

UNIVERSIDAD

DEL

ACONCAGUA

FACULTAD DE CIENCIAS

SOCIALES Y

ADMINISTRATIVAS

“MAESTRÍA EN GERENCIAMIENTO

DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD”

Tesis de Maestría en
Gerenciamiento de Sistemas y Servicios de Salud

**“PRODUCCIÓN Y RENDIMIENTO EN UN HOSPITAL
PEDIÁTRICO”**

De alta complejidad

Descentralizado

De autogestión

Maestrando: Dra .María Estela Grzona

Directora de tesis : Dra. María Eugenia Cibeira de Totera

Mendoza, agosto de 2.001

Hoja de Evaluación

INDICE:

	Página N°
<i>AGRADECIMIENTOS</i>	7
<i>INTRODUCCIÓN</i>	8
I. <i>CAPÍTULO 1</i>	10
I.1. <u>TÍTULO</u>	10
I.2. <u>PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</u>	10
I.3. <u>PROPOSICIÓN</u>	10
II. <i>CAPÍTULO 2</i>	11
II.1. <u>JUSTIFICACIÓN</u>	11
II.2. <u>OBJETIVOS</u>	12
III <i>CAPÍTULO 3</i>	13
III.1. <u>FUENTES DE INFORMACIÓN</u>	13
III.1.1. DESCENTRALIZACIÓN Y AUTOGESTIÓN	13
III.1.1.1. Funciones de Hospital público autárquico	17
III.1.1.2. Fiscalización	19
III.1.1.3. Fondo del Hospital	20
III.1.1.4. Indicadores de autogestión	25
III. <i>CAPÍTULO 4</i>	27
IV.1. <u>HOSPITAL PEDIÁTRICO DR.HUMBERTO NOTTI</u>	27

IV.1.1.DESCRIPCIÓN	27
V. <i>CAPÍTULO 5</i>	38
V.1. <u>LOS MÉDICOS EN EL HOSPITAL H. NOTTI</u>	38
V.1.1. SITUACIÓN ACTUAL	38
V.1.2. MODELO DE ACTA ACUERDO	45
V.1.3. SANCIONES	45
V.1.4.DESARROLLO DEL PERSONAL PROFESIONAL	46
VI. <i>CAPÍTULO 6</i>	48
VI.1.<u>MOTIVACIÓN</u>	48
VI.1.1.DINÁMICA DE LA MOTIVACIÓN	48
VI.1.2.MOTIVACIÓN E INCENTIVACIÓN	49
VI.1.3.TEORÍA SOBRE LA MOTIVACIÓN	49
VI.1.3.1.TEORÍAS DE CONTENIDO	50
VI.1.3.1.1.Jerarquía de las necesidades – Maslow	50
VI.1.3.1.2.Satisfacciones- Insatisfacciones- Herzberg	51
VI.1.3.1.3.Motivación de logro- Mc. Clelland	52
VI.1.3.2.TEORÍAS DE PROCESO	52
VI.1.3.2.1.Expectativas	53
♦ Supuestos	53
♦ Variables	54

♦ Implicancias gerenciales	55
VI.1.3.2.2.Equidad	56
♦ Supuestos	56
♦ Modelo de equidad	56
♦ Consecuencias de la inequidad	58
♦ Implicancias gerenciales	59
VII. <i>CAPÍTULO 7</i>	60
VII.1. <u>METODOLOGÍA</u>	60
VII.1.1.TIPO DE DISEÑO	60
VII.1.2.DISEÑO DEL OBJETO	60
VII.1.3.VARIABLES	61
VII.1.4.TIPO Y FUENTES DE DATOS	69
VIII. <i>CAPÍTULO 8</i>	70
VIII.1. <u>DESARROLLO</u>	70
IX. <i>CAPÍTULO 9</i>	84
IX.1. <u>CONCLUSIÓN</u>	84
IX.1.1.REFLEXIÓN FINAL	86
<i>BIBLIOGRAFÍA</i>	88

AGRADECIMIENTOS

A mi Directora de tesis, Dra. María Eugenia Cibeira de Toterá por su apoyo y colaboración permanente.

Al Sr. Decano de la Facultad de Ciencias Sociales y Administrativas, Dr. Farrés Cavagnaro por su aliento y ayuda .

Y por último, a mi familia.

INTRODUCCIÓN

Hace varias décadas, los gobiernos de todos los países miembros de la O.M.S., movidos por las aspiraciones de los pueblos, decidieron que la principal meta social, era alcanzar para todos los ciudadanos del mundo, en el año 2.000, un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva.

A pesar del gran desarrollo científico y técnico alcanzado en estos tiempos, parte de la población no tiene acceso a **ningún servicio de salud** y una gran parte tiene una **atención deficiente**.

Muchas familias se encuentran inmersas en una situación social, que es el origen de la cadena etiológica del deterioro de la salud, manifestando **necesidades que exceden al campo de la salud** (desempleo, falta de viviendas, insuficiente alimentación, etc.)

Siguen siendo prevalentes las enfermedades prevenibles, que causan la muerte de miles de niños ,y producen complicaciones graves que provocan daños irreparables de la salud.

Se han realizado numerosos programas para **extender la cobertura y reducir la inequidad en salud**.

No obstante, éstos **objetivos no han sido alcanzados**.

Para poder alcanzar las metas y objetivos perseguidos, es necesario organizar y unir los esfuerzos de todos los miembros del gobierno y del equipo de salud con la comunidad.

Este esfuerzo conjunto sólo se logrará mediante el conocimiento y la comprensión de las causas de los problemas, y la motivación necesaria para proponer y realizar acciones que permitan cambiar la situación de salud de nuestros niños

Para ello resulta fundamental que el liderazgo de las organizaciones, **respete los objetivos** comunes y diferentes de las personas dentro de las mismas, y los líderes comuniquen, y así obtengan un esfuerzo compartido para lograr estos objetivos comunes.

Entonces es probable que las personas dentro de este entorno estén **abiertas y deseosas de participar y contribuir al cambio**.

Esto es especialmente cierto ,si los esfuerzos para lograr el cambio son considerados beneficiosos para ellos ,además de para la organización, y así el proceso de cambio se conseguirá a partir de verdadera colaboración.

Además el cambio logrado en este ambiente institucional, será considerado como propio por los que han participado en él, y por lo tanto ***será de naturaleza duradera.***

Pero, si los planes para lograr el cambio son impuestos a los profesionales, el resultado probablemente será el resentimiento, nacido de sensación de no ser valorada su contribución al proceso del trabajo.

Es probable, que los cambios en este contexto sean de corta duración ,y los profesionales se muestren renuentes a comprometerse en los esfuerzos dirigidos al cambio. Es decir estarán esquivos a contribuir con sus conocimientos a la organización.

Por eso se infiere, que los cambios duraderos, requieren una ***apertura al cambio***, un deseo de ***comprender y respetar los intereses*** de los que pueden estar involucrados en él, y en los que va a impactar, una ***participación compartida*** en el proceso de cambio, y ***esfuerzo para lograrlo.***

La presente tesis, intenta mostrar la experiencia observada en un ***Hospital Pediátrico,de alta complejidad, descentralizado y de autogestión***, en donde se instituyó una modalidad de trabajo que intenta ***satisfacer las expectativas profesionales y las necesidades de crecimiento institucional, con el consiguiente beneficio para los niños y sus familias.***

I. CAPÍTULO 1

I.1. TÍTULO:

**Producción y rendimiento en un Hospital Pediátrico:
*De alta complejidad.
Descentralizado.
De autogestión.***

I.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN:

¿ Constituyen las estrategias de asociación entre médicos y hospitales un elemento fundamental para aumentar la producción y el rendimiento de un hospital?

¿ Pueden acercarse las expectativas del profesional a las necesidades de la institución, lográndose la satisfacción de ambas?

I.3. PROPOSICIÓN:

Poner de manifiesto la importancia que tiene *alinear los objetivos de la institución con las motivaciones y expectativas del profesional*, para aumentar el rendimiento y la producción de un hospital descentralizado y de autogestión.

II. CAPITULO 2

II.1.JUSTIFICACIÓN:

En la provincia de Mendoza, se estableció el régimen de descentralización del Hospital Público a través de la ley 6.015 (1.993).

Para ello se estableció que los hospitales públicos deberían regirse por los principios básicos de universalidad, integralidad, subsidiariedad, oportunidad y equidad en las prestaciones.

Su objeto general era desarrollar las actividades de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud; docencia e investigación y prevención de enfermedades que aseguraren en forma coordinada con los restantes efectores sanitarios, de distinta complejidad y dependencia, la atención sanitaria de la población.

Además debía garantizarse la accesibilidad a los Servicios de Salud para todas las personas, y atento al principio de subsidiariedad, las prestaciones serían gratuitas a aquellos individuos que no poseyeran cobertura social ni recursos económicos debidamente identificados.

Como estrategia fundamental para cumplir estos objetivos, *el hospital debió extender los horarios de atención de sus servicios* brindando asistencia entre las 8 y las 20 horas, e incluso hasta las 0 horas, a excepción del Servicio de Emergencias (incluyendo guardia Clínica, Quirúrgica, Traumatológica, Terapias Intensiva Neonatal y Pediátrica, Internación, Laboratorio, Rx, Área Administrativa, etc.) que funciona las 24 horas.

Además, una institución con un costo de mantenimiento tan elevado no podía limitarse a trabajar sólo 4 horas diarias, en lo referido a consultorio externo y de especialidades.

Para tal efecto, la Dirección del establecimiento, acordó la incorporación de cada área de trabajo profesional, en función de *nuevas pautas de rendimiento*, a efectos de asegurar el alcance de los objetivos de Servicio oportunamente definidos; lo cual se instrumentó a través de un **ACTA ACUERDO** entre la Dirección y el sector de trabajo profesional incorporado.

El gobierno actual de la provincia de Mendoza, ha manifestado la decisión de llevar adelante la modernización de la Administración Pública.

Esto es , en salud, adecuar el rol que cumplen las instituciones sanitarias en la sociedad actual, orientado hacia la **capacitación y el desarrollo del recurso humano con un sistema remunerativo basado en la aplicación de incentivos**; proponiendo como criterios de evaluación : la dedicación, el rendimiento y la capacitación.

Ante la inminencia de cambios profundos en las instituciones de salud, resulta interesante valorar el impacto institucional (en lo referido a producción y rendimiento hospitalario) que ha tenido **el sistema de incentivos establecido a través de las ACTAS ACUERDO**, a fin de defender su fortalecimiento o bien proponer su modificación para colaborar en la mejora de la calidad en el trabajo y excelencia en el servicio.

II.2. OBJETIVOS:

- ◆ Conocer los cambios producidos en lo referido a **rendimiento y producción institucional** a partir de la implementación de las **ACTAS ACUERDO**.
- ◆ Valorar la estrategia que representan las **ACTAS ACUERDO** en el mejoramiento de la **calidad en la atención hospitalaria**.
- ◆ Comparar índices de **rendimiento y producción hospitalaria** antes y después de la incorporación de las **ACTAS ACUERDO**.

III.CAPÍTULO 3

III.1.FUENTES DE INFORMACIÓN:

III.1. 1. DESCENTRALIZACIÓN Y AUTOGESTIÓN:

DESCENTRALIZACIÓN SIGNIFICA ESENCIALMENTE UN PROCESO POLÍTICO

Implica cambio en el uso y distribución del poder

Dentro de un sector o en la sociedad como un todo

Requiere de una decisión política firme para:

Transferir recursos Financieros

Humanos

Tecnológicos

Y otros

Este proceso no lleva a la atomización del sistema de salud, por el contrario refuerza el todo al permitir que sus partes componentes operen de manera más eficaz y con complementariedad.

Dentro del hospital deben delegarse funciones y controles a las distintas áreas, debiendo existir fluida comunicación entre las mismas, ya que éstas áreas son equipos formados por todos los integrantes del hospital.

En un plano práctico, la **descentralización** puede considerarse como una manera de identificar mejor las necesidades locales y responder más adecuadamente a ellas, y también como una forma de mejorar la gestión de los recursos, para lo que quiere ese grupo.

Además constituye un medio importante de establecer la participación de la comunidad y la autoconfianza local.

La participación social es un factor clave para el desarrollo de los sistemas locales de salud y para el logro de la equidad, cobertura universal y eficiencia en los servicios de salud.

No se quiere una pirámide de poder, sino gerentes a cargo de distintos grupos, logrando trabajo en equipo, gestión eficiente y controles, es decir apuntando a la **mejora continua**.

La concentración del poder en el campo público ha sido manifiesta en la década del '80, pero a partir de la década del '90 aparece un nuevo discurso descentralizador que se hace más efectivo.

Primero **desconcentrar**, llevando los efectores de salud a las provincias para que ellas realicen la **descentralización**.

La *descentralización* significa transferencia de competencias de nivel central a los efectores de salud, y es:

**un proceso jurídico
administrativo
y a la vez un proceso político.**

Exige una decisión política sostenida, realizando una transferencia efectiva de los recursos económicos y financieros.

Permite el desarrollo local y la participación que en algunos casos es más activa y pluralista que en otros.(Ej. De los hospitales grandes de referencia como el Hosp. Notti).

Hay una capacidad nueva de gestión en la prestación de servicios, que requiere a su vez, de capacidad para la aplicación y para la evaluación de los servicios.

Toda descentralización debe realizarse por etapas con estrategias formuladas en el tiempo y con posibles reajustes.

Tanto la *descentralización* como la *desconcentración* son aspectos que deben desarrollarse en forma pautada

Debe quedar claro que:

No pueden descentralizarse los niveles de decisión política.

Pero sí, las estrategias y normas, que serán resortes de los niveles de ejecución.

La fijación de prioridades pueden ser compartidas por el nivel central y el nivel de ejecución

Se ha observado en estos últimos años una tendencia a la **descentralización** que se ve en el campo de la salud pública, en leyes definidas, como el caso del Hospital Garrahan (1.990) y la de Mendoza en 1.993, cuando el gobierno de nuestra provincia establece a través de la ley 6.015 el **régimen de descentralización de los hospitales públicos**.

Para ello estipuló que los hospitales públicos deberían regirse por los principios básicos de **universalidad, integralidad, subsidiariedad, oportunidad y equidad en las prestaciones**; estableciendo como objetivos generales desarrollar las actividades de:

- ◆ Promoción
- ◆ Protección
- ◆ Recuperación y
- ◆ Rehabilitación de la salud
- ◆ Docencia e Investigación
- ◆ Prevención de enfermedades

Que aseguren en forma coordinada con los restantes efectores sanitarios de distinta complejidad y dependencia, la atención sanitaria de la población, conforme a las políticas establecidas por el Poder Ejecutivo Provincial y las disposiciones de la mencionada ley.

Mediante esta ley, garantizaba la accesibilidad a los Servicios de Salud para todas las personas y atento al principio de subsidiariedad, **las prestaciones serían gratuitas para quienes no poseyeran cobertura social ni recursos económicos debidamente identificados**.

El Poder Ejecutivo categorizó los recursos físicos existentes, de conformidad con el grado de complejidad de los mismos y la red sanitaria de la Provincia de Mendoza, en base al criterio de regionalización sanitaria, para luego proceder a la **descentralización** de los hospitales públicos de alta y mediana complejidad.

Así el hospital Público autárquico puede cumplir sus objetivos con la plena capacidad de las personas jurídicas, es decir obtiene *personería jurídica*, para adquirir derechos y contraer obligaciones, pudiendo actuar pública y privadamente .

Su relación con el Poder Ejecutivo provincial se mantiene a través de Ministerio de Salud.

III.1.1.1.FUNCIONES DEL HOSPITAL PÚBLICO AUTÁRQUICO

- ◆ Prestar el servicio asistencial sanitario.
- ◆ Establecer su estructura orgánico-funcional, determinando las dependencias del ente y dictar los reglamentos internos, fijando las normas de su funcionamiento
- ◆ Administrar y disponer del Fondo creado por la ley 6.015.
- ◆ Aplicar leyes nacionales y provinciales.
- ◆ Celebrar convenios y contratar con organismos o entidades públicos o privados, nacionales, provinciales, o municipales del país o del extranjero, tendientes a un más efectivo cumplimiento de sus fines .

- ◆ Dictar normas o reglamentos generales que hagan a su objeto y dentro de su esfera de competencia.
- ◆ Adquirir por compra o alquiler, inmuebles, muebles, instalaciones, acciones, etc. También puede vender bienes muebles de acuerdo a las leyes vigentes.
- ◆ Adquirir servicios, obras y suministros.
- ◆ Elaborar su presupuesto y planes operativos.
- ◆ Establecer su propio régimen de compras y adquisiciones de bienes y servicios, de conformidad a las normas legales vigentes

Además de lo enumerado puede realizar cualquier acto lícito necesario para el cumplimiento de sus fines, siempre que no estén prohibidos por leyes nacionales o provinciales.

Tiene un órgano de conducción constituido por un directorio integrado por :

- ◆ un Director Ejecutivo
- ◆ dos miembros designados por el poder Ejecutivo
- ◆ un Director propuesto por el personal profesional
- ◆ un Director propuesto por el personal no profesional.

III.1.1.2.FISCALIZACIÓN:

El hospital de **autogestión** es objeto de diversos **controles** :

Auditorías internas : a cargo de un profesional, que cumple funciones de auditor y que se desempeña en la institución. A su vez el Ministerio de Hacienda puede disponer auditorías contables en la oportunidad que lo crea conveniente.

Auditoría externa : que es efectuada por el Tribunal de Cuentas de la Provincia de Mendoza de acuerdo a las normas legales vigentes.

Control Científico-Técnico de los servicios que se prestan : el que es reglamentado por el Directorio y los responsables son designados por él.

Control de resultados o gestión : está a cargo del Director del Hospital ; debería ser especializado en Administración Hospitalaria ,es designado por el Poder Ejecutivo, el que se relaciona con éste a través del Ministerio de Salud. El auditor informa trimestralmente al Poder Ejecutivo y a las respectivas comisiones de Salud de ambas Cámaras de la Legislatura sobre la marcha de la entidad.

III.1.1.4.FONDO DEL HOSPITAL:

Se creó el Fondo denominado Hospital Público, el que está constituido por los siguientes recursos:

- ◆ Los recursos propios dispuestos por ley 5.578.
- ◆ Aportes anuales específicos que la ley de presupuesto y otras leyes nacionales y provinciales le asignen al Hospital Público descentralizado, asignando el flujo mensual de fondos por parte de Contaduría General de la Provincia.
- ◆ El producto de intereses, reintegros y otros ingresos que resulten de la Administración del Fondo.
- ◆ Créditos.
- ◆ Legados, donaciones, contribuciones y aportes de organismos públicos estatales y no estatales, municipales, provinciales, nacionales y / o internacionales.

La administración de este fondo la realiza el Hospital Público *descentralizado*, y con el puede :

Atender todos los gastos de insumos, equipamiento, mantenimiento y servicios que demande el funcionamiento del ente, incluido retribuciones a todo el personal, destinado a estimular la eficiencia, eficacia y calidad de la atención médica.

Ejecutar la política sanitaria que el Poder Ejecutivo determine.

Disponer de becas y subsidios para capacitar a todo su personal.

Con el apoyo final del Gobierno Nacional con el Decreto de Hospitales de *Autogestión* puede no sólo actuar como organismo *descentralizado* sino también como prestador de salud para la seguridad social, actuando como un efector que percibe el aporte por el gasto.

La *autogestión* plantea:

recuperar los recursos gastados en gente que tiene cobertura

Esto lleva a un:

aumento progresivo de los recursos que tiene el Hospital

lo que sumado a mejor control de costos

Permite:

llevar a cabo políticas de incentivos : mayor dedicación, extensión horaria, etc.;

Posibilitando aumentar las horas de prestaciones

Pero el estado debe seguir aportando para los que no tienen cobertura.

Es decir que autogestión no es autofinanciamiento

Normalmente se recupera el 20% de los gastos hospitalarios.

La gente debe pagar el valor de la prestación (si puede), este valor debe ser adecuado al costo, pero no un valor inferior porque se vería como dádiva al hospital o como una competencia desleal para las otras instituciones sanitarias.

Los efectores de salud *descentralizados* del sector público y los efectores de salud privados deben integrarse en la región en que actúan.

El hospital debe participar en una red de salud, red de complejidad creciente, donde cada grupo tiene responsabilidades.

Debe darse una red de trabajo donde :

- ◆ se han delegado funciones
- ◆ hay responsabilidad de funciones
- ◆ hay lugares de referencia de mayor complejidad

pero todos son integrantes, ninguno es el centro.

El paciente debe así entrar por el centro periférico, y si es necesario va al centro de mediana complejidad , y luego si necesita al de mayor complejidad.

Además deben organizarse para producir *cambios en el perfil epidemiológico* de la población con referencia a los problemas de la salud de la comunidad y de las personas.

El hospital debe estar en *comunicación con el resto del grupo y con la comunidad*, así los que trabajan en salud, aumentan la responsabilidad de la comunidad para *trabajar en prevención* ;

Es decir:

**el médico debe vincularse con la comunidad
y ver que requiere esa comunidad,**

de esta manera:

la gente participa en el diseño de los planes

y así:

Las instituciones de salud deben dar respuesta a lo que necesita esa comunidad .

RESPONSABILIDAD DE LA COMUNIDAD EN EL CUIDADO

RESPONSABILIDAD MÉDICA EN LA DIFUSIÓN DEL CONOCIMIENTO

Se busca así la *calidad*, ya que la mejora del proceso está implícita en la *prevención*.

De esta manera, la actividad médica que antes se centraba en la enfermedad, ahora lo hace en la *prevención*; la observación de los *factores de riesgo* permite adelantarse con factores *protectores* y así trabajar en prevención de enfermedades.

Así se tiende a *deshospitalizar* y el hito es *control de salud cerca de la gente*.

DEBE ENCARARSE LA EVALUACIÓN DEL IMPACTO

Y LA CALIDAD COMO ACTIVIDAD PERMANENTE

TODO TRABAJO DEBE SER MEDIDO

LOS INCENTIVOS VENDRÁN EN CONSECUENCIA

Debe haber planificación (normas de trabajo, de procedimientos, etc)

Debe establecerse los indicadores de rendimiento administrativo y asistenciales.

Debe haber control y auditoría

Estas normas deben conocerlas todos, saber que se auditan y que se evalúan periódicamente.

El trabajo estadístico mensual que sale del Servicio y vuelve al Jefe de Servicio, deben conocerlo todos los integrantes.

Para que el sistema funcione se necesita un *soporte informático* (imprescindible para el manejo de la gestión).

III.1.1.4.INDICADORES DE AUTOGESTIÓN

De producción y rendimiento : promedio día cama, días estada, % ocupacional, personal en relación a cama, n° de egresos, etc.

De calidad de atención : tasa de mortalidad general, infección hospitalaria, porcentaje de revisión de historias clínicas, satisfacción del usuario (que se conoce a través de encuestas),etc.

De gestión administrativa : monto facturado, costo por egreso, índice de ausentismo, porcentaje de cobro, etc.

De docencia : porcentaje de servicios con residencias, porcentaje de servicios con actividad docente postgrado, etc.

Forma de distribución de ingresos propios : para personal, insumos, etc.

De investigación : publicaciones, cursos, investigaciones en marcha, con avales por instituciones científicas como el CIUNC, etc.

Con estos indicadores se hacen curvas , de cuya interpretación se hacen diferentes deducciones, por ej. Si se obtiene 85% de porcentaje ocupacional, es lo ideal pero si da 60%, indicaría que sobran camas.

A pesar de todo lo referido , no debe olvidarse que el sector público no puede prescindir de su rol *regulador, fiscalizador y evaluador.*

IV.CAPÍTULO 4

IV.1.HOSPITAL PEDIÁTRICO DR.H.NOTTI

IV.1.1.DESCRIPCIÓN

El 4 de agosto de 1.991,Día del NIÑO, fue oficialmente inaugurada la primera etapa del Hospital Materno Infantil.

En la primera etapa se comenzó con la Consulta Ambulatoria de Especialidades, con los consultorios de :

- Cirugía y Traumatología
- Salud Mental
- Alergia
- ORL
- Dermatología
- Endocrinología y adolescencia
- Odontología
- Clínica Pediátrica

El resto de Servicios continuaba en el Hospital Emilio Civit.

Se estableció la ***consulta por derivación***, es decir los pacientes ingresarían a partir de los centros de salud al sistema sanitario.

En una propuesta sustentada por muchos sectores y grupos mendocinos se solicita que el Hospital lleve el nombre de quien fue su ferviente impulsador : el Dr.Humberto Notti.

Durante ese año y el año siguiente se trabaja en ambos hospitales.

A partir de octubre de 1.992 el Servicio de Guardia comienza su actividad en el nuevo Hospital, manteniéndose este servicio en el antiguo , y se inician actividades quirúrgicas.

El 8 de diciembre de 1.992 se completa el traslado de las siguientes Áreas:

- Atención Ambulatoria : Separada en sectores (islas) ,en zona cercana a Diagnóstico y Farmacia.
- Sectores Guardia y Emergencia con Área de internación temporaria.
- Sectores de Internación, distribuidos de acuerdo a necesidad de cuidados progresivos :
- Hospital de día ,Terapia Intensiva y Terapia Intensiva Neonatal.
- Área quirúrgica.
- Área de Docencia y los Servicios de Apoyo .

El Hospital se desarrolla exclusivamente como *Pediátrico* con atención de niños y adolescentes.

Es Hospital de *referencia* ,con Área de influencia interzonal , que desarrolla actividades de alta complejidad tanto en:

recuperación de salud

prevención

docencia

rehabilitación

investigación

La tipología arquitectónica es de desarrollo horizontal.

La planta se estructura en función de su red circulatoria, separando:

áreas ambulatorias (como son administración, laboratorio, consultorios, Servicio Social, Informática, etc.): no está restringida la circulación, es un área de libre tránsito.

áreas de internación (como quirófano, terapias, salas).En las cuales hay zonas de restricción total a la circulación, como los quirófanos, y otras de restricción parcial como las salas de internación y las terapias intensivas.

zonas de apoyo (como dormitorios de médicos, alojamiento para religiosas, jefaturas),

y zonas de servicios (como lavadero, cocina, sala de máquinas, depósitos, etc).

En general la organización circulatoria permite una **calificación funcional** en las siguientes

Áreas:

- Administración
- Consultorios Externos
- Diagnóstico y tratamiento
- Internación
- Emergencia

- Quirófanos y Neonatología
- Áreas complementarias
- Servicios

En el **Área de Consultorio Externo**, Servicio de Atención Ambulatoria, se desarrollan cinco islas de atención, con agrupamiento de especialidades en cada uno de ellas.

Cada isla cuenta con amplio sector de espera para el público, con atención de enfermería, consultorios y Áreas de apoyo hacia la periferia de la isla.

En cuanto a la ambientación, las salas de espera tienen un mensaje ícono, implementado por el sistema arquigráfico y su función es producir distintos estados de ánimo (estímulo, relajación, entrenamiento, alegría, etc).

A través de las imágenes, que son figuras simples, se trata de crear confianza y seguridad en el niño.

En el **Área de Diagnóstico y Tratamiento** se agrupan los servicios de Laboratorio, Hemoterapia, Radiología, Medicina Física y Rehabilitación, unidos entre sí por una circulación técnica, donde se agrupan sanitarios, vestuarios y oficinas comunes al sector.

Cuenta con una amplia sala de espera común, desde donde se accede a cada uno de los servicios, con expansión a un patio de juegos.

El gimnasio se ha ambientado con imágenes de niños en distintas posiciones, para producir estímulo en la función de rehabilitación y labor de terapia.

El **Área de Internación** se resuelve en dos plantas con vinculación directa a las circulaciones troncales del Hospital.

Cada planta cuenta con una estructura interior de servicios, Áreas de apoyo y Atención de Enfermería en el centro.

Todas las habitaciones de internación cuentan con dos camas, cada una de ellas con una cabecera que agrupa las instalaciones especiales (oxígeno, aspiración, etc) .

La habitación se completa con un sillón cama para la mamá acompañante.

El **Área de Emergencia** tiene accesos inmediatos y destacables.

Desde la circulación técnica exclusiva de la guardia, se puede acceder a la sala de Shock, Rx, Laboratorio, Baños, Quirófanos, Traumatología y al Sector de Internación Temporal para pacientes en observación.

Las **Áreas de Quirófanos , Terapia Intensiva Pediátrica, Terapia Intensiva Neonatal y Recuperación Cardiovascular** se encuentran en la Planta Alta.

Los sectores que los componen se intercomunican a través de una circulación aséptica. Aquí se encuentran ubicados los quirófanos para cirugías programadas y de alta complejidad.

Respecto a las **Áreas Complementarias** , existe un programa para actividades plásticas y docencia, integrada por taller de plástica, que trabaja con los pacientes internados, y la escuela hospitalaria que brinda atención a los internados.

El **Área de Servicios** se ubica en el subsuelo: Sala de máquinas, Cisternas de agua, y sectores de apoyo con los hornos incineradores, sectores para el lavado de carros de transporte y depósitos.

A nivel de planta baja se ubican los talleres de Mantenimiento y Tablero General.

En la planta alta se ubican: **Esterilización** que cuenta con doble circulación y accesos para movilizar `por un lado el material sucio y por otro los estériles, **Lavadero, Cocina, Comedor** para el personal y acompañantes y **Central Láctea**.

La labor del Hospital Notti , se centra en el niño ,en el adolescente y la familia.

Hacia ellos se dirigen sus acciones y se busca trabajar para la salud integral.

En este enfoque ***lo prioritario es el paciente*** y coincide con un modelo médico distinto del tradicional.

Con una concepción que respeta la dignidad humana y su autonomía como manifestación de su libertad. Se atiende niños desde recién nacidos hasta adolescentes.

Tanto los servicios de atención directa, los intermedios y de apoyo están animados en esta concepción, manteniendo características que los identifican.

Por otra parte, considerando al propio personal como cliente, se tiende a garantizarle calidad laboral; así ellos pueden transmitir lo mejor de sí a los pacientes.

Las características de este Hospital son las de un hospital:

- ◆ **Complejo**
- ◆ **Centro de referencia** provincial y regional en la atención de la patología compleja de niños y adolescentes
- ◆ **Centro de Investigación y Docencia** (son parte de su misión)
- ◆ **Abierto a la comunidad** y en íntima relación con ella y sus necesidades
- ◆ **Descentralizado y de Autogestión.**
- ◆ **Su misión está centrada en la recuperación de la salud** de niños y adolescentes. Con patología compleja que requieren estudios, prácticas o tratamientos con tecnología determinada.
- ◆ **La docencia se desarrolla para la formación del recurso humano** específico para el Área de Salud:
 - Cátedras
 - Cursos para enfermería, técnicos
 - Pasantías de otros profesionales de la salud.
 - Programa de trabajo con la comunidad, para prevención de enfermedades y estilos sanos de vida.

La ***actividad asistencial*** incluye:

- ◆ La asistencia médica permanente de complejidad
- ◆ Todas las especialidades Pediátricas
- ◆ Servicio de Terapia Intensiva Pediátrica
- ◆ Terapia Intensiva Neonatal
- ◆ Emergencia Clínicas
- ◆ Emergencias Quirúrgicas
- ◆ Cirugía de Complejidad.

Tiene 221 camas

con un egreso anual de 18.000 pacientes

y 285.000 consultas anuales (año 2.000).

La tecnología médica es la adecuada para prestar atención de complejidad (quirófanos, terapia, emergencia) y los servicios de apoyo (diagnóstico, farmacia ,esterilización, mantenimiento, administración), tiene adecuado desarrollo tecnológico.

El personal profesional (médicos, odontólogos, psicólogos, trabajadoras sociales, ingenieros, etc.) forman el 37% del total del personal.

El personal de enfermería es el 23% de todo el personal hospitalario.

El total del personal es 1.204.

Se tiende a incorporar según se requiera al personal cuya formación estuvo a cargo del hospital (Residencias, postgrados, etc)

La gestión hospitalaria se divide en :

Gestión de organización o atención:

a través de una Gerencia Médica con Jefes de Departamentos y Servicios que intentan asegurar la prestación de Servicios de óptima calidad.

El control de calidad se centra en :

- Procesos de atención
- Resultados obtenidos
- Opinión de los usuarios

En un proceso que intenta ser de *mejoramiento continuo*.

Lo caracteriza :

- **Programación y Control de actividades**
- **Diseño y evaluación de :**

- 1. Procesos*
- 2. Resultados : Indicadores*
- 3. Opinión del usuario*
- 4. Dedicación y compromiso del personal*
- 5. Horarios de atención extendidos*
- 6. Internación por cuidados progresivos*
- 7. Tendencia a la deshospitalización precoz (Programas de internación domiciliaria) y la internación por períodos breves (Hospital de día, Internación temporaria en Emergencia).*
- 8. Participación en programas comunitarios de prevención.*
- 9. Humanización de la atención. Recreación.*

Gestión del edificio. Equipo y mantenimiento:

Que corresponde a la Gerencia de Mantenimiento, imprescindible en un Hospital moderno con el control de espacios, instalaciones, edificio y equipos.

Gestión administrativa, contable y de personal:

A cargo del Gerente Administrativo. Esta gestión aplica técnicas específicas de administración asociadas a las de administración de salud.

Este nuevo modelo hospitalario se caracteriza por ser :

- *Descentralizado*
- *De Autogestión*
- *Con financiamiento mixto*
- *Diseño de trabajo en equipo con programas y con metas e indicadores para control de calidad*

En relación a su entorno:

- **Forma parte de una red de establecimientos prestadores de salud, públicos, estatales y privados.**
- **Emplea técnicas de gestión empresarial.**
- **Evalúa costos y beneficios.**
- **Efectúa control de gestión.**
- **Tiene sistema de información integrado.**
- **La atención médica se brinda desde el recién nacido hasta el adolescente en un horario extendido.**
- **Los Servicios de emergencia cuentan con todas las especialidades críticas y servicios de apoyo.**
- **La internación está programada en servicios abiertos según cuidados progresivos.**
- **Funcionan Comités de Auditoría , Mortalidad, Ética, Docencia y Capacitación e Infección Hospitalaria.**
- **Se desarrolla la Docencia de pre y post grado en varias especialidades en relación a la Universidad Nacional de Cuyo y algunas Universidades Privadas.**
- **Existe un Área de Comunicación Social y Áreas y Programas de recreación y escolaridad para pacientes internados.**
- ◆ **Tiene enfoque prioritario en el paciente ,con una concepción que respeta la dignidad humana y su autonomía como manifestación de su libertad.**

En este contexto el equipo de salud comparte el lema de la Sociedad Argentina de Pediatría :

“ Por un niño y adolescente sano en un mundo mejor “

CAPÍTULO 5

V.1. LOS MÉDICOS EN EL HOSPITAL H. NOTTI

V.1.1.SITUACIÓN ACTUAL:

El total de profesionales médicos es de **344**

De los cuales, corresponden a :

Planta permanente :	216
Contratados	75
Adscriptos	8
Residentes	22
Concurrentes	7
Becados	16

Las normas legales que rigen para éstos profesionales, están incluidas en la ley de ***descentralización hospitalaria*** (n° 6.015).

Esta ley respeta en términos generales las disposiciones de la ley de Carrera Médica, pero establece algunos cambios que serán considerados:

- ◆ Ambas leyes establecen que el ingreso de los profesionales al Hospital, para las vacantes que se produzcan, y los nuevos cargos y funciones creados presupuestariamente, deben ser publicados y además:
- ◆ Los concursos deben ser abiertos, igual que para funciones jerárquicas.

La ley de ***descentralización*** autoriza (en realidad exige) establecer un puntaje diferencial a favor de los profesionales que se desempeñen en los Servicios donde se produzca la vacante.

Esto significa un mecanismo de defensa y a la vez de estímulo para los médicos del establecimiento.

Para ambas leyes los antecedentes de los concursantes a evaluar por el jurado, se dividen en los siguiente rubros :

1) ***Antecedentes de labor profesional :***

Aquí se considera la antigüedad tanto en:

- ◆ la actividad institucional
 - ◆ en el ejercicio de la profesión
 - ◆ en el título de la especialidad Médica.
- Este ítem tiene el máximo puntaje que es de hasta 55 puntos.

2) ***Antecedentes científicos y docentes:***

Se otorga un puntaje de hasta 20 puntos.

En general los antecedentes de docencia universitaria son evaluados con puntajes muy bajos , al igual que los títulos de Master o Doctor a quienes se les otorga 1 y 2 puntos respectivamente.

3) ***Antecedentes de actividad comunitaria relacionada con la profesión***

Se le otorga hasta 10 puntos.

4) ***Prueba de evaluación de capacitación en el servicio.***

Se otorga hasta 10 puntos.

Consiste en una prueba teórica en donde el puntaje obtenido no condice obligatoriamente con la persona más apta para el cargo.

La ley de *descentralización* establece además:

5) **Entrevista personal :**

Se le otorga hasta 5 puntos.

6) **Perfil requerido para el cargo :**

Se establecen condiciones que de no poseerse son excluyentes para el aspirante.

Los profesionales, ingresan así a la planta del Hospital.

La promoción a clases superiores es automática , regida por la antigüedad .

Esta condición no se cumple desde hace más de 3 años, ya que el hospital como integrante del estado sufre la paralización del reconocimiento de la antigüedad como los demás organismos estatales.

Otra modificación al régimen de Carrera Médica que establece la ley de descentralización (aunque no se ha cumplido por razones de presupuesto), es lo referente a las remuneraciones para el personal de planta ,para el régimen de mayor dedicación profesional.

Así el profesional que trabaje 36 hs debería percibir 50% más de la remuneración integral correspondiente a 24 hs, y en el caso de 44 hs percibiría el 100% más.

La falta de cumplimiento de este aspecto, hace que los profesionales que tienen estos horarios, perciban una bonificación totalmente inadecuada.

No obstante, con el objetivo de:

Aumentar la cobertura de la población

Mejorar la eficiencia y

Calidad de atención médica

(que fueron algunos de los objetivos políticos que llevaron a intentar modificar el rol del Hospital Público, dentro del sistema de salud, a través de la ley de *descentralización*, con apoyo de decreto nacional n°578 en 1.993), se hace necesario:

extender los horarios de atención de los servicios

brindando asistencia entre las 8 a 20 hs para algunos.

Otros como consultorio externo hasta las 24 hs. Manteniendo el Servicio de Emergencia una cobertura de 24 hs los 365 días del año).El Servicio de Emergencia incluye:

- ◆ guardia de Pediatría Clínica
- ◆ guardia de Cirugía Infantil
- ◆ Traumatología Pediátrica
- ◆ Terapia Intensiva Neonatal
- ◆ Terapia Intensiva Infantil
- ◆ Laboratorio
- ◆ Radiología
- ◆ Administración

Es así que surge el incentivo de ***pago por productividad***, destinado para todo el personal (no sólo médicos), basados en ***criterios de productividad y eficiencia del establecimiento***, para su distribución.

Los fondos provienen de lo que recauda el hospital con su característica de ***autogestión***. Se autorizó a la Dirección de los Hospitales a la distribución de honorarios profesionales y el 25% de los gastos sanatoriales percibidos a través de la ley 5.578.

La Dirección incorporó a cada área de trabajo profesional, en función de ***nuevas pautas de producción***, a efectos de asegurar el alcance de los objetivos de servicio previamente definidos.

El control se establecía a través de una calificación trimestral, con lo cual se consideraba la incorporación o exclusión de cada sector en función del comportamiento del grupo.

Para tal efecto se instrumentó un **ACTA ACUERDO** entre la Dirección y el sector de trabajo profesional incorporado. Suscripto por el responsable del Área conjuntamente con la totalidad de los profesionales participantes.

La Dirección se constituyó en la responsable del sistema de control de gestión necesario para acreditar a través de documentación fehaciente, en términos de cantidad y / o calidad las pautas de producción cumplidas.

El incumplimiento de los estándares de producción convenidos, por cualquier integrante del sector incorporado al sistema, siempre que se produjera por causas imputables a su comportamiento daba derecho a la Dirección del establecimiento, a excluirlo directamente de la participación, pudiendo continuar la faz operativa con el resto del grupo.

Para la realización de las **ACTAS ACUERDO** se consideraban algunos objetivos básicos, a saber:

- ◆ **IMPACTO** : el sistema debería producir una mejora sustancial en el estado de salud de la población asistida.
- ◆ **UTILIZACIÓN** : debían definirse las características y rangos (jerarquías) de las prestaciones brindadas por cada servicio en relación con la población usuaria.
- ◆ **CALIDAD Y OPORTUNIDAD** : se debía controlar el grado de cumplimiento de estándares preestablecidos que posibilitarían la mejor prestación a los beneficiarios.
- ◆ **NECESIDAD**: debían tener relevados e identificados integralmente los requerimientos de la población asistida.
- ◆ **RENDIMIENTO**: debía optimizarse los recursos en operación, en función de las prestaciones brindadas, razón por la cual se evaluaban las actividades a desarrollar en relación con el gasto que producirían.
- ◆ **ENFOQUE DE RIESGO**: el sistema debía permitir la identificación y seguimiento en la población asistida de los grupos expuestos a mayor riesgo.
- ◆ **COBERTURA**: se debía garantizar a la totalidad de la población asistida, el acceso irrestricto de los servicios del establecimiento.

Teniendo en cuenta éstos objetivos, cada grupo profesional se abocó a la tarea de elaborar *propuestas que mejoraran la atención* brindada a la población.

Situación que fue vivida con gran compromiso y entusiasmo por sus participantes, ya que posibilitó realizar numerosas actividades que sólo eran posibles por el aumento de horas médicas, ya que los cargos de planta son de 24 hs semanales.

Se aumentaron las hs de quirófano (con lo que disminuyeron las listas de espera), se aumentaron las hs y el n° de profesionales en consultorio externo (lo que disminuyó la espera de los pacientes para ser atendidos), se crearon nuevos servicios como el traslado de recién nacidos críticos (lo que influyó positivamente en el descenso de la mortalidad neonatal), y así sucesivamente cada servicio del hospital extendió su cobertura.

Es de destacar la satisfacción de los profesionales con esta modalidad, ya que permitió que muchos de ellos cumplieran su deseo de dedicarse en exclusiva a la actividad hospitalaria.

Distribución de fondos:

A efectos de la distribución de fondos, se estableció un sistema de puntuación que consideraba los siguientes ítems:

1) RELATIVOS AL PERSONAL:

- ◆ Antigüedad : de 0 a 5 años
de 6 a 15 años
de 16 años o más
- ◆ Cargo jerárquico : Jefe de sección, Jefe de servicio, Jefe de departamento.
- ◆ Dedicación : 5 hs-6 hs -8 hs -8 hs con bloqueo de título

2) RELATIVO A LAS POLÍTICAS DE LA INSTITUCIÓN:

- ◆ Proyectos especiales de investigación
- ◆ Proyectos especiales de optimización de recursos y / o procedimientos
- ◆ Proyectos de capacitación de recursos humanos

La asignación del puntaje estaba a cargo de la Dirección, basándose en :

La evaluación de la jerarquía técnica del proyecto y

el beneficio que el mismo representaba para el Hospital.

En cuanto a la puntuación del ítem relativo a la dedicación (C), debía considerarse la disponibilidad del Servicio del Profesional para atender los requerimientos de prestaciones demandadas por la población asistida, teniendo en cuenta que se debía garantizar a los usuarios el acceso irrestricto a los Servicios del establecimiento.

Los ***objetivos institucionales*** propuestos en lo referido a lo asistencial inicialmente fueron:

- ◆ **Optimizar los servicios de internación** (aumentar el n° de camas, disminuir el promedio estada, aumentar la internación domiciliaria, aumentar la actividad del hospital de día)
- ◆ **Incorporar nuevas pautas organizativas en el área de consultas ambulatorias**(mantener la actividad de los consultorios externos hasta las 0 horas)
- ◆ **Optimizar la atención de la emergencia desde la perspectiva del usuario** (Servicio de Guardias Clínicas, Quirúrgicas, Traumatológicas, Salas de Internación, Terapia Intensiva Neonatal y Pediátrica , Rx, laboratorio, Farmacia, y administrativa las 24 hs).

A partir de una ***evaluación permanente*** se irían sumando objetivos o metas a cumplir.

Este sistema de incentivos se mantuvo desde que se sancionó la ley 6.015 (1.993) hasta octubre de 1.996, donde se reemplazó la modalidad por contratos grupales (contratos de locación de servicio), que obedecen a los mismos principios y condiciones de las actas acuerdo mencionadas.

V.1.2.MODELO DE ACTA-ACUERDO:

Entre los Sres:

Director del Establecimiento, Jefe de servicio y profesionales se conviene de común acuerdo los siguientes aspectos, con arreglo a las cláusulas que se establecen a continuación.....

1° Los profesionales.....integrantes del Servicio deacuerdan con la Dirección del establecimiento, su incorporación en grupo en los términos del decreto 90/92 y resol. Ministerial n°a efectos de asegurar el alcance de los siguientes objetivos:.....

Con respecto a los profesionales con leyes de Carrera, la Dirección del establecimiento implementó la facturación y percepción de sus prestaciones, sobre las cuales participaron en sus honorarios aquellos que celebraron las actas acuerdo respectivas.

Las actividades profesionales que no generaran recursos por sus prestaciones, participaban del fondo común de distribución previsto para honorarios profesionales médicos, en la medida que se hubieran definido y acordado las nuevas pautas de producción.

V.1.3.SANCIONES:

Por último la ley 6.015 en lo referido a sanciones ,establece:

- ◆ La responsabilidad de los profesionales por los daños que causen por el mal desempeño de sus funciones, además de las sanciones civiles y penales que les pudieran corresponder.
- ◆ Establece medidas disciplinarias tales como : advertencia, amonestación, suspensión, cesantías, exoneración.

Es de destacar que los médicos pueden ser sancionados no sólo por delitos dolosos, conductas inmorales, violaciones de leyes o incumplimiento de obligaciones, sino por ***incumplimiento de estándares cuantitativos o cualitativos de la atención médica***, que hayan sido establecidos por el Directorio, y que contienen objetivos y metas a lograr por la institución.

V.1.4.DESARROLLO DEL PERSONAL PROFESIONAL

La Dirección, como reconocimiento, avala y autoriza la participación de algunos profesionales en tareas a nivel provincial y nacional que hacen a mejorar niveles de calidad, (Bioética, Sida, Bioseguridad, Accidentes, Hepatitis, maltrato infantil, etc) como actividades docentes de grado y postgrado dentro y fuera de la provincia y en el exterior.

La institución recibe en forma periódica la visita de sus pares en los distintos niveles, de nuestra región y de otras para participar en forma activa en Jornadas, cursos, conferencias, congresos, etc.

Se prioriza el trabajo interdisciplinario, sobre todo en equipo. Con participación de sus integrantes incluso en organizaciones de la comunidad.

La institución coordina medios para facilitar al personal, el logro de metas de calidad, mediante el Comité de Docencia e Investigación.

Este Comité evalúa y planifica funciones docentes, como Residencias de Pediatras Generales y Especialistas : Anestesiólogos, Terapia Intensiva, Cirugía, Odontopediatría, pasantías de residentes de otros hospitales de la provincia y fuera de ella, y pasantías de personal profesional por establecimientos nacionales y extranjeros.

La Dirección organiza las Jornadas Anuales del Hospital e instituye premios a los mejores trabajos.

Se trabaja coordinadamente con la Sociedad Argentina de Pediatría cuya filial Mendoza, tiene su sede en la misma institución. Realiza un ateneo semanal y diferentes actividades científicas.

La Cátedra de Pediatría, Infectología y Dermatología de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Cuyo, funcionan en el Hospital.

Se coordinan cursos con otros centros de formación fuera de la provincia y del país (ej. Hospital de San Rafael, Hospitales de Buenos Aires, etc).

VI.CAPÍTULO 6

VI.1.MOTIVACIÓN:

MOTIVAR: es proporcionar al individuo una situación que lo induzca a un esfuerzo intencional orientado hacia objetivos queridos y comprendidos.

MOTIVACIÓN: es una fuerza interior que impulsa al individuo a obtener una determinada meta. Es lo que induce, dirige y mantiene la atención.

VI.1.2.DINÁMICA DE LA MOTIVACIÓN:

La motivación puede seguir la siguiente dinámica :

- ◆ Se crea una situación de necesidad, estableciéndose simultáneamente, un deseo, una tensión.
- ◆ El sujeto vislumbra un objetivo capaz de satisfacer esa necesidad.
- ◆ Se inicia el esfuerzo o la acción para solucionar la dificultad.
- ◆ Dada la solución (o satisfecha la necesidad) disminuye la tensión, y el sujeto retiene (aprende) la dirección o forma de comportamiento para actuar de manera más o menos similar en situaciones parecidas.

VI.1.2.MOTIVACIÓN E INCENTIVACIÓN:

La *motivación* consiste en poner en actividad un interés (o motivo).

El motivo es interior. Es la razón íntima que lleva al individuo a actuar.
Es lo que induce, dirige y mantiene la atención.

La *incentivación* es un refuerzo de la motivación.

Es exterior. Es el recurso que se utiliza para que el individuo persista en el esfuerzo iniciado.
Motivar es suscitar un interés. ***Incentivar*** es reforzarlo para que la motivación no decaiga.
Por lo tanto, toda motivación debe partir de las necesidades (intereses) del individuo o grupo.

VI.1.3.TEORÍAS SOBRE LA MOTIVACIÓN:

Teorías de contenido:

Jerarquía de las necesidades- Maslow

Satisfacciones- insatisfacciones- Herzberg

Motivación de logro- Mc.Clelland

Teorías de proceso :

Expectativas

Equidad

VI.1.3.1.Teorías de contenido:

VI.1.3.1.1 Jerarquía de las necesidades – Maslow

Maslow define la motivación como una condición interna que incita al individuo a la acción.

Según Maslow, ***no se puede imponer la motivación*** en el individuo, porque, por su misma naturaleza, esta debe nacer de su interior

La conducta humana puede explicarse según necesidades que actúan en el individuo orientando su comportamiento y sirviendo de acicate a la acción.

En el nivel más bajo de la jerarquía se agrupan las ***necesidades básicas***.

Son las que reflejan las preocupaciones fisiológicas y de supervivencia.

A este nivel se tiene en cuenta factores que hacen a dichas necesidades fundamentales, como la comodidad y el bienestar físico, vivienda, vestimenta, alimentación, etc.

El segundo nivel está constituido por las ***necesidades de seguridad*** en que las preocupaciones se despliegan en torno a la estabilidad, el orden, evitar el peligro, amenaza o privación, como así también la perspectiva de un futuro de tranquilidad y comodidad.

El tercer nivel, relativo a las ***necesidades de pertenencia social***. Superadas las necesidades anteriores, se halla disponible para relacionarse más significativamente con los demás.

Los impulsos de tener relaciones interpersonales de mayor representatividad son concomitantes con los deseos de ser aceptado, reconocido y apreciado por los otros.

El cuarto nivel constituye simplemente una prolongación del proceso ya iniciado al activarse las ***necesidades de pertenencia***. Una vez satisfechas éstas, el individuo se preocupará por alcanzar un mayor grado de estima y un reconocimiento especial.

Buscará ocupar un estatus destacado en el grupo organizacional. Así mismo, lo acicateará para encontrar oportunidades de éxito profesional y social a través de la demostración de su propia capacidad y habilidades.

El quinto nivel constituido por el sistema de ***necesidades de autorrealización***, se caracteriza por comportamientos que reflejan la autonomía del individuo y su preocupación por realizar tareas que sean portadoras de una gran carga de significación, a la vez que ofrezcan un perfil más riesgoso y desafiante.

El individuo desea probarse a sí mismo y hacer uso de su libertad para recorrer caminos inéditos.

Maslow sostiene que todos los sistemas de necesidades están regidos por una sola necesidad, más profunda y constituyente esencial de la personalidad humana : **las necesidades de desarrollo**. Esta es la que empuja al ascenso progresivo en la escala de las jerarquías de necesidades, en la cual sólo se adquiere cabal conciencia de la existencia del peldaño superior en la medida en que se hayan satisfecho las necesidades del peldaño inmediato anterior.

VI.1.3.1.2. Teoría de las satisfacciones e insatisfacciones laborales de F. Herzberg

Herzberg utilizó entrevistas personales en donde les pedía que describieran las experiencias que les producían satisfacción e insatisfacción en el trabajo.

Llegó a la conclusión de que las experiencias que les causaban insatisfacción no se oponían radicalmente a aquellas que les proporcionaban satisfacción.

Las ***insatisfacciones*** laborales estaban ***relacionadas con el clima de trabajo*** e incluían las políticas de la empresa, la administración, la supervisión, las relaciones interpersonales, las condiciones laborales, los sueldos, el status y la seguridad. Los denominó **factores de higiene**.

Los ***factores de satisfacción*** estaban vinculados a lo que los empleados hacían; es decir al ***contenido del trabajo***. Incluían logros, reconocimientos, los trabajos propiamente dichos, las responsabilidades, el perfeccionamiento o el progreso.

El enriquecer el contenido del trabajo a través de “ ***satisfacciones*** “ que conducen a la motivación, tiene un efecto más duradero que aquellos producidos por la eliminación de ***insatisfacciones*** (factores de higiene) que tienen una influencia mínima sobre la motivación.

Una persona que recibe responsabilidades, con un aumento de sueldo o ascenso o sin ellos, tiene la oportunidad de crecer; la satisfacción de haber obtenido un nuevo logro personal y el reconocimiento por dicho logro.

VI.1.3.1.3. Teoría de motivación de logro: Mc.Clelland

Esta teoría sostiene que los grandes triunfadores prefieren ser completamente *responsables del logro* de sus objetivos. Si ganan, quieren el crédito y si pierden, aceptan la derrota.

Prefieren trabajar sobre un problema, más que dejar que el resultado se obtenga por azar u otra gente.

Tienden a evitar la selección de objetivos extremadamente difíciles. Prefieren objetivos moderados, que ni son fáciles, ya que su logro no les daría satisfacción, ni tan difíciles que su logro sería más una cuestión de suerte que de habilidad.

Miden lo que es posible, y después seleccionan un objetivo difícil que piensan pueden lograr y que es el que les ofrece el desafío práctico mayor.

Prefieren tareas que les brindan retroalimentación inmediata.

Según sea la importancia que le asignan al objetivo, les gusta saber cuán bien lo están haciendo. Por eso, eligen generalmente carreras orientadas a ventas o actividades empresariales en vez de tipo profesionales.

Son autosuficientes. Por lo tanto conscientes de sus habilidades y limitaciones.

Es muy poco probable que se mantengan en una organización que no les paga bien si ellos están produciendo bien.

Un plan de incentivos es poco operativo, ya que ellos trabajan en la cima de la eficiencia en todo momento.

La motivación de logro no opera cuando los grandes triunfadores realizan tareas rutinarias o aburridas o cuando no hay competencia.

VI.1.3.2. Teorías de proceso:

Vi.1.3.2.1. Teoría de la expectativa

Supuestos

La conducta está determinada por una combinación de fuerzas del individuo y del ambiente.

Las personas se integran a organizaciones con expectativas sobre su trabajo, que están basadas en sus necesidades, sus motivaciones y experiencias personales.

Los individuos toman decisiones sobre sus propias conductas dentro de la organización. Aunque existan muchas restricciones sobre su conducta individual (reglamentos, tecnología y las normas del grupo de trabajo), la mayoría de los individuos toman dos clases de decisiones conscientes :

- ◆ **Decisiones personales : por ejemplo : de empezar a trabajar, de mantenerse en la misma organización, etc.**
- ◆ **Decisiones de la productividad : referidas acerca de cuánto producir, de la intensidad del trabajo y de la calidad del mismo.**

Los diferentes individuos tienen diferentes objetivos y necesidades.

Los individuos deciden entre alternativas basadas en sus percepciones. Según su percepción, elegirá la conducta que le conduzca al éxito o resultado deseado.

Variables

Resultados de Primer y Segundo Nivel :

Los resultados de conductas, asociados con hacer el trabajo, se llaman resultados de primer nivel.

Incluyen la productividad, ausentismo, rotación y calidad de trabajo.

Las consecuencias obtenidas por los resultados de primer nivel, son los resultados de segundo nivel.

Pueden ser positivas o negativas, tales como incremento en el pago, promoción, aceptación de los compañeros, seguridad en el trabajo, etc.

Expectativas:

Se llama expectativa a la creencia de que un nivel particular de esfuerzos será seguido por un nivel determinado de resultado.

Puede variar desde la creencia de que no hay ninguna relación entre el esfuerzo y el resultado, hasta la certeza de que un nivel determinado de esfuerzo conducirá al correspondiente nivel de resultado.

Valencia :

La preferencia de un individuo por un resultado particular de segundo nivel se llama valencia (ej. Trabajo seguro y menor salario).

Instrumentabilidad :

Es la relación entre los resultados de primer y segundo nivel.

El individuo puede establecer sus propias relaciones de acuerdo a su edad, nivel socioeconómico, etc.

Hay que tener en cuenta en este sentido la influencia de conflictos personales en las elecciones de preferencias.

Implicancias gerenciales

- ◆ Los gerentes deben tratar de detectar los intereses y resultados que quieren de los empleados.

Existen diversas maneras.

- 1) Cuestionarios
- 2) observación de reacciones de los empleados ante los distintos reconocimientos
- 3) preguntando a los empleados acerca de los objetivos de su carrera (profesional y laboral)
- 4) preguntando qué premios o incentivos desean.

- ◆ Los gerentes deben determinar los objetivos que ellos desean y definirlos en términos observables y medibles de modo que los subordinados puedan comprender lo que se espera de ellos.

- ◆ Los gerentes deberán asegurarse que los niveles de productividad son factibles. La motivación no sólo está determinada por la expectativa sino por la instrumentabilidad.

- ◆ Los gerentes deben coordinar los resultados que ellos persiguen con lo que les interesa a los empleados.

Los premios deben verse o lograrse dentro de cortos períodos de tiempo y con niveles de productividad alcanzables.

El reconocimiento debe concretarse en el acto o en un tiempo cercano al logro de los niveles de producción solicitados.

Los gerentes deben estar atentos que lo importante es que los empleados vean la relación entre el ***premio obtenido y la producción lograda*** más que la percepción del gerente.

- ◆ Los gerentes deberán analizar la situación general, para detectar si aparecen factores de conflicto con las conductas deseadas. Por ejemplo : un grupo de trabajo informal o un sistema de reconocimiento formal.

VI.1.3.2.2. Teoría de la equidad

Focaliza la atención sobre los *sentimientos individuales*, relacionando comparativamente el trato con los demás miembros del grupo.

Supuestos

Los individuos, evalúan sus relaciones interpersonales, del mismo modo en que evaluarían la compra o venta de una casa o un auto.

Las relaciones interpersonales son un proceso de intercambio en el que los individuos, hacen contribuciones, pero esperan ciertos resultados.

Los individuos no operan en el vacío. Comparan su situación con la de otros (compañeros, familiares, vecinos, etc), para determinar la equidad de su propia situación.

Modelo de equidad

Esta teoría se basa en la comparación de dos variables :

INSUMOS Y PRODUCTOS

Los “*inputs*” (*insumos*) :

representan la contribución de un individuo al intercambio. Ej: edad, concurrencia, habilidades de comunicación, esfuerzo de trabajo, horas extras, nivel de educación, experiencia, productividad, capacitación, etc.

Los “*out comes*” (*productos*) :

representan lo que recibe el individuo del intercambio. Por ej: tareas desafiantes, beneficios, privilegios laborales, seguridad laboral, promoción, reconocimiento, responsabilidad, salario, jubilación, etc.

Los individuos asignan ponderaciones a los varios insumos y productos, según sea su percepción de la situación.

Después de llegar a la apreciación de su proporción, entre insumos y productos, cada uno la compara con su percepción de la proporción / producto, de los otros, que están en su misma o similar situación.

Los otros se constituyen en los objetivos de comparación , que usa cada individuo, para determinar si se siente equitativamente tratado.

Equidad : Existe siempre que la razón productos / Insumos (P/ I), de una persona, iguale la relación Productos / Insumos de los otros.

Por ej. Un empleado se siente adecuadamente pagado en término, de lo que él entrega al trabajo, comparado con lo que otros empleados están recibiendo por sus insumos.

Inequidad : Existe cuando las razones P / I no son iguales.

Por ej. Una persona trabaja más intensamente que sus compañeros, completa todas sus tareas a tiempo y los otros no; pero luego recibe un pago igual.

Cree que sus insumos son mayores y por lo tanto, debiera recibir mayor salario.

La inequidad también puede presentarse con las personas sobrepagadas.

Estos empleados estarán motivados por sentimientos de culpa o de presión social, para reducir el desequilibrio entre P / I en comparación con otros trabajadores. Por ej. Políticos vs. Maestros.

Consecuencias de la inequidad

La inequidad causa tensión “ en “ y “entre “ los individuos.

Como la tensión no es placentera, la persona se motiva a reducirla a un nivel tolerable, para lo cual busca diferentes tipos de acción :

1. **Cambiar sus insumos hacia arriba o hacia abajo**, de lo que podría ser un nivel equitativo.
Por ej. Las personas sub-remuneradas pueden:

- ◆ reducir la cantidad de su producción
- ◆ acortar las horas de trabajo
- ◆ estar ausente frecuentemente
- ◆ llegar más tarde

2. **Cambiar sus productos para restaurar la equidad.**

Por ej. muchos dirigentes sindicales intentan atraer nuevos miembros ofreciendo:

- ◆ Mejores condiciones de trabajo
- ◆ Más salario, sin incrementar el esfuerzo del trabajador

3. **Distorsionar sus Insumos y productos** para alcanzar los mismos resultados, buscando un equilibrio favorable. Por ej.

- ◆ Subestimar : “ Este trabajo es una migaja “
- ◆ Sobrestimar : “ Esto es un trabajo realmente importante “

4. **Dejar la organización o gestionar el traslado**, hacia otra área, para encontrar un mejor equilibrio P / I , en una situación. Por ej. solicitar un cambio del área de ventas hacia la administración.
5. **Cambiar a un nuevo grupo de referencia** para reducir la fuente de inequidad.
6. **Distorsionar los I y P de los otros**. Creer que el grupo de comparación , realmente trabaja más intensamente y asignarle mayores méritos.

Implicancias gerenciales

Esta teoría es ampliamente usada por los gerentes para establecer escalas de remuneración. Parten de dos recomendaciones que da esta teoría :

1. Los gerentes deben tratar equitativamente a los empleados.

La inequidad incrementa la probabilidad que los individuos elijan más de un tipo de acción para reducirla.

2. Las personas toman sus decisiones relativas a la equidad, sólo después que comparan sus P / I con la de otros empleados en situación comparable

CAPÍTULO VII

VII.1.METODOLOGÍA

VII.1.1.TIPO DE DISEÑO

Corresponde a un diseño no experimental, longitudinal, descriptivo, en el cual se estudiará lo ocurrido antes y después de la implementación de las **actas acuerdo**, fundamentalmente en lo referido a ***rendimiento y producción*** hospitalaria.

VII.1.2.DISEÑO DEL OBJETO

La unidad de análisis la constituye el Hospital Pediátrico Dr. Humberto Notti, ***de alta complejidad, descentralizado, y de autogestión.***

VII.1.3.VARIABLES

INDICES DE PRODUCCIÓN Y RENDIMIENTO

- ◆ promedio de días estada anual
- ◆ % ocupacional anual
- ◆ número de egresos hospitalario por año
- ◆ número de egresos de hospital de día por año
- ◆ número de egresos de internación temporaria.
- ◆ n° de camas disponibles

INDICE DE CALIDAD

- ◆ Tasa de mortalidad hospitalaria

Definiciones:

$$\text{Promedio de días de estada: } \frac{\text{Total de días de estada}}{\text{Egresos}}$$

Días de estada :

es el número de días de permanencia en el hospital de un paciente egresado, comprendidos entre la fecha de ingreso y la fecha de egreso.

Para su cálculo se cuenta el día de ingreso, pero no el de egreso

El promedio de días de estada, nos habla de la ***celeridad de la atención.***

Su valor, nos permite hacer un diagnóstico de la relación que existe con los Servicios de Apoyo : Laboratorio, diagnóstico por imágenes, etc; como así también evaluar la relación con los interconsultores.

Es decir que del ***trabajo en equipo***, y con ***compromiso de sus integrantes***, surge como resultado el no prolongar la internación innecesaria de un niño, por falta de algún estudio complementario o por no haber sido evaluado por un especialista (ej. Neurólogo, cardiólogo, etc.)

Constituye además, un indicador , de que el paciente ha recibido o no la forma de ***tratamiento adecuado***; Ya que puede o no ser indispensable que permanezca internado para recibir tratamiento, o bien puede realizarlo en forma ambulatoria , o en un Centro asistencial cercano a su domicilio.

Todo esto, favorece se satisfaga la necesidad de **reinserción rápida del niño a su hogar**, regresando a sus actividades habituales como la escuela, juego con sus amigos, etc.

Otra ventaja invaluable, es que se **evitan los efectos negativos de la internación**, como separación del hogar, trastornos emocionales del niño y la familia, aumento de las dificultades económicas, posibilidad de infecciones intrahospitalarias.

Es importante tener en cuenta que:

Todo tiempo que se prolongue sin razón válida una internación, implica incorrecta calidad de atención.

Porcentaje de ocupación de camas:

es el porcentaje de camas que en promedio estuvieron ocupadas diariamente durante un período.

Para el cálculo anual sería:

$$\text{Porcentaje ocupacional: } \frac{\text{Total de pacientes-día del año}}{\text{Total de días -cama disponibles del año}} \text{ por 100}$$

Camas disponibles:

es el número de camas realmente instaladas en el hospital, en condiciones de uso para la atención de pacientes internados, independientemente de que estén ocupadas o no.

El porcentaje de ocupación de camas, es un índice que nos muestra si el número de camas de un hospital, es el adecuado para la población que asiste.

Cuando se proyecta un centro asistencial, uno de los elementos a tener en cuenta es el **área de influencia y la población** a la que brindará sus Servicios.

De esta manera se asignará un número tal de camas disponibles, que permitan **satisfacer las necesidades de la población** y no caer en un número exagerado de camas que lleve a tener **camas ociosas** que produzcan gastos innecesarios y generen pérdidas.

En general se acepta como valor óptimo, un porcentaje ocupacional de 80-85%.

Por encima de ese valor, indicaría la necesidad de aumentar las camas, ya que debe dejarse un porcentaje libre para poder dar respuesta a una situación de emergencia que puede presentarse.

Por debajo de 60% de porcentaje ocupacional, se considera que hay exceso de camas ociosas, por lo que debería replantearse el número de camas en relación a la población asistida.

Para que el porcentaje ocupacional tenga el valor descripto, debe acompañarse de otras evaluaciones como :

Auditorías de Historias Clínicas, que permiten:

- ◆ **Detectar falencias ocurridas durante la internación**, ej. Tardanza excesiva de análisis complementarios que prolongan la internación.
- ◆ **Evaluación de los niños internados**, en lo referido a establecer si corresponde su ingreso a un hospital de esta complejidad.

Ambas tareas, se cumplen en el Hospital Notti, ya que existe un Comité de Evaluación de Historias Clínicas, que luego del análisis de las mismas, remite a los servicios correspondientes, el informe de los resultados obtenidos.

A esto se agrega, una **evaluación diaria**, por profesionales del Área de internación, que valora si los niños que ingresaron cumplían las condiciones necesarias para ser admitidos en un Centro de éstas características (de alta complejidad).

Número de egresos hospitalarios:

es el número de pacientes internados que han salido del establecimiento. Incluye pacientes dados de alta, fallecidos o de pase a otro establecimiento

Es un índice, que evalúa fundamentalmente ***cantidad de pacientes*** que fueron internados en los distintos servicios del Hospital, incluido el servicio de hospital de día y el sector de internación temporaria

En este índice adquiere nuevamente valor, el realizar la evaluación sistemática de los pacientes ingresados, a fin de evitar el aumento del número, en base a patologías banales, que no correspondería fuesen internados, en un centro de atención Pediátrica de esta Complejidad. Ya que el Hospital Notti constituye, el Centro de referencia de la zona oeste del país.

Otro elemento que resulta fundamental, es que se cumpla la ***regionalización de la atención pediátrica***; la cual basada en la complejidad de cada centro asistencial, lo capacita para atender patologías de distinta envergadura, evitando de esta manera sobrecarga innecesaria de los centros más complejos, mejor aprovechamiento de recursos, y proporcionar además beneficios al niño y su familia. Evitando el traslado innecesario, con todas las implicancias emocionales y económicas que esto significa.

En nuestra provincia el máximo nivel de complejidad Pediátrica, a nivel estatal corresponde al Hospital Notti, el resto de centros asistenciales permiten satisfacer las necesidades de atención de patologías de menor complejidad.

El número de egresos hospitalarios, permite además obtener interesantes conclusiones si se lo relaciona con un índice de calidad como el de mortalidad hospitalaria, ya que no sólo importa la cantidad de pacientes atendidos, sino si fueron ***bien atendidos***.

Es decir que si el aumento en el número de egresos se acompaña de descenso de mortalidad, la atención se realizó con ***calidad***, pero si por el contrario la mortalidad se ve aumentada, significa que a pesar del aumento del número esta población no fue asistida con la dedicación y responsabilidad necesaria.

Número de egresos de hospital de día:

es el número de pacientes internados en hospital de día que han salido del establecimiento (incluye altas, fallecidos o pases a otros sectores o establecimientos)

Hospital de día:

Corresponde a un Servicio del Hospital, que como su nombre lo indica, no brinda atención durante la noche.

Su horario de actividades se cumple entre las 7 y las 20 horas.

Cuenta con 16 camas, cuyo número no se ha modificado desde su inicio en 1.993, hasta la actualidad (2.000).

Con anterioridad a que existiera, todo niño que requería un estudio complementario de cierta complejidad, como por ej. un cateterismo, o de menor envergadura como una Tomografía Axial Computada, pero que por distintas razones ej. Sociales, de distancia con su domicilio ,etc. debía permanecer en el hospital hasta su realización, era internado. De esta manera el niño y su familia se veían obligados a sufrir las consecuencias negativas del ingreso al Hospital.

A partir de que se instala este servicio, todos estos niños ven ***acortada su permanencia*** en el hospital.

Progresivamente, se van ***sumando más pacientes*** a esta modalidad, y es así que se incorporan los pacientes oncológicos, que requieren tratamiento quimioterápico; niños que de no existir este Servicio, permanecerían la mayor parte de su vida en el Hospital, sin posibilidad de aliviar su dolorosa enfermedad en el seno de la familia, a su vez tendrían por su estado inmunitario un riesgo aún mayor de adquirir infecciones intrahospitalarias.

Con la ***extensión de horario de trabajo*** en quirófano, se incorporaron los niños con cirugías programadas que no requieren internación prolongada, es decir que tienen un postoperatorio breve, como por ej. hernias inguinales, quistes, lipomas, dilataciones esofágicas, etc.

Todo lo cual se realiza a partir de la internación programada, es decir que, el paciente que será intervenido quirúrgicamente, ingresa sólo unas horas antes, habiendo realizado previamente por consultorio externo sus estudios de riesgo prequirúrgico (análisis de coagulación, ECG, etc.) y su evaluación preanestésica.

Estas medidas ***disminuyen el tiempo de internación al mismo tiempo que mantienen la calidad de la atención.***

Así mismo el niño, debe conocer el lugar de internación y la sala de cirugía; como así también, según la edad, recibir información de lo que se realizará, todo lo cual puede cumplirse sin hospitalización.

El aumento de este índice, nos muestra que vamos por el camino adecuado para tratar de ***disminuir lo más posible la estadía de los niños en el Hospital*** , ya que el lugar donde

les corresponde estar es en su hogar rodeados del afecto de sus padres y hermanos, acompañados por sus juguetes y mascotas.

Número de egresos de internación temporaria:

es el número de pacientes internados en el sector de internación temporaria que han salido del establecimiento (incluye altas, fallecidos o pases a otros sectores o establecimientos)

Internación temporaria:

Corresponde a un sector, dependiente de la guardia de emergencia del Hospital.

No es un área de internación intrahospitalaria, sino un ***área ambulatoria***. Se encuentra adyacente a los consultorios de la guardia de emergencia. Los niños que ingresan, lo hacen en compañía de sus padres o acompañantes, quienes permanecen al lado del paciente todo el tiempo.

Allí son observados por algunas horas, los pequeños en los cuales se duda la necesidad de ingresarlos al hospital. La permanencia en dicha área no puede ser mayor a 24 horas, caso contrario el paciente es internado.

De esta manera cada cama puede ser ocupada más de una vez al día.

Incluye:

- ◆ Niños que sólo serán ***observados en su evolución***, ej. Traumatismos de cráneo en quienes se desconoce si hubo o no pérdida de conocimiento, o que presentan síntomas que exigen valoración por algunas horas, tales como vómitos, cefalea, etc.
- ◆ Niños a quienes se les ***iniciará un tratamiento***, para evaluar su respuesta, la cual si es favorable permitirá continuar el tratamiento en su casa ej. Crisis asmática, niños deshidratados, etc.

A partir de aquí:

- ◆ Los niños con evolución satisfactoria serán enviados a su domicilio, con un amplio margen de seguridad, y habiéndose ***evitado una internación innecesaria***.

- ◆ Los niños con evolución desfavorable o en quienes se clarifiquen los signos o síntomas de gravedad, serán internados.

Ambas situaciones **resultarán beneficiosas para el niño y su familia.**

En el primer caso, no se producirá el desequilibrio (emocional, económico, etc) que implica una internación (que además era innecesaria), y en el segundo caso, se asegurará el bienestar del niño ingresándolo al nosocomio.

El crecimiento del número de egresos de internación temporaria, al igual que el número de egresos de hospital de día reflejan el **éxito del objetivo de deshospitización precoz.**

Tasa de mortalidad hospitalaria:

es la relación entre el número de las defunciones ocurridas en el hospital a pacientes internados durante un período y los egresos (altas y defunciones) ocurridos en el mismo período.

Total de defunciones en el período
_____ **por 100**

Total de egresos ocurridos en el mismo período

Constituye un ***índice indiscutible de calidad de atención***

Fundamentalmente si se han respetado algunas pautas como:

- ◆ Ingreso hospitalario de pacientes que requieren un nivel de complejidad como el que brinda el hospital.

Esta condición es evaluada permanentemente a través de Auditorías de Historias Clínicas (a cargo del Comité de Auditoría de Historias Clínicas) y las jefaturas del área de internación; además de haberse establecido para un hospital de éstas características, la consulta por derivación.

Es decir que el paciente ingresará a este nivel de complejidad a través de centros asistenciales menos complejos y habiendo sido evaluado previamente, evitándose la sobrecarga de pacientes con patologías banales.

Todo lo cual implica no sólo un ***adecuado uso del hospital*** sino también una ***mejor calidad de atención***

Es importante destacar, que en la mortalidad hospitalaria influyen varios factores. Entre ellos :

- ◆ Adecuados recursos del hospital (humanos, tecnológicos, etc)
- ◆ La patología del niño
- ◆ La derivación oportuna
- ◆ El traslado al nosocomio.

Este último factor merece especial mención, por la influencia que ejerce en la **mortalidad neonatal** .

Ya que el recién nacido críticamente enfermo, ve agravada su situación por un traslado improvisado y sin los recursos humanos y tecnológicos necesarios para su tratamiento durante el trayecto, desde su lugar de origen hasta el Hospital Notti.

Uno de los Servicios que el Hospital incorporó a partir de la implementación de las actas acuerdo lo constituye el Servicio de Traslado Neonatal, a cargo del personal de Terapia Intensiva Neonatal.

El comparar este índice de calidad, con los otros relacionados con la producción y el rendimiento del hospital ,permiten evaluar los resultados obtenidos en el niño y su familia.

VII.1.4.TIPO Y FUENTES DE DATOS

Se utilizaron:

Fuentes secundarias de datos.

Directas.

Constituídas por los Registros de datos obtenidos del Departamento de Estadística del Hospital Dr.Humberto Notti.

CAPÍTULO VIII

VIII.1.DESARROLLO

Considerando que uno de los objetivos institucionales al implementar las actas acuerdo era:

OPTIMIZAR LOS SERVICIOS DE INTERNACIÓN, a través de:

Aumentar el n° de camas

Disminuir el promedio día de estada

Aumentar la actividad del hospital de día

Aumentar la calidad

Se consideró la evolución de los índices hospitalarios relacionados con el objetivo planteado, los que están vinculados *con producción y rendimiento* hospitalario y con *calidad del servicio*.

INDICES DE PRODUCCIÓN Y RENDIMIENTO :

- ◆ promedio de días estada anual
- ◆ % ocupacional anual

- ◆ número de egresos hospitalario por año
- ◆ número de egresos de hospital de día por año
- ◆ número de egresos de internación temporaria por año
- ◆ número de camas disponibles

INDICE DE CALIDAD :

- ◆ **Tasa de mortalidad hospitalaria**

por un período de 9 años, comprendido entre 1.992 y 2.000.

HITOS:

El 4 de agosto 1.991 corresponde a la fecha en que el Hospital Notti **inicia sus actividades**

El año 1.993 es el año en que comienzan a implementarse las **actas-acuerdo**, las cuales en 1.996 adquieren la modalidad de contratos de locación pero sin modificar su esencia, es decir permitiendo extender el horario de trabajo médico, y adquiriendo éstos el compromiso de cumplir objetivos propuestos por la institución, y compartidos por los profesionales.

En 1.993 comienza a funcionar el hospital de día e internación temporaria, a cargo de profesionales con ***actas acuerdo*** con el Hospital

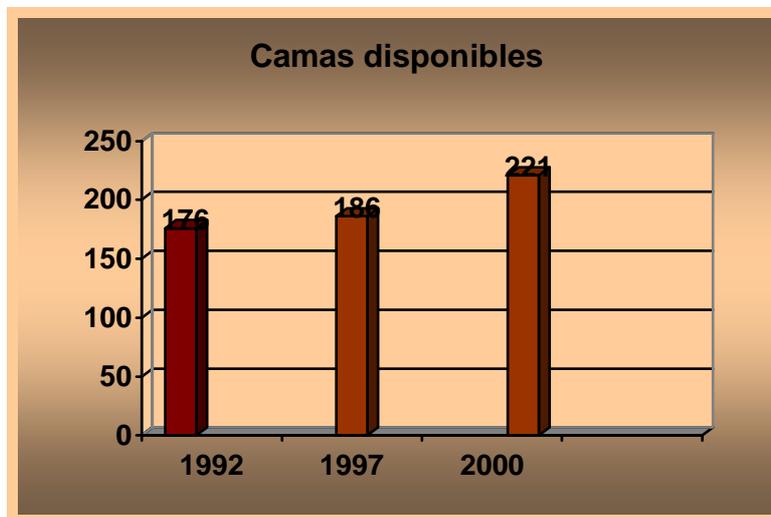
Los **RESULTADOS OBTENIDOS** fueron:

En relación a:

Número de camas disponibles

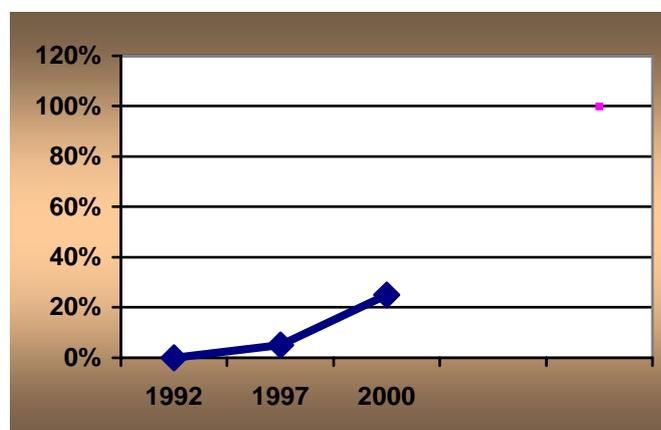
Aumento porcentual

<i>Año 1.992</i>	<i>176 camas</i>	
<i>Año 1.997</i>	<i>186 camas</i>	<i>5%</i>
<i>Año 2.000</i>	<i>221 camas</i>	<i>25%</i>



Fuente: Departamento de Estadística del H.Notti

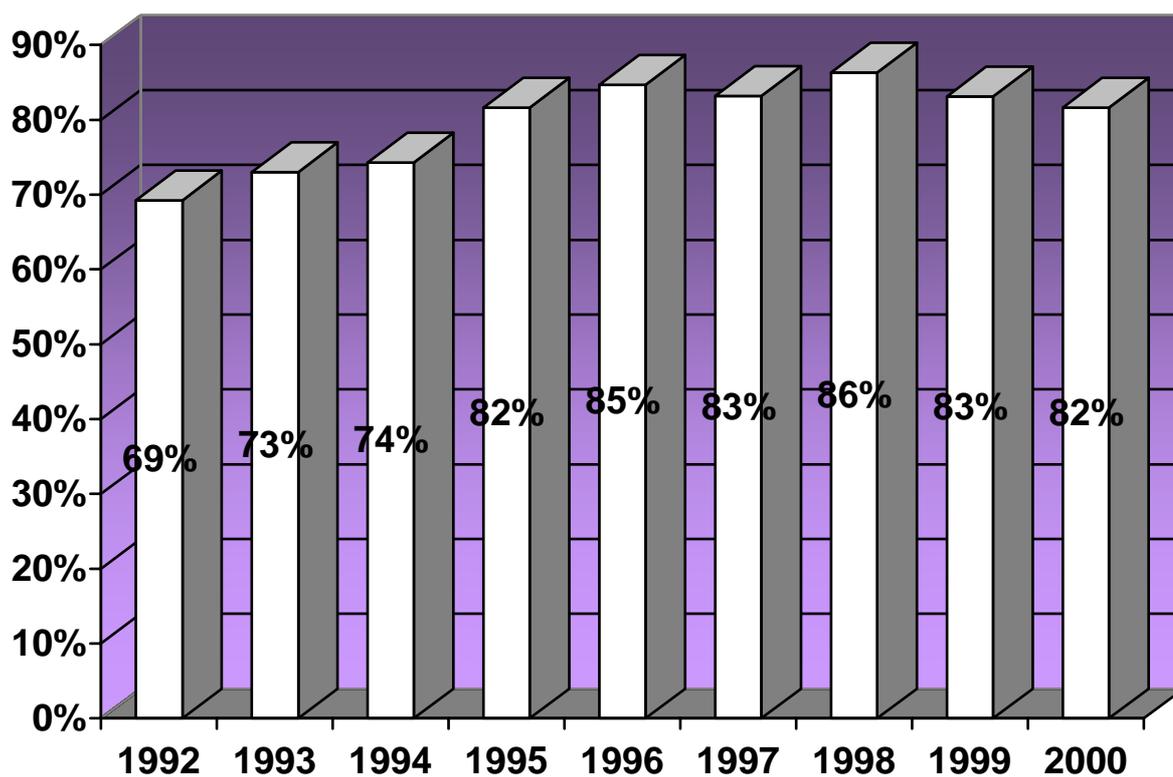
Aumento Porcentual de camas disponibles



Fuente: Departamento de Estadística Hospital H.Notti

Porcentaje ocupacional anual

Año 1.992	69,2%
Año 1.993	73%
Año 1.994	74,3%
Año 1.995	81,6%
Año 1.996	84,7%
Año 1.997	83,2%
Año 1.998	86,3%
Año 1999	83,1%
Año 2.000	81,6%

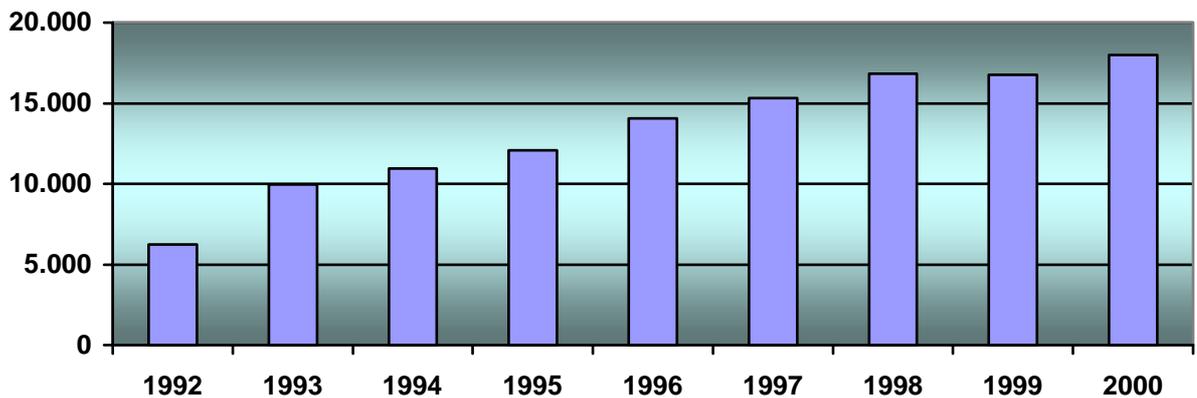
Porcentaje ocupacional anual

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital H.Notti

Número de egresos hospitalarios por año y porcentaje de aumento respecto a 1.992

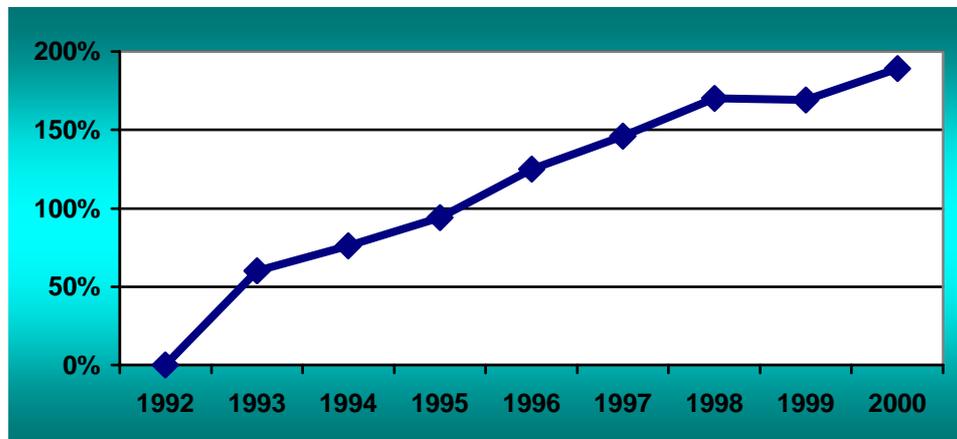
Año 1.992	6.223	
Año 1.993	9.968	60%
Año 1.994	10.969	76%
Año 1.995	12.084	94%
Año 1.996	14.054	125%
Año 1.997	15.309	146%
Año 1.998	16.838	170%
Año 1.999	16.752	169%
Año 2.000	18.000	189%

Número de egresos hospitalarios por año



Fuente: Departamento de Estadística del Hospital H.Notti

Aumento porcentual del número de egresos hospitalarios

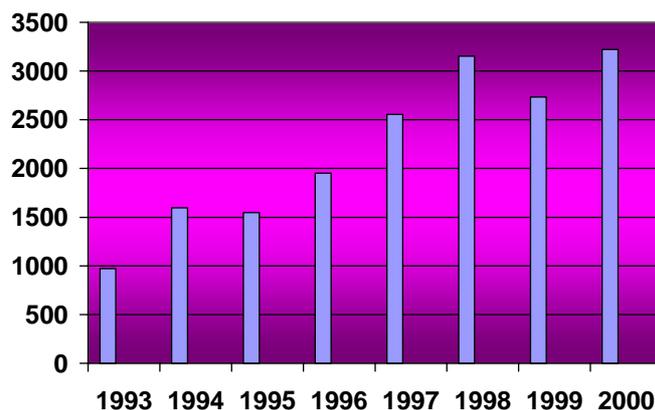


Fuente: Departamento de Estadística del Hospital H.Notti

Número de egresos de hospital de día e internación temporaria por año

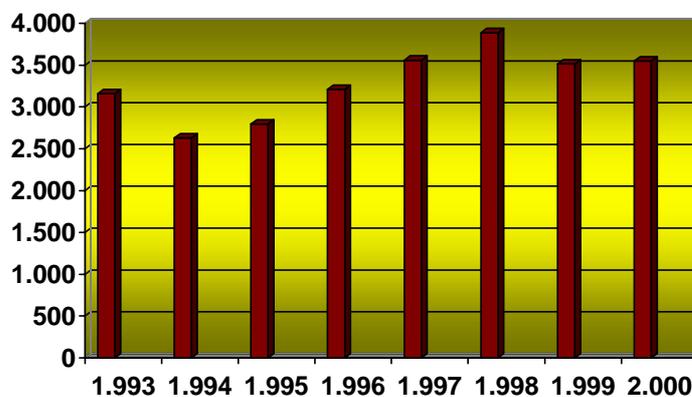
AÑO	Hospital de día	Internación temporaria
<i>1.993</i>	<i>973</i>	<i>3.160</i>
<i>1.994</i>	<i>1.596</i>	<i>2.630</i>
<i>1.995</i>	<i>1.549</i>	<i>2.796</i>
<i>1.996</i>	<i>1.952</i>	<i>3.210</i>
<i>1.997</i>	<i>2.556</i>	<i>3.556</i>
<i>1.998</i>	<i>3.154</i>	<i>3.888</i>
<i>1.999</i>	<i>2.732</i>	<i>3.514</i>
<i>2.000</i>	<i>3.222</i>	<i>3.550</i>

Número de egresos de Hospital de día por año



Fuente: Departamento de Estadística del H.Notti

Número de egresos de internación temporaria por año

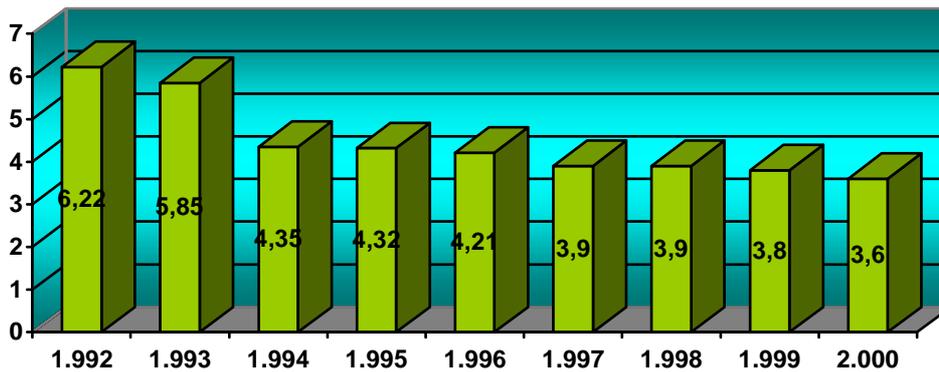


Fuente: Departamento de Estadística del H.Notti

Promedio de días estada anual y porcentaje de descenso respecto a 1.992

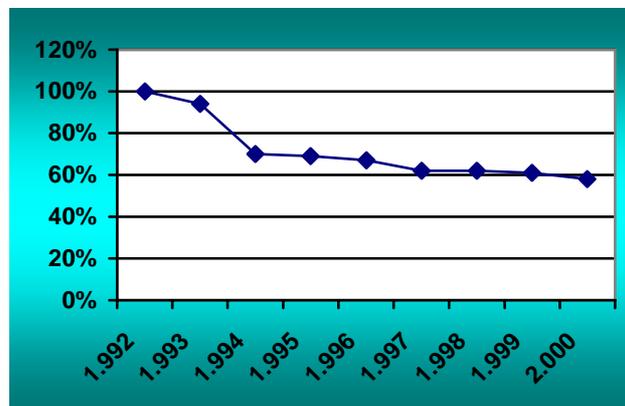
Año 1.992	6,22	
Año 1993	5,85	6%
Año 1.994	4,35	30%
Año 1.995	4,32	31%
Año 1.996	4,21	33%
Año 1.997	3,9	38%
Año 1.998	3,9	38%
Año 1.999	3,8	39%
Año 2.000	3,6	42%

Promedio de días estada anual



Fuente: Departamento de Estadística del H.Notti

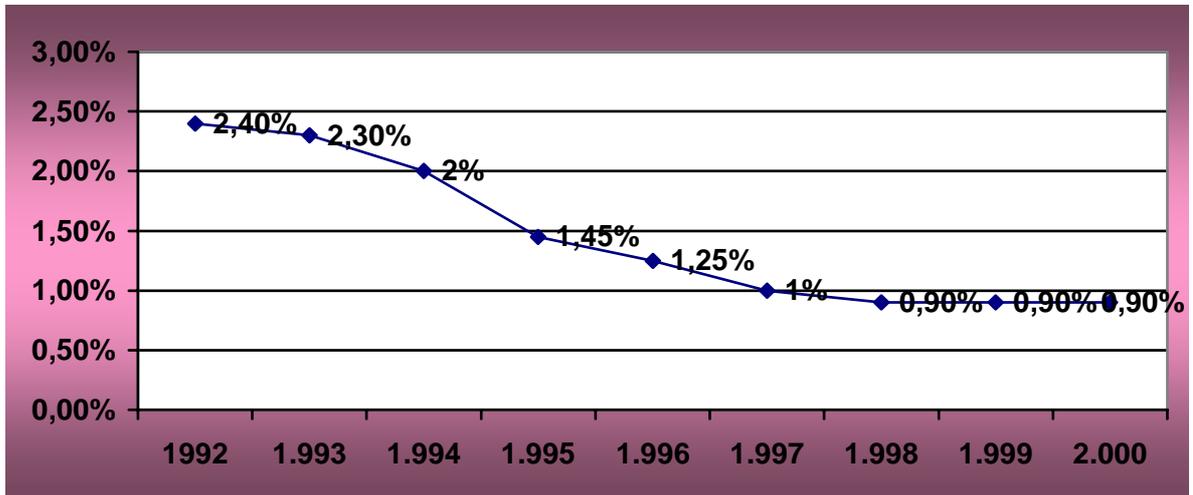
Porcentaje de descenso del promedio de días de estada



Fuente: Departamento de Estadística del H. Notti

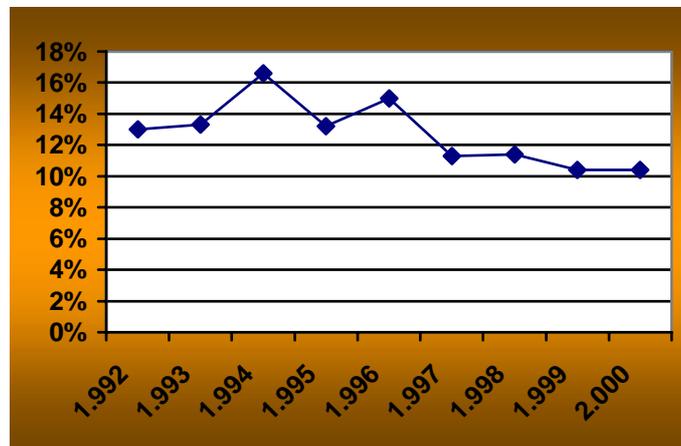
<i>Tasa de mortalidad hospitalaria:</i>	<i>general</i>	<i>y</i>	<i>neonatal</i>
Año 1.992	2,4%		13%
Año 1.993	2,3%		13,3%
Año 1.994	2%		16,61%
Año 1.995	1,45%		13,2%
Año 1.996	1,25%		15%
Año 1.997	1%		11,3%
Año 1.998	0,9%		11,4%
Año 1.999	0,9%		10,4%
Año 2.000	0,9%		10,4%

Tasa de mortalidad hospitalaria general



Fuente: Departamento de Estadísticas del H.Notti

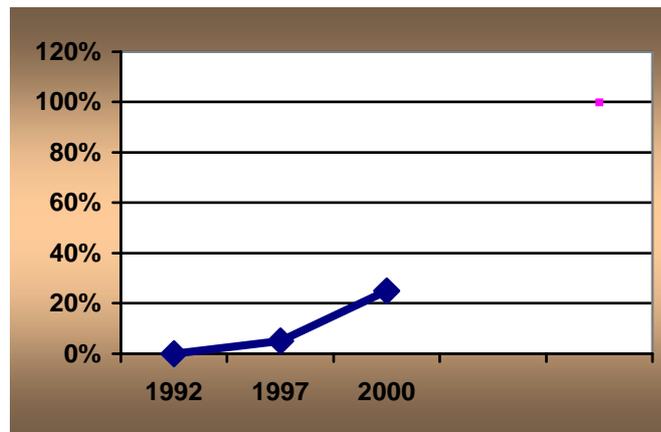
Tasa de mortalidad hospitalaria neonatal



Fuente: Departamento de Estadística del H.Notti

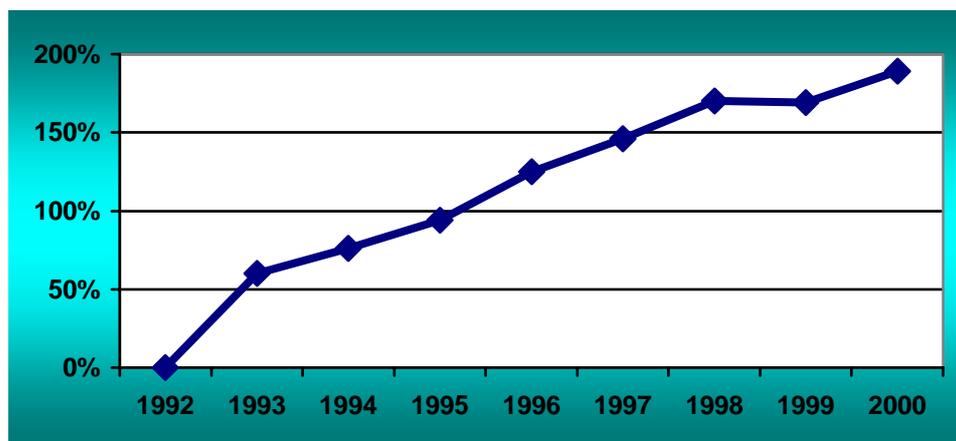
Comparación de los gráficos de aumento porcentual de camas disponibles y aumento porcentual del número de egresos en referencia a 1.992

Aumento Porcentual de camas disponibles



Fuente: Departamento de Estadística Hospital H.Notti

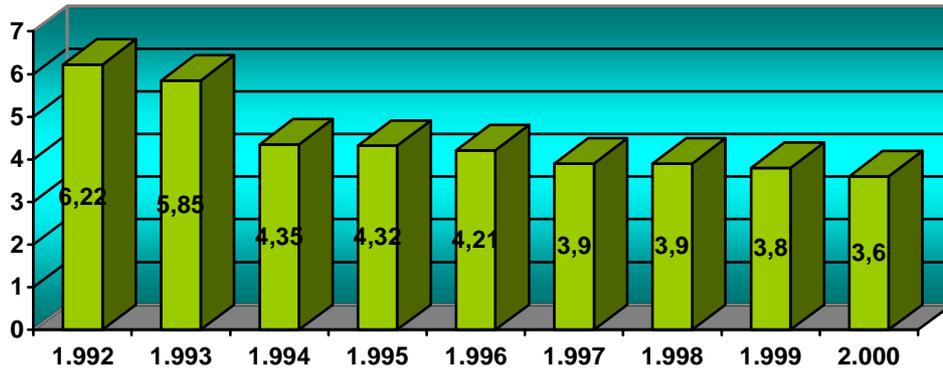
Aumento porcentual del número de egresos hospitalarios



Fuente: Departamento de Estadística del Hospital H.Notti

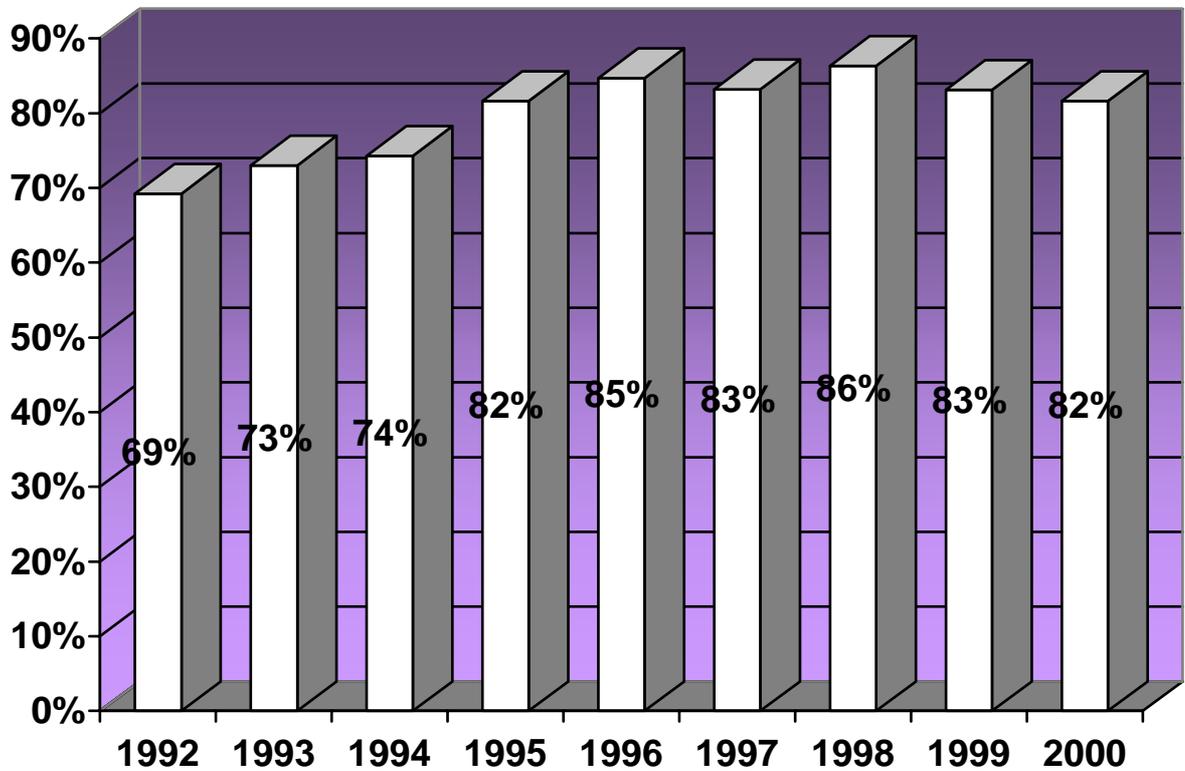
Comparación de los gráficos de promedio de días de estada y porcentaje ocupacional

Promedio de días estada anual



Fuente: Departamento de Estadística del H.Notti

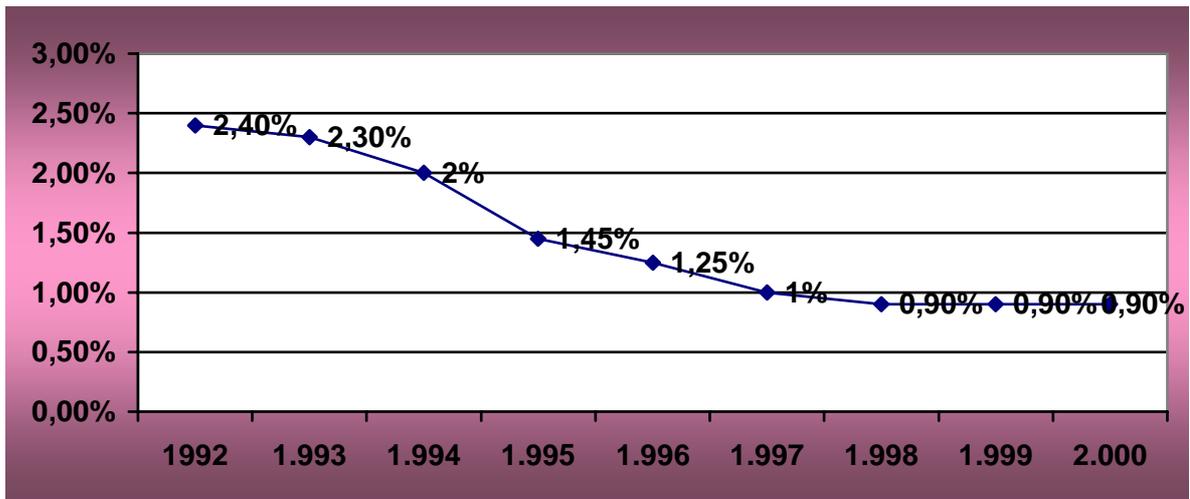
Porcentaje ocupacional anual



Fuente: Departamento de Estadística del Hospital H.Notti

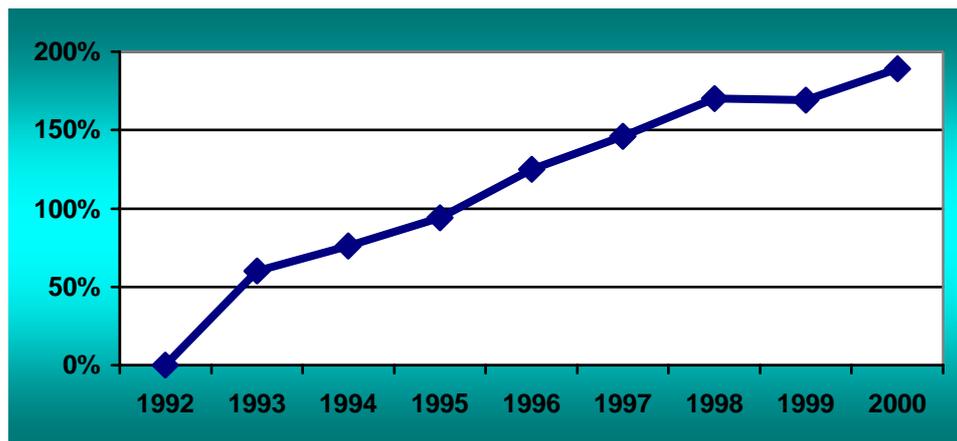
Comparación entre gráficos de mortalidad general y porcentaje de aumento del número de egresos

Tasa de mortalidad hospitalaria



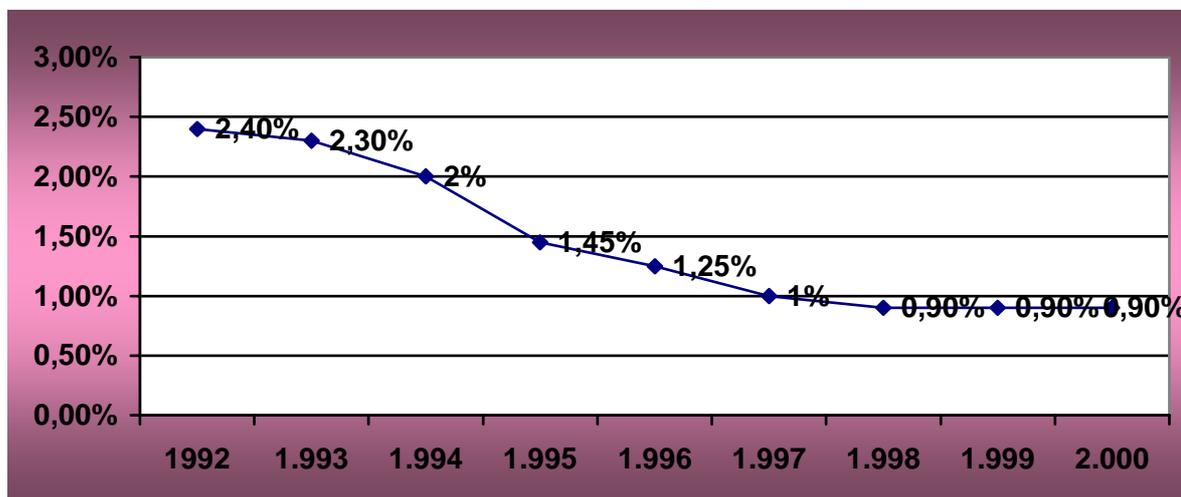
Fuente: Departamento de Estadísticas del H.Notti

Aumento porcentual del número de egresos hospitalarios



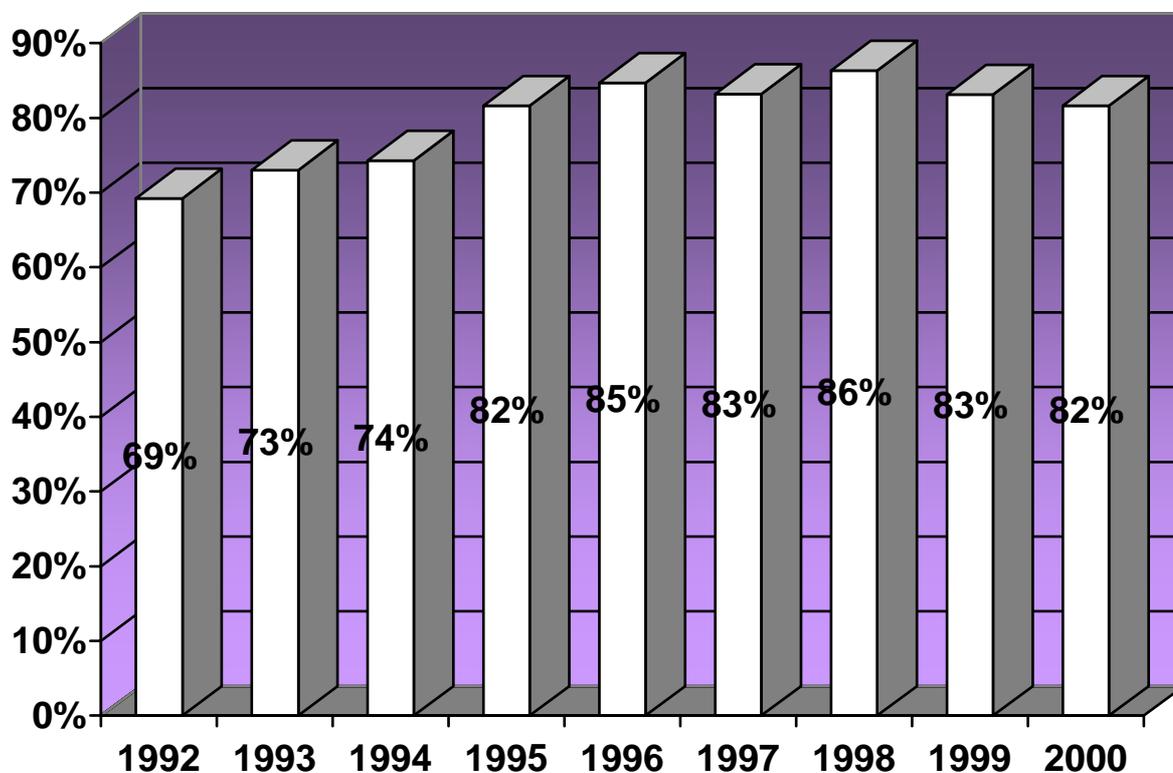
Fuente: Departamento de Estadística del Hospital H.Notti

Comparación entre gráficos de mortalidad general y porcentaje ocupacional
Tasa de mortalidad hospitalaria general



Fuente: Departamento de Estadísticas del H.Notti

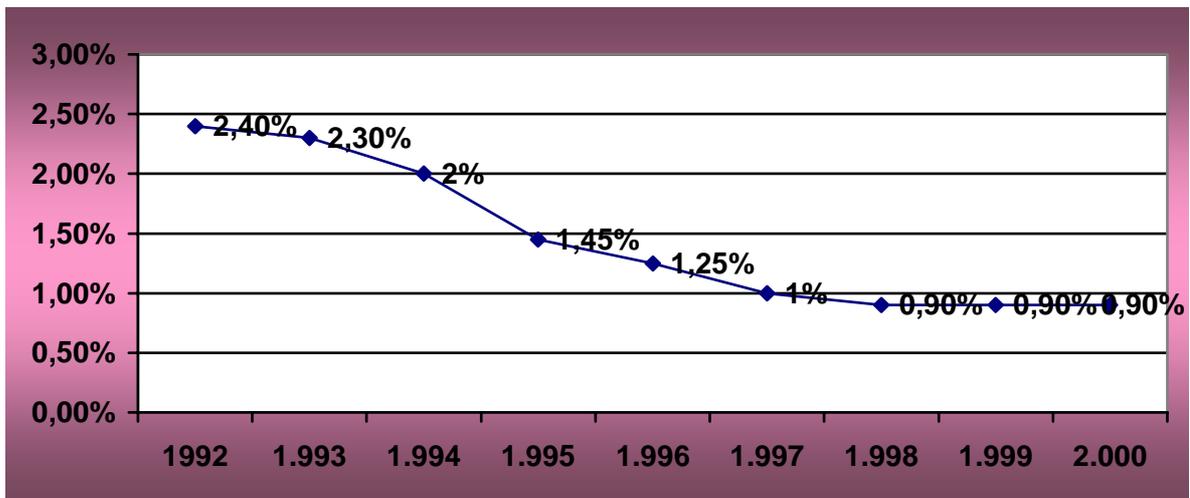
Porcentaje ocupacional anual



Fuente: Departamento de Estadística del Hospital H.Notti

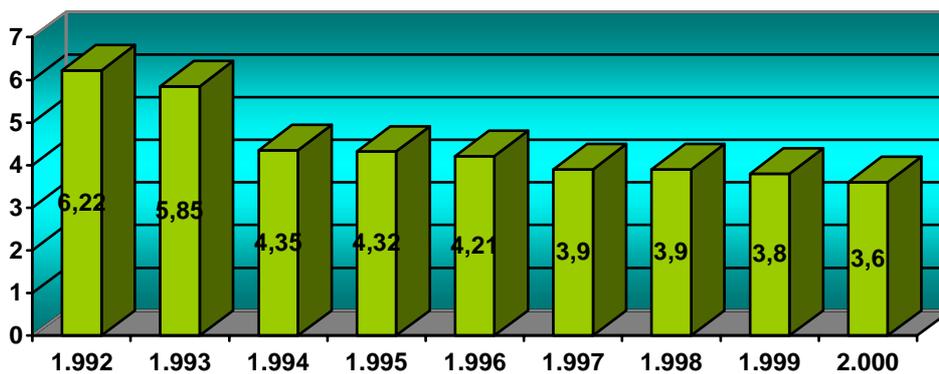
Comparación entre gráficos de mortalidad general y promedio de días de estada

Tasa de mortalidad hospitalaria



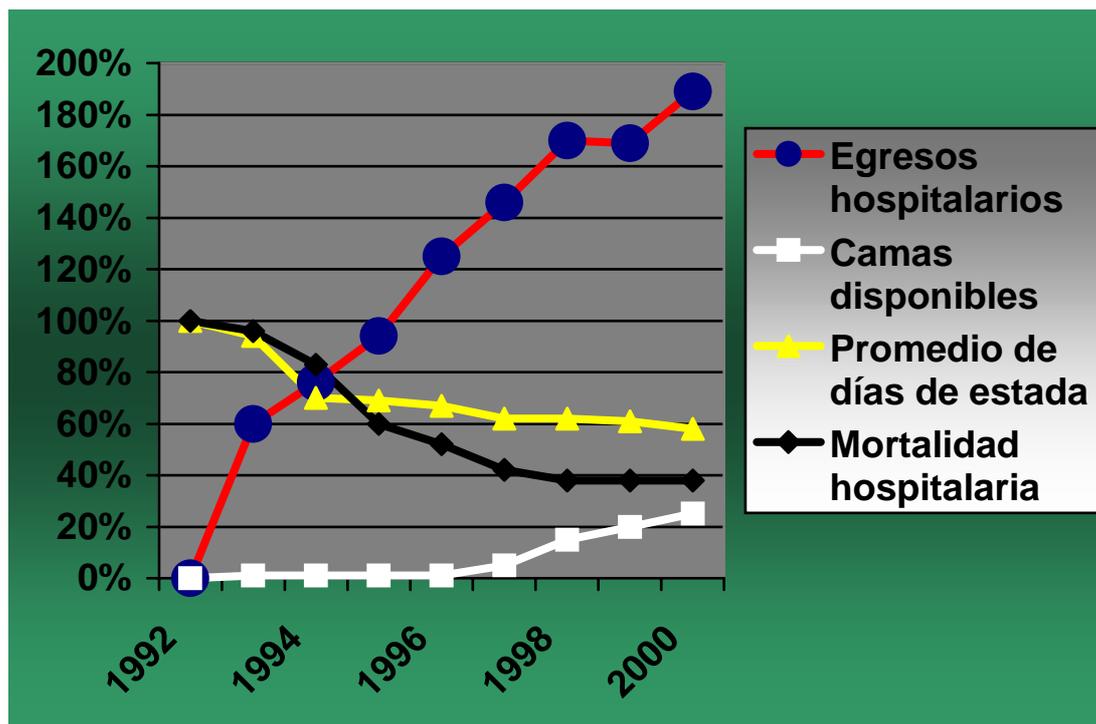
Fuente: Departamento de Estadísticas del H.Notti

Promedio de días estada anual



Fuente: Departamento de Estadística del H.Notti

Gráfico comparativo de la evolución en porcentajes de egresos hospitalarios, número de camas disponibles, promedio días de estada y mortalidad hospitalaria respecto a 1.992



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Departamento de Estadística del H.Notti

	1.993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
% de aumento de egresos hospitalarios	60%	76%	94%	125%	146%	170%	169%	189%
% de aumento de número de camas					5%			25%
% de disminución de promedio de días de estada	6%	30%	31%	33%	38%	38%	39%	42%
% de disminución de mortalidad hospitalaria	4%	17%	40%	48%	58%	63%	63%	63%

IX.CAPÍTULO 9

IX.1.CONCLUSIONES

De los datos obtenidos, se observa que se ha llegado a **aumentar el número de camas** en un 5% hasta 1.997 (186 camas) y en un 25% (221 camas) hasta el año 2.000 respecto del número que había cuando se inició el Hospital en 1.992 (176 camas) .Dicho número representa un valor adecuado de aumento ya que el porcentaje ocupacional no ha superado el 85% ningún año.

A pesar del aumento del número de camas, **el porcentaje ocupacional ha presentado un aumento creciente** a partir de 1.993 (73%), alcanzando a partir de 1.995 valores superiores al 80%, (considerando valor óptimo para un hospital de éstas características el 85%).

En lo referido al **promedio de días de estada: se observa un descenso progresivo** desde 1.993 (5,85días) hasta llegar a 3,6 días en el año 2.000.

El número de **egresos hospitalarios por año muestra un marcado aumento** en 1.993(9.968) respecto al año anterior (6.223), y continúa en ascenso hasta llegar a 18.000 en el año 2.000.

Si relacionamos los índices de **número de camas disponibles y porcentaje ocupacional**, observamos que el aumento del número de camas ha sido acompañado del aumento del porcentaje ocupacional (alcanzando valores óptimos : mayor al 80%),lo que demuestra que se pudo brindar mayor servicio a un mayor número de niños.

Situación que se ve reflejada en el aumento del número de **egresos hospitalarios** que se elevó en un 200% en el año 2.000, respecto a 1.992.

Todo lo dicho sin perder de vista que se controló continuamente el tipo de pacientes ingresados a través del Comité de Auditoría de Historias Clínicas y las jefaturas de los distintos Servicios de internación.

Además de haberse establecido la consulta por derivación, que exige una valoración previa por un profesional que se desempeña en un centro de menor complejidad.

Un dato relevante es que **todo tiempo de internación que se prolonga sin razón válida, implica incorrecta calidad de atención**, por lo que el descenso observado en el **promedio de días de estada**, agrega valor al aumento del número de **egresos**.

hospitalarios obtenidos por año, y demuestra que el aumento del **porcentaje ocupacional** se ha producido por haber atendido a un mayor número de niños y no por prolongar la internación.

El número de **egresos de internación temporaria y hospital de día** muestran un número de pacientes considerables por año que van en aumento, y que partiendo de 973 pacientes por año en hospital de día y 3.160 en internación temporaria en 1.993, han llegado a 3.222 y 3.550 pacientes por año respectivamente en el año 2.000. Dichos índices no pueden compararse con el año 1.992 (fecha en que no existían las **actas acuerdo,**) debido a que este servicio no se brindaba.

El número de **egresos de internación temporaria y de hospital de día** representan, no sólo un beneficio para la institución, sino fundamentalmente para el niño y su familia, quienes no sufren una internación prolongada y / o innecesaria, sin perder los beneficios de una atención de calidad; ya que recibieron los tratamientos y observación necesarios.

Se evitaron además, efectos adversos de la internación, como la separación del niño del medio familiar, la pérdida de escolaridad, agravamiento de la situación económica de la familia, posibilidad de infección hospitalaria, etc.

En relación a la **tasa de mortalidad hospitalaria se observa un descenso progresivo** y marcado a partir de 1.993 (2.3%) ,llegando a 0,9% en 1.998, valor que se mantiene hasta el año 2.000. Es de destacar el valor que tiene el descenso de la **tasa de mortalidad** acompañado de aumento del número de **egresos hospitalarios**, del **porcentaje ocupacional**, y del descenso de **promedio de días de estada**.

El descenso de esta tasa permite avalar que ***el aumento de la producción y rendimiento se acompañó sin lugar a dudas de mejor calidad de la atención***, proporcionando a los profesionales una satisfacción a nivel humano, debido a que cada número que desciende representa **un niño que continúa vivo**.

Es de destacar la influencia positiva que tuvo en el **descenso de la mortalidad neonatal** (que lógicamente influye en la mortalidad hospitalaria general) la implementación a partir de octubre de 1.994 del Sistema de Traslado Neonatal, a cargo de los profesionales del Servicio de Terapia Intensiva Neonatal.

Dicho Servicio pudo concretarse a través de la incorporación de los profesionales Neonatólogos al sistema de **actas-acuerdo**.

Si bien no es el único factor que logró obtener este descenso (de 13,3 % en 1.992 a 9,4 % en el año 2.000), constituyó sin lugar a dudas un elemento fundamental.

A partir de los resultados obtenidos, se observa que :

SE HA CUMPLIDO CON EL OBJETIVO DE OPTIMIZAR

LOS SERVICIOS DE INTERNACIÓN DEL HOSPITAL NOTTI

Dicho objetivo, ha formado parte de las actas acuerdo firmadas con los profesionales.

Evidentemente **el permitir el aumento de horas de trabajo profesional, junto al compartir los objetivos institucionales, acercando las expectativas del profesional y las necesidades de la institución, procurando la satisfacción de ambas**, ha posibilitado el resultado obtenido; ya que se pudo **aumentar el número de camas disponibles** y al mismo tiempo **aumentar el porcentaje ocupacional, con aumento del número de pacientes egresados**, logrando además **disminuir el promedio de días de estada**.

Se consiguió además, **aumentar la actividad del hospital de día y de la internación temporaria**, lo que favoreció a un gran número de pacientes evitando su internación prolongada.

Es de destacar el **descenso de la tasa de mortalidad hospitalaria** lo que habla de mejora de la calidad de atención.

IX.1.1.REFLEXIÓN FINAL

El alinear los objetivos institucionales con los incentivos profesionales contemplando las motivaciones y expectativas del personal, constituyen una de las estrategias (si bien no la única) que lleva a aumentar la producción, el rendimiento y la calidad de la atención hospitalaria, con el beneficio consiguiente de la población asistida.

Este sistema de acuerdos, debe ser evaluado permanentemente, y modificado sus objetivos, según se vayan logrando los inicialmente propuestos, y surgiendo otros, de acuerdo a la realidad del hospital y de la población asistida.

Todo lo cual contribuirá a continuar en el **camino de la mejora continua**.

La posibilidad de brindar calidad en la atención de la salud, desde el punto de vista bioético, se facilita cuando asienta en las convicciones, normas éticas, médicas y principios institucionales.

El médico que concibe los valores morales como el alma de la medicina, es el **LÍDER** que concebimos cuando cumple con el Decálogo que orienta nuestra actividad.

DECÁLOGO

- ◆ **La atención integral del niño es nuestro principal interés.**
- ◆ **El que hacer asistencial estará guiado por el amor al niño**
- ◆ **Siempre se considerará el interés del niño y el respeto a su dignidad.**
- ◆ **Someteremos nuestra opinión y amor propio a la verdad científica**
- ◆ **Toda duda que surja en la atención del niño, será solucionada con las consultas necesarias**
- ◆ **Nunca serán lesivas para el niño las prácticas de Docencia e Investigación**
- ◆ **El niño incurable será también amado, respetado y cuidado**
- ◆ **Se brindará la información adecuada a los padres, colegas y 7 o instituciones que intervengan en la atención del niño**
- ◆ **El bien del niño guiará a los padres al otorgar su consentimiento**
- ◆ **Curaremos a veces, aliviaremos frecuentemente, y ayudaremos siempre al niño y su familia**

BIBLIOGRAFÍA

- Berwick, D.M.: “Caja de Resonancia-El mejoramiento continuo como ideal en la atención de la salud”. En: La Garantía de Calidad-Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe.Ed.J.M.Paganini y H.M.Novaes, OPS/OMS-Federación Latinoamericana de Hospitales. Ed. Paltex, OPS,1.992.
- Bustelo E. S., Política social en un contexto de crisis: ¿ Será que se puede? UNICEF.Argentina, 1.990.
- Cibeira M. E. “Hospitales de Mendoza, aportes para el estudio de su historia”. Ed.ISBN- Mendoza. 1.986.
- Chiavenato, I. “Administración de Recursos Humanos”. Edit.Mc.Graw Hill.
- Da Silva, A. A. Empresa Pública Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Un Modelo Eficaz,1.993.
- Davis, K.; Newstrom, JW. “El comportamiento Humano en el trabajo”. Edit. Mc.Graw.
- Decreto nacional N° 578.Buenos Aires, abril 1.993.
- Domínguez Marquez O. “La calidad en Servicios de Salud”. Ed.Limusa-Grupo Noriega Editores-1.993.
- Guerra de Macedo, C. El contexto. La crisis de Salud Pública. Reflexiones para el debate. Publicación Científica N° 540, OPS, Washington, 1.992..
- Lain Entralgo, P. Historia Clínica. Espasa, Madrid, 1.970.

- Neuhauser, D. "The Quality of Medical Care and the 14 Points of Edwards Deming". En: Kovner, A. & Neuhauser, D. Health Services Management. Health Administrations Press. Ann Harbor, Michigan, 1.990.
- Ley Provincial N° 6.015. " Régimen de descentralización del Hospital Público de la Provincia de Mendoza". 1.993.
- Novaes, H. M ."Organización Funcional del Instituto Cardiológico del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Pablo. Ed. Librería Pioneira e Editora, San Pablo 1.976.
- Novaes, H. M ."Integración de los Sistemas Locales de Salud" (SILOS). Análisis conceptual y apreciación de los Programas Seleccionados para América Latina". PROAHSA, San Pablo. Ed. Librería Pioneira e Editora, San Pablo, 1.990.
- Novaes, H. M .& Paganini, J. M. "Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe". Organización Panamericana de Hospitales / Organización Mundial de la Salud. Federación Latinoamericana de Hospitales. Serie SILOS N° 13, Brasilia, 1.992
- Novick, E. "Los Hospitales de Autogestión – El Derecho a la Salud". Año 2, N° 2, 1.993.
- O`Donnell, J. C. Discurso inaugural del VII Congreso Argentino de Auditoría Médica, 1.982.
- O`Donnell, J. C. Discurso en nombre de los premiados. Premio Academia Nacional de Medicina, año 1.985, por el trabajo "Evaluación de calidad de atención Médica en internación". Autores: Dres. Borini, L. M; Fernández de Busso, N.; González, A. J.; O`Donnell, J. C.; Reale, A. Y Rivara, E. C.
- OPS "Orientaciones estratégicas y prioridades programáticas." 1.991-1.994. Resol. XIII de la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana, 1.990.
- OPS "Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud". 1.989.
- OPS Resolución XV y Documento CD 33/14. 1.988.

Ospina Lugo, J.Rey Pardo, N. “Gestión en salud”-Edit.Mc Graw Hill .

PROAHSA, OPS / OMS- Manual de Organización y Procedimientos Hospitalarios. Paltex.

Resolución Ministerio de Salud de la provincia de Mendoza N° 1.145. Mendoza, julio 1.992.

Resolución Ministerio de Salud de la Provincia de Mendoza N° 1.747, setiembre 1.992

Ugalde, A. “La Sociología de la Salud en las Sociedades Post-industriales: El caso de Estados Unidos”. 1.987. Medicina y Sociedad. Vol. 10, N° 1-2.

