, por cuanto no encuentran respuesta a sus problemas y por la incomodidad que significa acceder a la atención médica en un entorno no adecuado (el del servicio de emergencias).

Los profesional que brindan la atención en la Guardia: son los que reciben el mayor impacto de este problema luego de la propia comunidad por cuanto deben resolver todas las consultas que no son satisfechas en los distintos sectores responsables de dicha función.

Servicio de apoyo: el personal de enfermería de la guardia y auxiliares de enfermería en consultorio externo se ven sobrecargados por el escaso tiempo para realizar los controles

Servicio de estadística: es la primera instancia de los continuos reclamos de la gente.

4. Objetivos

Objetivo general

Contribuir con la mejora de la calidad de la atención en el hospital Wenceslao Gallardo, a través de la disminución de la excesiva presión de demanda de consultas no urgentes en el servicio de emergencias.

Objetivos específicos

- 1) Desarrollar e implementar un plan anual operativo de los servicios clínicos, acorde con las necesidades y demanda de atención de la población.
- 2) Desarrollar e implementar la reingeniería del proceso de la atención ambulatoria, que mejore su calidad y la eficiencia.

5. Desarrollo: Análisis estratégico. Matriz FODA.

FORTALEZAS	DEBILIDADES
<p>Recursos humanos médicos adecuados en cantidad y calidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Clínica Médica: 6 médicos • Tocoginecología: 6 médicos • Pediatría: 5 médicos • Dermatología: 1médico • O. R. L.: 1 médicos • Oftalmología: 2 médicos • Cardiología: 1 médicos • Medicina Laboral y Preventiva: 2 médicos <p>Recursos físicos adecuados en cantidad y calidad 16 Consultorios bien equipados</p> <p>Firme voluntad política de la dirección para el cambio</p>	<p>Falta de compromiso de los profesionales médicos con la misión de la organización en su conjunto.</p>
AMENAZAS	OPORTUNIDADES
<p>Costumbres arraigadas de la población y resistencia al cambio de profesionales.</p>	<p>Voluntad política institucional y apoyo de la comunidad.</p>

5.1. Actividades previstas para dar cumplimiento a los objetivos propuestos:

- **Actividades correspondientes al objetivo1:** Desarrollar e implementar un plan anual operativo de los servicios clínicos, acorde con las necesidades y demanda de atención de la población.
 - a) **Reasignar horas disponibles para la atención de pacientes en el internado y otras actividades de Clínica Médica, Tocoginecología y Pediatría, sobre la base de la producción de cada uno de estos servicios.**

Propuesta de redistribución horaria considerando el promedio diario de pacientes días por especialidad

Tabla N° 5

SERVICIO	Promedio diario de pacientes días	Minutos por paciente propuesto	Horas diarias propuesto	Horas actuales	Horas propuestas semanales	Horas recuperadas	% reducción horas
Clínica Medica	11,3	20	4	30	20	10	36,3%
Tocoginecología	5	20	2	35	10	15	42,8%
Pediatría	4,4	20	2	31	10	21	67,7%
Total	20,7	60	36	89	40	46	51,7%

La reasignación de las horas destinadas a paciente internado teniendo en cuenta la evidencia estadística permitirá recuperar 46 hs. médico, pudiendo de esta manera ser destinadas a aumentar la oferta en consultorio externo al tiempo que podría aumentarse el tiempo de atención ambulatorio.

En lo que se refiere a las horas destinadas a actividad científica o docencia, el hospital no cuenta con ningún registro ni programas de ateneos, por lo que las 32 horas destinadas a tal podrían, hasta tanto se cree el comité correspondiente, ser acotadas en un 50% produciéndose de este modo el mismo efecto que la situación planteada anteriormente. La recuperación de estas horas permitiría aumentar las horas destinadas a la atención en consultorio externo (Tabla 6)

Incremento porcentual de horas recuperadas propuestas para consultorio externo

Tabla N° 6

	Horas actuales de Consultorio Externo	Horas recuperadas en actividad Científica (50%)	Horas recuperadas De atención a pacientes internados	Horas reasignadas a Cons. Ext. (total)	% de incremento
Clínica Medica	44	5	10	59	25,4%
Tocoginecología	22	7	15	44	50,0%
Pediatría	35	4	21	50	30,0%
Total	101	16	46	153	34,0%

b) Incrementar los turnos disponibles en las especialidades de Clínica Médica, Tocoginecología y Pediatría.

Considerando las 606 consultas semanales de las tres especialidades, las 101 horas destinadas a Consultorio externo, y un tiempo asignado actualmente de 10 minutos por paciente (6 pacientes por hora), la redistribución horaria permitiría concluir en las siguientes dos 2 alternativas:

Incremento de consultas propuestas sobre la base a las horas recuperadas del internado para consultorio externo

Tabla N° 7

	situación actual	Alternativa 1		Alternativa 2	
Horas de Consultorio Externo	101	153		153	
Minutos por consulta	10-11	10		15	
Pacientes por hora	6	6		4	
Consultas por semana	606	918	34 %	612	1,0 %

c) Redistribuir las horas de atención en consultorio externo y ampliación del horario de atención, turno mañana y tarde.

Esta redistribución de horas en consultorio debe contemplar los siguientes aspectos:

- Readecuar la oferta de consultorio de modo tal de lograr la máxima utilización de los mismos
- Ampliar el horario de atención entre las 8,00 hs. y las 18,00 hs. tratando de cumplir con las normas establecidas para el funcionamiento del hospital de autogestión

La propuesta es la siguiente:

Distribución de Especialidades según horario de Inicio de Atención
propuesta
Hospital Wenceslao Gallardo

TABLA N ° 8

TURNO		MAÑANA									TARDE				
DIAS	HS.	7,30	8,30	9,30	10.3	11	12	13	14	15	16	17	18		
		7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18		
LUN	C M		2		1				2						
	TOC		1		1					2					
	PED			1						1					
MAR	C M		1		1				2						
	TOC			1						1					
	PED		1		1					1					
MIE	C M		1		1				2						
	TOC		1		1					1					
	PED			1						1					
JUE	C M		1		1				2						
	TOC			1						1					
	PED		1		1					1					
VIE	C M		2		1				2						
	TOC		1		1					1					
	PED		1		1					1					
TOT.		13	4	11				10	11						
%		26,5	8,2	22,4				20,4	22,4						

Actividades, metas y responsables

ACCIONES	INDICADORES	METAS	RESPONSABLE
Incrementar las horas de atención en Consultorio Externo de Clínica Médica Tocoginecología y Pediatría.	% de Horas Incrementadas	Clínica Médica: 20 % Tocoginecología: 50 % Pediatría: 30 %	Jefe de Consultorio Externo
Incrementar los turnos disponibles en las especialidades de Clínica Médica, Tocoginecología y Pediatría.	% de Consultas Incrementadas	Lograr un incremento del 30 %	Jefe de Consultorio Externo
Redistribución de las horas de atención asignadas		Lograr cubrir el 70% a la mañana y el 30% a la tarde	Jefe de Consultorio Externo
Ampliación del horario de atención		De 8,00 a 12 Hs. y de 14 a 18 Hs.	Jefe de Consultorio Externo
Reasignación de las horas disponibles para la atención de los pacientes en el internado y otras actividades de los Servicios de Clínica Médica, Tocoginecología y Pediatría		Reducir sobre el total de las horas asignadas en el internado un 50 % y mas	Jefe de Consultorio Externo

5.2 Actividades correspondientes al objetivo 2: Desarrollar e implementar la reingeniería del proceso de la atención ambulatoria, que mejore su calidad y la eficiencia.

En el desarrollo e implementación de la reingeniería del proceso de atención ambulatoria se considerarán las siguientes actividades:

- 1) Designar un responsable del proceso de reingeniería (un directivo del máximo nivel de conducción)
- 2) Diseñar el proceso
 - Establecer metas para los resultados esperados
 - Impulsar una amplia participación de los recursos humanos involucrados
 - Utilizar una metodología específica y probada
- 3) Implementar el nuevo proceso
- 4) Evaluar la implementación del proceso

En el diseño e implementación del proceso es clave:

Establecer metas para los resultados esperados:

Dado que la reingeniería deberá mejorar los resultados del proceso, es necesario definir, en forma de indicadores, los resultados de las actividades de los procesos o áreas involucradas en el rediseño, que servirán de base para establecer las metas que se esperan obtener a partir de la reingeniería. Estas metas servirán luego para evaluar la eficacia del proceso de reingeniería. Es importante establecer metas de desempeño desafiantes para asegurar suficiente ánimo, aunque no deben ser visualizadas como utópicas.

Impulsar una amplia participación de los recursos humanos involucrados:

- Escuchar la voz de los trabajadores de su unidad funcional
- Explorar proactivamente y continuamente los pensamientos de los trabajadores de su unidad funcional acerca de las tareas que desarrollan
- Canalizar los conocimientos y sentimientos de los trabajadores de su unidad funcional en propuestas viables, alineadas con la misión y visión de la organización

Está demostrado que quien participa en el diseño de una actividad se involucra más en su realización. Un insumo esencial en el proceso de compromiso del personal es el manejo adecuado de la comunicación. En este sentido es conveniente reemplazar “memorándums” por medios que “consumen más tiempo” pero que permiten la retroalimentación de los trabajadores.

Utilizar una metodología específica y probada:

- Análisis de las actividades comprendidas dentro de los procesos sometidos a reingeniería
- Realización de actividades de benchmarking
- Establecer qué actividades pueden incorporar el soporte informático
- Determinar qué actividades pueden automatizarse
- Evaluar y encuadrar cada actividad analizada, en alguno de los siguientes tres criterios posibles: Eliminable (Aquella actividad que si se dejara de hacer no afectaría al buen funcionamiento del circuito), Substituible(Aquella actividad que podría tener alternativas más eficientes para su ejecución, variando el contenido del puesto, los apoyos y medios), Racionalizable(Aquella actividad que, aún

teniendo que ser realizada por el puesto que la está realizando, se podría hacer de otra manera disminuyendo complejidad y pérdida de recursos)

- Elaborar un diagrama de flujo con las nuevas actividades
- Establecer indicadores de resultado del proceso sometido a reingeniería referidos a Calidad, satisfacción del usuario y productividad, tiempo, costos

Como parte importante del proceso de reingeniería, además de los objetivos específicos de mejora propuestos, incluirá cuatro productos esenciales en relación al proceso en cuestión:

- Encuesta sistemática de satisfacción de los pacientes
 - Registro de la demanda insatisfecha
 - Registro de las consultas de primera vez
 - Digitalización de los diagnósticos
-
- La implementación y evaluación del nuevo proceso se realizará en seis (6) meses.

6. Conclusiones

Por medio del desarrollo e implementación del presente proyecto social de intervención habrá de alcanzarse una mejora de la calidad de la atención en el hospital Wenceslao Gallardo, disminuyendo la presión de la demanda de consultas no urgentes en el servicio de emergencias, con una mayor satisfacción de los pacientes y un mejor registro de la información clínica. Todo sin aumentar el presupuesto hospitalario.

Generar este tipo de acciones, encuadradas desde una perspectiva estratégica de la gestión sanitaria resulta clave para garantizar la accesibilidad de los servicios de salud a la población y contribuir a la equidad.

7. Bibliografía:

- Alles, Martha Alicia. *Dirección Estratégica de Recursos Humanos*. Buenos Aires, Granica, 2002
- Asenjo, M. A.; Bohgas, L. y Trilla, A. *Gestión Diaria del Hospital*. Masson. Barcelona. 1998.
- Bartoli, Annie. *Comunicación y Organización. La Organización Comunicante y la Comunicación Organizada*. Barcelona, Paidós, 1992
- Cuervo, J.L; Varela, J; Belenes, R.: *Gestión de Hospitales. Nuevos Instrumentos y Tendencias*, Barcelona, Vicens Vivens, 1994.
- D`aste, Patricia. *Gestión de la Comunicación Interna en las Organizaciones*. Apuntes de Cátedra 2006
- Daccordi, Horacio A. y Dalmazzo, Roberto A. *Manual de Gerenciamiento en Empresas de Salud*. Proa XXI. Buenos Aires. 2004.
- Dever, Alan. *La Epidemiología y la administración de servicios de salud*, OPS, OMS, 1991.
- Drucker, Peter F.: *La gerencia: tareas, responsabilidades y prácticas*. 8º ed. El Ateneo, Bs As, 2002.
- Durán, Antonio: *Políticas y Sistemas Sanitarios*. EASP, Granada, 2004.
- Errasti, F.: *Principios de Gestión Sanitaria*, Madrid, Díaz de Santos, 1997.
- Ginestral, Jaime: *La gestión en las reformas sanitarias en Europa. Innovación en la Gestión Sanitaria*. AES, Ed. Isalud, 1998.
- Góngora, Norberto; Spadafora; Santiago: *Gestión del cambio y nuevo modelo de hospital*. Mayo 2007.
- Hayes, Nick. *Dirección de Equipos de Trabajo. Una herramienta Estratégica para el Éxito*. Madrid, Thomston, 2002.
- Margerison, Charles y McCann, Dick. *Administración en equipo*. Buenos Aires Macchi, 1993
- Margerison, Charles y McCann, Dick. *Administración en equipo*. Buenos Aires Macchi, 1993
- Mintzberg, H.: *La estructuración de las organizaciones*. Ariel, Barcelona, 1988.
- Mintzberg, H.; Quinn, J. *El Proceso estratégico*. Editorial Prentice Hall Hispanoamericana. Méjico. 1998.
- OPS/OMS: *Consulta regional de las Américas sobre Evaluación del Desempeño de los Sistemas de Salud*, 2001.
- OPS/OMS: *Funciones Esenciales de Salud Pública*. Año 2000.
- OPS: *La Transformación de la Gestión de los Hospitales en América Latina y El Caribe*, Washington, OPS, 2000
- Spadafora, Santiago Gerardo: *Características funcionales básicas de las organizaciones sociales*. Buenos Aires, año 2007
- Spadafora, Santiago Gerardo: *Desarrollo de Estrategias*. Buenos Aires, año
- Spadafora, Santiago Gerardo: *Diagnóstico y evaluación organizacional*. Buenos Aires, año 2006.
- Spadafora, Santiago Gerardo: *Estructura organizacional de los servicios sanitarios*. Buenos Aires, julio 2007.
- Spadafora, Santiago Gerardo: *Gestión de pacientes*. Buenos Aires, octubre 2007

- Spadafora, Santiago Gerardo: Guía para la formulación y evaluación de proyectos de inversión. Buenos Aires, abril 2006
- Spadafora, Santiago Gerardo: Introducción a la gestión de organizaciones proveedoras de servicios de Salud. Material Educativo Módulo 1 Diplomado en Administración Hospitalaria. Ediciones Isalud. Buenos Aires, abril 2007.
- Spadafora, Santiago Gerardo: Los procesos en las organizaciones proveedoras de servicios de salud. Buenos Aires, junio 2007.
- Spadafora, Santiago Gerardo: Planificación en Salud. Buenos Aires, año 2006
- Spadafora, Santiago Gerardo: Redes de Servicios de Salud, Buenos Aires, año 2006.
- Spadafora, Santiago Gerardo: Reingeniería de procesos en Hospitales. Buenos Aires, julio 2007
- Spadafora, Santiago Gerardo: Salud y Sistemas de Salud. Material Educativo Módulo 1 Diplomado en Administración Hospitalaria. Ediciones Isalud. Buenos Aires, abril 2007.
- Spadafora, Santiago: El hospital en los Sistemas de Salud. Descentralización. Año 2006
- Suárez, Francisco M.: Para entender la organización. Enoikos, año IV, nº11, pág. 16.
- Varo, Jaime: Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Díaz de Santos, Madrid, 1994

8. Anexos:

Anexo 1

DECRETO 939/2000 PODER EJECUTIVO NACIONAL (PEN)

Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD). Creación, objetivos y funcionamiento. Derogación del dec. 578/93.
Sanción: 19/10/2000; Boletín Oficial 24/10/2000

VISTO el expediente N° 2002-8260/00-3 del registro del MINISTERIO DE SALUD, los Decretos N°9 de fecha 7 de enero de 1993 de Libre Elección de Obras Sociales, N°578 de fecha 1° de abril de 1993 del Régimen del Hospital Público de Autogestión y N°455 de fecha 8 de junio de 2000 del Marco Estratégico-Político para la Salud de los Argentinos, y

CONSIDERANDO:

Que resulta necesario avanzar en la implementación de las Políticas Sustantivas e Instrumentales fijadas por el Gobierno Nacional para la transformación, el desarrollo y fortalecimiento del Sector Salud.

Que, asimismo, se deben adecuar las disposiciones contenidas en el Decreto 578/93 frente al Marco Estratégico-Político que rige el Sector Salud, en el cual se fija, como propósito central, la efectiva aplicación y materialización del Derecho a la Salud, satisfaciendo las necesidades de la comunidad a partir de los principios de equidad, solidaridad y sustentabilidad de las acciones encaradas.

Que luego de transcurridos SIETE (7) años de la implementación del Régimen del Hospital Público de Autogestión se han observado una serie de dificultades que es necesario corregir.

Que el accionar del Gobierno Nacional se basa en el profundo respeto a la autonomía provincial y municipal en materia de salud.

Que la estrategia de la atención primaria de la salud y el sistema de médicos de cabecera deberán ser parte integrante de los sistemas de servicios de salud y tendrán como objetivo final tender hacia una reorganización de los mismos, de modo que el Hospital Público pueda hacer una asignación más adecuada y un uso más eficiente de sus recursos, destinándolos a las acciones de atención de la salud de primer, segundo y tercer nivel.

Que la DIRECCION GENERAL DE ASUNTOS JURIDICOS del MINISTERIO DE SALUD ha tomado la intervención de su competencia.

Que la presente medida se dicta en uso de las facultades conferidas por el artículo 99, inciso 1 de la CONSTITUCION NACIONAL.

Por ello,

**EL PRESIDENTE
DE LA NACION ARGENTINA**

DECRETA:

Artículo 1° - - Créase el REGIMEN DE HOSPITALES PUBLICOS DE GESTION DESCENTRALIZADA (HPGD).

Art. 2° - Serán objetivos del presente régimen los siguientes:

- a) Promover acciones tendientes a incrementar los presupuestos hospitalarios a través de los ingresos obtenidos por el cobro de las prestaciones efectuadas a beneficiarios de otros subsistemas de salud.
- b) Fomentar una gestión eficiente y racional de la salud.
- c) Mejorar los actuales niveles de accesibilidad de la población sin cobertura.
- d) Respetar las particularidades regionales y locales de los establecimientos bajo el sostenimiento y consolidación de una concepción federal de la salud.
- e) Aumentar el compromiso del personal con el establecimiento a partir de la distribución de un porcentaje de los ingresos obtenidos como resultado de la actividad de cobranza de la facturación presentada.

Art. 3° - A tal efecto se establece en el ámbito de la SECRETARIA DE ATENCION SANITARIA del MINISTERIO DE SALUD el REGISTRO NACIONAL DE HOSPITALES PUBLICOS DE GESTION DESCENTRALIZADA (RNHPGD), que reemplazará al REGISTRO NACIONAL DE HOSPITALES PUBLICOS DE AUTOGESTION creado por el Decreto N°578/93.

Art. 4° - Las distintas jurisdicciones (nacional, provincial y/o municipal) podrán inscribir en dicho Registro todos los hospitales públicos de su dependencia que cumplan con la presente normativa. Asimismo, podrán hacerlo por sí las instituciones descentralizadas que cuenten con personería jurídica.

Art. 5° - Los HOSPITALES PUBLICOS DE GESTION DESCENTRALIZADA deberán garantizar la gratuidad del acceso a la atención de la salud, eliminando todo tipo de arancelamiento por la utilización de los servicios que brinda a la población.

Art. 6° - El HOSPITAL PUBLICO DE GESTION DESCENTRALIZADA actuará de acuerdo con las normas vigentes en la jurisdicción a la que pertenezca y con las facultades legales que le asigne la autoridad competente en el marco de dichas normas.

Art. 7° - El HOSPITAL PUBLICO DE GESTION DESCENTRALIZADA guiará su accionar a través de los siguientes lineamientos:

- a) Garantizar la máxima cobertura posible, de acuerdo con su nivel de complejidad, a la población no cubierta por los restantes subsistemas de atención de la salud.
- b) Orientar un cambio del modelo de Atención de la Salud en todos sus niveles en el Marco Estratégico-Político para la Salud de los Argentinos, de acuerdo con lo establecido en el Decreto N°455/00.
- c) Promover el desarrollo de la figura del médico de cabecera o de familia.
- d) Mejorar progresivamente los niveles de calidad a partir del cumplimiento de normas de calidad.
- e) Participación comunitaria en el control de la accesibilidad y la calidad de atención brindada a la población.

Art. 8° - El HOSPITAL PUBLICO DE GESTION DESCENTRALIZADA podrá:

- a) Realizar convenios, a través de la autoridad jurisdiccional correspondiente, o por sí en caso de poseer personería jurídica, con entidades de la seguridad social comprendidas en la Ley N° 23.660 y sus modificatorias, en relación con las prestaciones que las mismas están obligadas a brindar a sus beneficiarios.
- b) Cobrar a terceros pagadores los servicios que brinde a usuarios de obras sociales, mutuales, empresas de medicina prepaga, de seguros de accidentes, de medicina laboral u otras similares dentro de los límites de la cobertura oportunamente contratada por el usuario y de acuerdo a las obligaciones en materia prestacional que fije la normativa vigente.
- c) Complementar los servicios prestacionales que brinda a la población, a través de la integración de redes de servicios de salud con otros establecimientos

asistenciales públicos y/o privados, debidamente habilitados por autoridad competente.

d) Disponer sobre la ejecución del presupuesto y sobre los recursos generados por el propio hospital de acuerdo al marco normativo de su propia jurisdicción.

Art. 9°- El HOSPITAL PUBLICO DE GESTION DESCENTRALIZADA estará sujeto a las siguientes obligaciones:

a) Cumplir con los requisitos básicos que establezca el PROGRAMA NACIONAL DE GARANTIA DE CALIDAD DE LA ATENCION MEDICA.

b) Contar con habilitación y categorización por la autoridad competente en la jurisdicción.

c) Elaborar y elevar a la autoridad jurisdiccional, para su aprobación, el programa anual operativo y el cálculo de gastos y recursos.

d) Contar con manuales de funcionamiento y normas y procedimientos técnicos y administrativos acordes a su nivel de complejidad y perfil asistencial.

e) Ejercer la administración de personal, en el marco de las políticas y normativas jurisdiccionales vigentes.

f) Contar con su propio reglamento interno y constituir comisiones y/o comités técnicos asesores.

g) Extender los horarios de atención, brindando asistencia ambulatoria y programada ente las 8:00 y las 20:00 horas.

Art. 10. - La Dirección del establecimiento deberá contar con personal con capacitación y experiencia en administración sanitaria. Deberá integrar a representantes comunitarios, bajo la forma de Consejos Locales de Salud, para cumplimentar lo expresado en el artículo 7°, inciso e) del presente. En los establecimientos de mediana y alta complejidad deberá contarse con un Consejo Asesor Técnico-Administrativo. La autoridad jurisdiccional competente fijará la composición, funciones, atribuciones y obligaciones tanto de la dirección como de los consejos que la integran.

Art. 11. - El HOSPITAL PUBLICO DE GESTION DESCENTRALIZADA continuará recibiendo las transferencias presupuestarias del ámbito jurisdiccional correspondiente, a las que se agregarán los recursos generados a partir de la puesta en marcha del presente Régimen.

Art. 12. - El HOSPITAL PUBLICO DE GESTION DESCENTRALIZADA no podrá destinar al proceso administrativo de la facturación, en cualquiera de sus instancias, un monto que comprometa el adecuado financiamiento de las actividades hospitalarias.

Art. 13. - Los ingresos que perciba el HOSPITAL PUBLICO DE GESTION DESCENTRALIZADA en concepto de prestaciones facturadas a terceros pagadores serán administrados directamente por él mismo, debiendo establecer la autoridad jurisdiccional el porcentaje a distribuir entre:

a) Un Fondo de Redistribución Solidaria que deberá privilegiar, al momento de la asignación de los recursos, el desarrollo de acciones y/o programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que tomen como referencia lo establecido en el Decreto N°455/00.

b) Un Fondo para Inversiones, Funcionamiento y Mantenimiento del hospital administrado por las autoridades del establecimiento.

c) Un Fondo para Distribución mensual entre todo el personal del hospital sin distinción de categorías y funciones, de acuerdo con las pautas y en los porcentajes que la autoridad jurisdiccional determine en base a criterios de productividad y eficiencia del establecimiento.

Art. 14. - El Fondo de Redistribución Solidaria deberá privilegiar al momento de la asignación de los recursos el desarrollo de acciones y/o programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, todo ello sobre la base de la atención primaria de la salud y la estrategia de médicos de cabecera. La base geográfica del servicio deberá fundamentarse en el concepto de área programa.

Art. 15. - Los agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD podrán convenir la atención de sus beneficiarios libremente con los HOSPITALES PUBLICOS DE GESTION DESCENTRALIZADA. Cuando no exista convenio previo el HOSPITAL PUBLICO DE GESTION DESCENTRALIZADA podrá facturar al agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD las prestaciones que brinde, de acuerdo a los valores que fije el MINISTERIO DE SALUD.

Art. 16. - Los agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD a que hace referencia el artículo 1° del Decreto N°9/93 están obligados a pagar, según el sistema automático establecido en el mismo, las prestaciones que sus beneficiarios demanden a los Hospitales Públicos que cumplan con lo prescrito en la presente norma.

Art. 17. - Los agentes del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD están obligados a saldar el pago de lo facturado por el HOSPITAL PUBLICO DE GESTION DESCENTRALIZADA dentro de los SESENTA (60) días corridos de presentada la facturación mensual.

Art. 18. - Vencido dicho plazo y de no mediar acuerdo entre las partes, el HOSPITAL PUBLICO DE GESTION DESCENTRALIZADA podrá reclamar el pago a la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD, la que procederá automáticamente al débito de lo facturado de la cuenta del agente del Sistema Nacional del Seguro de Salud correspondiente y al pago de la misma dentro de los QUINCE (15) días hábiles de efectuada dicha retención. En el caso de discrepancias en los montos de la facturación entre el HOSPITAL PUBLICO DE GESTION DESCENTRALIZADA y el agente del SISTEMA NACIONAL DEL SEGURO DE SALUD, la SUPERINTENDENCIA DE SERVICIOS DE SALUD elevará su opinión al MINISTERIO DE SALUD, cuya decisión será definitiva.

Art. 19. - El MINISTERIO DE SALUD podrá:

a) De común acuerdo con la autoridad jurisdiccional respectiva, incluir en el REGISTRO NACIONAL DE HOSPITALES PUBLICOS DE GESTION DESCENTRALIZADA a los establecimientos asistenciales que no cumplieran en su totalidad con las condiciones previstas en el presente, acordando para ello un Programa de transición y reforma, bajo monitoreo conjunto, que así lo justifique.

b) Brindar asistencia técnica y financiera a través de programas específicos para el desarrollo del HOSPITAL PUBLICO DE GESTION DESCENTRALIZADA, así como para la formación y capacitación del recurso humano. Asimismo, orientará los programas de asistencia financiera multilateral, al fortalecimiento y desarrollo del modelo propuesto.

Art. 20. - El MINISTERIO DE SALUD será la Autoridad de Aplicación del presente Decreto, quedando facultado para dictar todas las normas aclaratorias, interpretativas o complementarias que hagan al mejor cumplimiento del mismo.

Art. 21. - Derógase el Decreto N°578/93.

Art. 22. - Comuníquese, publíquese, dése a la Dirección Nacional del Registro Oficial y Archívese.