



**LA TRANSFORMACIÓN DE LOS  
PROCESOS ENFERMEROS DE  
TERAPIA INTENSIVA E  
INTERMEDIA DEL HOSPITAL SAN  
BERNARDO, EN LA PROVINCIA  
DE SALTA,  
AÑO 2010**

**MAESTRANDO**

**LIC. MONTAGNA, MÓNICA PATRICIA**

**MAESTRÍA EN GERENCIA Y  
ADMINISTRACIÓN EN SERVICIOS DE  
SALUD**

**CÓRDOBA, AÑO 2014**

**LA TRANSFORMACIÓN DE  
LOS PROCESOS ENFERMEROS  
DE TERAPIA INTENSIVA E  
INTERMEDIA DEL HOSPITAL  
SAN BERNARDO, EN LA  
PROVINCIA DE SALTA,  
AÑO 2010**

**MAESTRANDO**

**LIC. MONTAGNA, MÓNICA PATRICIA**

**DIRECTOR DE TESIS**

**ROBERTO TAFANI**

**TRIBUNAL DE TESIS**

## **DEDICATORIA**

### **PARA MIS HIJOS**

**POR MÁS BELLEZA FÍSICA QUE SE POSEA,  
LA BELLEZA INTERNA, ES LA QUE AL FIN  
PREVALECE A TRAVÉS DEL TIEMPO.**

**TODO LO BUENO Y BELLO DE LA VIDA ESTÁ  
DENTRO DE USTEDES.**

**NUNCA SE DEN POR VENCIDO.**

**“LA VIDA ES MARAVILLOSA Y VALE LA PENA  
VIVIRLA, DISFRÚTENLA.”**

**LOS QUIERO...**

## **AGRADECIMIENTO**

**LE AGRADEZCO A MI ESPOSO E HIJOS POR  
TODO EL AMOR, COMPRENSIÓN, CONTENCIÓN Y  
CONSEJOS QUE ME BRINDARON  
INCONDICIONALMENTE A LO LARGO DE TODO EL  
PROCESO EDUCATIVO QUE ME TOCO VIVIR.  
TAMBIÉN QUIERO AGRADECER A TODAS LAS  
PERSONAS QUE CON SU APOYO, COOPERACIÓN  
Y AMOR HICIERON POSIBLE QUE CONCRETARA  
LA CULMINACIÓN DE ESTE PROYECTO.**

**Art. 23- Ordenanza Rectoral 3/77**

**“La Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Córdoba, no es solidaria con los conceptos vertidos por el autor”**

# ÍNDICE

## **RESUMEN**

## **SUMMARY**

## **INTRODUCCIÓN**

**Planteo del Problema..... 1**

**Justificación del Proyecto..... 5**

**Objetivo General y Específico ..... 7**

## **MARCO TEÓRICO**

**Proceso de Transformación del Sistema de Salud..... 8**

## **PROVINCIA DE SALTA:**

**1. Ubicación y Características..... 15**

**2. Situación Económica del Sector Salud..... 16**

**3. Historia del Policlínico San Bernardo..... 17**

## **ANÁLISIS INTERNO DE LA ORGANIZACIÓN:**

**1. Capacidad Gerencial Organizativa..... 20**

**2. Capacidad Económico Financiero..... 21**

**3. Capacidad Productiva de los Servicios..... 22**

**4. Capacidad del Recurso Humano..... 23**

**5. Capacidad Física y Tecnológica..... 24**

**6. Situación de Enfermería en el Hospital..... 27**

**7. Características Generales..... 28**

## **UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA E INTERMEDIA:**

**1. Unidad de Terapia Intensiva..... 31**



<b>2. Unidad de Terapia Intermedia.....</b>	<b>32</b>
<b>Gestión Clínica.....</b>	<b>34</b>
<b>El Enfermero Gestor.....</b>	<b>36</b>
<b>Gestión por Procesos.....</b>	<b>37</b>
<b>PROCESOS ENFERMEROS:</b>	
<b>1. Procesos Estratégicos.....</b>	<b>40</b>
<b>2. Procesos Operativos.....</b>	<b>41</b>
<b>3. Procesos Logísticos.....</b>	<b>43</b>
<b>4. Diagrama de Flujo de Actividades.....</b>	<b>45</b>
<b>DISEÑO METODOLÓGICO:</b>	
<b>1. Enfoque de la Investigación.....</b>	<b>48</b>
<b>2. Operacionalización de las Variables.....</b>	<b>50</b>
<b>3. Muestra, Población o Universo.....</b>	<b>52</b>
<b>4. Fuentes, Técnicas e Instrumento.....</b>	<b>53</b>
<b>5. Plan de Recolección de Datos.....</b>	<b>54</b>
<b>6. Procesamientos de Datos.....</b>	<b>55</b>
<b>7. Presentación de Datos.....</b>	<b>57</b>
<b>8. Análisis e Interpretación de los Datos.....</b>	<b>63</b>
<b>9. Cronograma de Actividades.....</b>	<b>64</b>
<b>10. Plantilla de Presupuesto.....</b>	<b>65</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>66</b>
<b>TABLA MAESTRA.....</b>	<b>73</b>
<b>CONCLUSIÓN</b>	
<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	

## **RESUMEN**

El presente trabajo comienza con una visión de los diferentes tipos de Sistemas Salud por los que transitó nuestro País hasta llegar al Modelo de Gestión Hospitalaria que actualmente se implementa.

Se profundizará en los conceptos de Procesos de Gestión, Procesos Enfermeros y Gestión Estratégica. Se establecerá los cambios efectuados en los Procesos Enfermeros, Expectativa del Enfermero en los servicios de Terapia Intensiva e Intermedia.

El enfoque de la **Gestión por Proceso** pretende incorporar los elementos claves de la gestión estratégica a los procesos enfermeros para hacerlos más competitivos y dotarlos de mayor calidad.

La novedad estriba en identificar, situar y definir los **Procesos Enfermeros**, de manera que podamos conocer las consecuencias que dicha sistematización tiene en la estructura hospitalaria, si existen y son adecuadas las normas que lo regulan, si son eficientes y poder obtener una mejor evaluación de sus impactos.

El momento es propicio para que la **Profesión de Enfermería** realice sus proyectos de cambio y brinde respuestas efectivas y dinámicas en función de los procesos establecidos, influyendo sobre otros profesionales de la salud, para que participen en los procesos de reforma del Sistema Sanitario.

El enfoque de esta metodología de trabajo constituye un reto importante en las organizaciones sanitarias, puesto que requiere un cambio cultural en todos los profesionales, propiciando una mayor sinergia de todos los participantes que dominan las diferentes líneas de acción que intervienen en el proceso (divisiones médicas, enfermera y logística).

La **gestión clínica** trata de acercar e integrar la cultura de la práctica clínica a la cultura de la gestión. De modo que cuando se persiguen determinados resultados también debe quedar claro cuál es la forma más hábil para alcanzarlos y qué procesos técnicos se deben abordar para llegar a ellos con firmeza y eficiencia.

## **SUMMARY**

This paper begins with an overview of the different types of health systems through which transited our country up to the Hospital Management model currently being implemented.

It explores in depth the concepts of Process Management, Process and Strategic Management Nurses. Changes to be established in the Process Nurses, Nurse Expectation on Intensive Care and Intermediate.

Focus on Process Management intends to incorporate the key elements of strategic management processes to make them more competitive nurses and provide them with better quality.

The novelty is to identify, locate and define the processes nurses, so that we can know the consequences of such systematization is in the hospital structure, if any, and the appropriateness of rules governing it, if they are efficient and to allow a better assessment of impacts.

The time is ripe for Nursing Professionals make your change projects and provide effective and dynamic responses according to established processes, influencing other health professionals, to participate in the process of reform of the health system.

The focus of this methodology is a major challenge in healthcare organizations, since it requires a cultural change in all professionals, facilitating greater synergy of all participants that dominate the different lines of action involved in the process (medical divisions , nurse and logistics).

Clinical management is closer and integrate the culture of clinical practice in the management culture. So when pursuing specific outcomes must also be clear what is the

most able to achieve and what technical processes must be addressed to reach them with firmness and efficiency.

# INTRODUCCIÓN

En nuestro país el Sistema de Salud ha sufrido muchas modificaciones buscando dar respuestas a las necesidades de la población, la cual se encuentra en permanente crecimiento.

Los Sistemas de Salud están referidos a la financiación global del sector salud, a la población bajo cobertura y las condiciones de acceso, teniendo en cuenta dos elementos fundamentales como es la situación general de la salud y la política de salud **(1)**.

El trabajo realizado entre el Gobierno Nacional con las Provincias en el ámbito de la salud es de unificar los criterios que van a encaminar la tarea en conjunto para mejorar las políticas sanitarias y su implementación en el territorio argentino.

Los hospitales son organizaciones muy complejas, con un gran número de profesionales que participan en los procesos de asistencia a los pacientes **(2)**. Es por ello que en nuestra provincia estos establecimientos Público financiado por el Estado pasaron a ser mediante un Decreto Provincial N° 3602 en Hospital Público de Autogestión con tercerización de los servicios, la cual baja los costos laborales y flexibiliza la relación laboral **(3)**.

Luego de siete años de implementar la Autogestión en los Hospitales públicos, se observaron una serie de dificultades que fue necesario corregir, para ello se creó

- 1.** Dr. Gabriel Acevedo, Año 2003 “Sistemas Sanitarios y Modelos de Atención de la Salud” pag. 3
- 2.** Rolando Osmar Ciro, Año 2001 “Enfermería Moderna” Cap. III La Dirección por Objetivo en las Org. Sanitarias Editorial El Ateneo.
- 3.** Dra. Susana Balcarce, Dra. Angélica Farfán, Dra. Laura Cartuccia, Año 2006 “Análisis de las Políticas Sociales y de Salud en la Provincia de Salta”, pag.3- 5.

el Decreto 939/00 , donde se establece el Régimen de Hospitales Públicos con Gestión Descentralizada, especificando los lineamientos a seguir**(4)**.

Las políticas de desarrollo son fundamentales para diseñar el proceso de planificación de un gobierno, ya que orientando su gestión le permite alcanzar los objetivos propuestos como son brindar una cobertura asistencial con calidad en los servicios de salud a todas las personas que lo soliciten.

Un **modelo de gestión clínica** conlleva cambios en los roles tanto de los gestores como de los profesionales. La orientación al cliente (externo e interno) es una cualidad íntimamente ligada a este modelo. Por eso, es necesario trabajar la comunicación ascendente y descendente, la formación de los profesionales y la clasificación de los clientes/ pacientes según sobre sus necesidades clínicas.

Como todo sistema que evoluciona, necesita renovarse mediante nuevas estrategias y nuevos modelos de gestión que respondan con eficacia a los diferentes tipos de cambios que se producen sucesivamente en el entorno.

Un modelo integral de gestión clínica necesita que sea desarrollado desde diferentes niveles. El **nivel macro** se encargará de los aspectos normativos; el **nivel meso** de los organizativos y el **nivel micro** de la operatividad del proceso clínico **(5)**.

Los productos finales en una empresa de salud, siempre serán fruto de la colaboración y cooperación de los actores que intervienen en su misión. Cada una de las organizaciones que participan en la fabricación de sus productos lo realiza mediante el control de sus actividades, de manera que el aporte del producto sea fruto de una práctica excelente. En este sentido, el **producto enfermero** se los

**4.** Decreto N° 939 – Régimen de Hospital Público con Gestión Descentralizada. 19/10/2000

**5-** Mora Martinez, José Ramón “Guía Metodológica para la Gestión por Procesos. Aplicación en las Organizaciones de Enfermería”. Capítulo II. Pag.27

considera generalmente como producto intermedio, donde se ofrece los cuidados y técnicas de enfermería en sus diferentes acciones de salud **(6)**.

El presente trabajo comienza con una visión de los diferentes tipos de Sistemas Salud por los que transitó nuestro País hasta llegar al Modelo de Gestión Hospitalaria que actualmente se está utilizando. También se profundizará en los conceptos de Procesos de Gestión, Procesos Enfermeros y Gestión Estratégica. Se establecerá los cambios efectuados de los Procesos Enfermeros, expectativa y Satisfacción del Enfermero, en los servicios de Terapia Intensiva y Terapia Intermedia.

Un Hospital necesita tener claro sus objetivos colectivos, y necesita ser capaz de explicar y trasladar estos a todas las unidades y a todos los profesionales de la institución para que converjan en el rumbo que la dirección de la organización ha establecido **(7)**.

Como todo sistema que evoluciona, necesita renovarse mediante nuevas estrategias y nuevos modelos de gestión que respondan con eficacia a los diferentes tipos de cambios que se producen sucesivamente en el entorno.

La **gestión clínica** va más allá de la práctica clínica, trata de acercar e integrar la cultura de la práctica clínica a la cultura de la gestión. Es el conjunto de actividades que se realizan para diagnosticar y pautar las medidas terapéuticas según el estado de salud valorado previamente **(8)**.

**6.** Mora Martínez, José Ramón y Ferrer Arnedo, Carmen – “Diseño de Organizaciones Eficiente”, Capítulo IV “Los Procesos: Concepto y Clasificación orientada a las organizaciones de enfermería. Pag. 23

**7.** Ibid. Pág. 25

**8.** Mora Martínez, José Ramón Guía Metodológica para la Gestión por Procesos. Aplicación en las Organizaciones de Enfermería. Capítulo II “Gestión Clínica en las Organizaciones de Enfermería” Pag.28-38



## **PLANTEO DEL PROBLEMA**

El **proceso de gestión en salud**, desde la formulación de políticas hasta la evaluación de las acciones de salud, las determinantes demográficas, culturales y sociales, así como la accesibilidad a los servicios de salud son una constante problemática a enfrentar **(9)**.

Los problemas de salud no se encuentran determinados sólo por procesos biológicos de las personas, sino que también están determinados por una multiplicidad de factores sociales, políticos, institucionales, culturales, etc.

Resulta necesario avanzar en la implementación de las Políticas Sanitarias sustantivas e Instrumentales fijadas por el Gobierno Nacional para la transformación, el desarrollo y fortalecimiento del Sistema de Salud **(10)**.

El Gobierno Nacional junto a todas las provincias está construyendo e implementando nuevas Políticas Nacionales de Salud que posibilitan acercarnos a la realidad que viven los individuos.

Si tenemos en consideración la aplicación de las nuevas formas de gestión, el contexto fundamental para el desarrollo de la gestión clínica es un dispositivo asistencial orientado al paciente/ cliente dentro de una estructura sanitaria.

La vinculación entre instituciones y actores forma parte de la Planificación de Salud, al entender que la salud no depende sólo del Sistema Sanitario, por lo que se requiere la coordinación entre gobierno y establecimientos para llevarla a cabo.

**9.** Lic. Elida Marconi, Año 2006 “Estadística e Información en Salud” Rev. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Vol. III pág. 6

**10.** Decreto N° 939 – Régimen de Hospital Público con Gestión Descentralizada. 19/10/2000

La estrategia de la atención primaria de la salud y el sistema de médicos de cabecera deberán ser parte integrante de los sistemas de servicios de salud teniendo como objetivo final, tender hacia una reorganización de los mismos, de modo que el Hospital Público pueda hacer una asignación más adecuada y un uso eficiente de sus recursos, destinándolos a las acciones de atención de la salud de segundo y tercer nivel **(11)**.

La atención hospitalaria juega un papel preponderante en la atención sanitaria; pues los hospitales albergan a las personas con los problemas de salud más serios y son los centros más costosos del sistema de salud, por la atención especializada y tecnología avanzada que brindan, además del servicio hotelero que lógicamente ofrecen.

El **Decreto N° 939** establece que los **HOSPITALES PÚBLICOS DE GESTIÓN DESCENTRALIZADA** deberán garantizar la atención de la salud gratuita, eliminando todo tipo de arancelamiento por la utilización de los servicios que brinda a la población.

Guiará su accionar a través de los siguientes lineamientos:

- a) Garantizar la máxima cobertura posible, de acuerdo con su nivel de complejidad, a la población no cubierta por los restantes subsistemas de atención de la salud.
- b) Orientar un cambio del modelo de Atención de la Salud en todos sus niveles en el Marco Estratégico-Político para la Salud de los Argentinos, según lo establece el Decreto N° 455/00.
- c) Promover el desarrollo de la figura del médico de cabecera o de familia.
- d) Mejorar los niveles de calidad a partir del cumplimiento de normas de calidad.
- e) Participación comunitaria en el control de la accesibilidad y la calidad de atención brindada a la población. **(12)**.

**11.** Ibid.

**12.** Decreto N° 939 – Régimen de Hospital Público con Gestión Descentralizada. 19/10/2000

El cambio de un **modelo “gerencial y de direcciones de división”** hacia la **Gestión Clínica** conlleva a la descentralización del poder de las decisiones, las que se organizan en forma autónoma; la gestión de los recursos y pacientes se debe implementar tomando como referencia la efectividad, la calidad y los costes.

Este cambio en el estilo de dirección precisa de una importante transformación en la forma de entender la función administrativa de soporte (planificación, organización, dirección y control evaluativo). La gestión de los flujos de información para producir cuadros de mando que faciliten la toma de decisiones operativas.

A los profesionales les corresponde asumir el Liderazgo en los procesos, lo que lleva a gestionar integralmente la producción de los servicios, es decir, realizar la gestión de los clientes/ paciente de manera directa, mediante una clasificación, según su homogeneidad de cuidados, las técnicas diagnósticas y terapéuticas que necesiten **(13)**.

Las empresas o las organizaciones son, en general, tan eficientes como lo son sus procesos, es decir, gestiona el cambio hacia los procesos, donde se centran los esfuerzos y se trabaja con una visión de objetivo hacia el cliente **(14)**.

Esta forma de enfocar la gestión hará, que los esquemas organizativos se aplanen, la organización se abra más, se minimicen actividades de pleitesía entre departamentos carente de valor añadido y que, en suma, todos los componentes de la organización piensen como hacer que el cliente se sienta más satisfecho con la atención prestada y con los servicios que se ofrecen **(15)**.

**13-** Mora Martínez, José Ramón Guía Metodológica para la Gestión por Procesos. Aplicación en las Organizaciones de Enfermería. Capítulo II "Gestión Clínica en las Organizaciones de Enfermería" Pag.31

**14.** Mora Martínez, José Ramón y Ferrer Arnedo, Carmen – "Diseño de Organizaciones Eficiente", Capítulo IV "Los Procesos: Concepto y Clasificación orientada a las organizaciones de enfermería. Pag.103

**15.** Ibid. Pag.104

El enfoque de esta metodología de trabajo constituye un reto importante en las organizaciones sanitarias, puesto que requiere un cambio cultural en todos los profesionales, propiciando una mayor sinergia de todos los participantes que dominan las diferentes líneas de acción que intervienen en el proceso (divisiones médicas, enfermera y logística).

El enfoque de la **Gestión por Proceso** pretende incorporar los elementos claves de la gestión estratégica a los procesos que atiende la organización de enfermería para hacerlos más competitivos y dotarlos de más calidad. La novedad estriba en identificar, situar y definir los **procesos enfermeros**, de manera que podamos conocer las consecuencias que dicha sistematización tiene en la estructura, si existen y son adecuadas las normas que lo regulan, si se atienen a las expectativas del personal, si son eficientes y obtener una mejor evaluación de sus impactos **(16)**.

En razón de las situaciones planteadas, el problema se define de la siguiente manera:

**LA TRANSFORMACIÓN DE LOS PROCESOS ENFERMEROS DE TERAPIA INTENSIVA E INTERMEDIA DEL HOSPITAL SAN BERNARDO EN LA PROVINCIA DE SALTA, AÑO 2010.**

## JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Es importante conocer los procesos de transformación históricos que sufrió el Sistema de Salud para llegar a establecer el lineamiento que sigue nuestro país, y así ofrecer una máxima cobertura a través de los Hospitales Públicos.

El identificar las limitaciones para reconocer y definir los problemas existentes es una necesidad de adaptación para enfrentar los cambios.

La multiplicidad de decisiones, acciones y factores (actividades y profesionales) que requieren los procesos sanitarios, puede propiciar un aumento descoordinado entre los departamentos y también entre los niveles asistenciales, debido a que los procesos no están controlados ni estabilizados. Todo ello repercute negativamente en el cliente y, por consiguiente en la calidad de los servicios **(17)**.

La necesidad de coordinar todos estos circuitos asistenciales conlleva una serie de razones que justifican, a mi parecer, incorporar la **Gestión por Procesos** a la cultura de la organización sanitaria. A saber:

- ✚ Involucrar a todos los estamentos de la organización inter-funcional, que generen flujos de trabajos inter-departamentales y/o multidisciplinares.
- ✚ Necesidad de adecuar los servicios de enfermería al proceso de gestión vigente.
- ✚ Mejorar la coordinación entre niveles asistenciales.
- ✚ Lograr una mayor comunicación y trabajo en equipo, respetando la estructura organizativa funcional de cada estamento, con criterios basados en la autonomía y responsabilidad.

**17.** Barrantes, E. Rodrigo. “Un Cambio al Conocimiento, un Enfoque Cualitativo y Cuantitativo” 2da reimpresión. Editorial EUNED, San José Costa Rica, 2000

Un **Sistema de Salud** se considera eficiente cuando es capaz de combinar recursos humanos y materiales en el cumplimiento de los objetivos. La clave para lograrlo es la existencia de funciones claras y de cierto grado de discrecionalidad o autoridad en apoyo a las acciones de los administradores para brindar un producto sanitario aceptable para la sociedad **(18)**.

De modo que cuando se persiguen determinados resultados también deben quedar claras cuál es la forma más hábil para alcanzarlos y qué procesos técnicos se deben abordar para llegar a ellos con firmeza y eficiencia **(19)**.

Es por ello que al establecer cuales fueron los motivos que me llevaron a querer realizar este proyecto, se identificaron los puntos críticos (antes mencionados) que deben ser desarrollados con estrategias pertinentes, requeridas para la contribución significativa y necesaria del proceso de cambio.

El momento es propicio para que la **Profesión de Enfermería** realice sus proyectos de cambio y brinde respuestas efectivas y dinámicas en función de los procesos establecidos, influyendo sobre otros profesionales del área de la salud, para que participen en los procesos de reforma del sector salud, en el cual se fijaron grandes expectativas para el desarrollo de los servicios sanitarios que satisfagan las necesidades de la población.

**18.** Gisbert, Ramon i Gelonch, “Economía y Salud” Masson, S.A. Cap. 10 Técnicas de Gestión Económica. Pag. 123 Año 2002

**19.** Dr. Jorge Lemus Año 2006 “Ciencias Empresariales y Sociales”. Pág. 22

## **OBJETIVO GENERAL**

- ✓ Conocer la transformación de los Procesos Enfermeros de los Servicios de Terapia Intensiva e Intermedia del Hospital San Bernardo en la Provincia de Salta, durante el año 2010.

## **OBJETIVO ESPECIFICO**

- ✓ Describir los Procesos Enfermeros utilizados en los Servicios de Terapia Intensiva e Intermedia antes del cambio de Gestión.
- ✓ Establecer los cambios efectuados en los Procesos Enfermeros.
- ✓ Establecer las Expectativas del Personal de Enfermería de los Servicios de Terapia Intensiva e Intermedia.

# MARCO TEÓRICO

## PROCESO DE TRANSFORMACION DEL

### SISTEMA DE SALUD

El crecimiento urbano y la corriente migratoria explican las nuevas orientaciones del Estado en materia de Salud Pública.

Hasta la mitad de los años 40 el sistema sanitario estaba conformado por una multiplicidad de instituciones, casi todas de beneficencia y algunos hospitales públicos.

El rol del Estado era prácticamente subsidiario y consistía en la formación de recursos humanos dedicados a la actividad sanitaria y la prestación asistencial.

La concepción de salud dominante (paradigma) de esa época era, el de la responsabilidad individual y objeto de la caridad.

La transformación más importante se dio recién en la gestión del **Dr. Ramón Carrillo** a partir de 1943, con la organización de los **servicios de salud estatales**. El Hospital se convirtió en el eje de la atención con una estrecha vinculación entre las instituciones de la seguridad social y el hospital público, dejando de lado el sector privado para los sectores más pudientes **(20)**.

El propósito de mantener la accesibilidad de la salud a los sectores menos pudientes, propicio la creación de **Centros de Salud** y Establecimientos para Crónicos, la **Regionalización Sanitaria**, la Coordinación entre los diferentes servicios y la formación del **Recurso Humano en Salud Pública (21)**.

**20.** López, Susan, Año 2008 “El Sistema de Salud Argentino” Material de Trabajo para Medicina Social. Facultad de Trabajo Social, La Plata, pág. 1

**21.** Acuña Carlos y Mariana Chudnovsky, Año 2002 “El Sistema de Salud Argentino” Documento de Trabajo N°60. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional (CEDI).Fundación Gobierno, pag.2



Caído el General Perón hubo intentos de descentralización para disminuir el papel central y coordinador que se había tenido desde el Estado con el Ministerio de Salud Pública y Acción Social.

A partir de ese momento se observa un claro cambio de **Modelo Estatal y Garantizador hacia un Modelo Descentralizado y Excluyente.**

Hasta entonces el financiamiento fue exclusivamente por rentas generales, provenientes de impuestos. La idea era establecer un mecanismo financiador de las prestaciones para constituir un **seguro de salud**. De allí surgirá la Ley 18.610 de **Obras Sociales**.

Después de asumir Cámpora hacia el año 1974, se creó el **Sistema Nacional Integrado de Salud** (SNIS) Ley 20.748. La cual tenía varias diferencias con la Ley de las Obras Sociales **(22)**:

- Le asignaba al Estado la responsabilidad de hacer efectivo el derecho a la salud.
- El Estado debía actuar como financiador y ser garante económico en la dirección de un sistema único e igualitario.
- Permitía la incorporación de provincias, universidades y del sector privado por medio de convenios.

El SNIS no prosperó por falta de apoyo de las organizaciones sindicales y el sector privado. Fue desapareciendo hacia 1977.

**22.** Ibid, pag.4

Después del golpe de 1976 se agudizó la descentralización, se debilitó el protagonismo del Estado, el cual fue transfiriendo sus establecimientos hospitalarios a las provincias y municipios.

La pérdida de la capacidad orientadora y fiscalizadora del Estado, permitió el desarrollo de un mercado de servicios de salud donde el modelo prestador es tecnológico **(23)**.

Con la llegada de la Democracia, el gobierno de Alfonsín intentó recomponer el rol del Estado y avanzó hacia la creación de un **Seguro Nacional de Salud**. La Ley del Sistema Nacional de Salud se aprobó en 1978, desdoblándose en la Ley de Obra Sociales 23.660 y la del SNS 23.661. Ambas leyes están en vigencia.

La **descentralización** ya estaba bastante consolidada hacia 1991 donde el **Decreto 578/93** proponía **transformar los Hospitales Públicos de Autogestión** en unidades eficientes, capaces de obtener recursos a través del arancelamiento de los servicios a personas con capacidad de pago y prestadores de salud. La atención médica gratuita quedaba así, restringida a los sectores de más bajos ingresos que demostraran no tener cobertura de Obra Social y/o Seguro Privado **(24)**.

El modelo de autogestión no llegó a consolidarse totalmente debido a la falta de pago por parte de las obras sociales y a la baja contribución de los usuarios.

Al mismo tiempo que decaía la atención médica gratuita en los hospitales, crecía la demanda de salud, como consecuencia del incremento del desempleo y la consiguiente pérdida de cobertura de obra social.

**23.** López, Susan, Año 2008 “El Sistema de Salud Argentino” Material de Trabajo para Medicina Social. Facultad de Trabajo Social, La Plata, pág. 1

**24.** Repeto Fabian, Año 2001, “Descentralización de la Salud Pública en los noventa” Doc. De Trabajo N° 55, Fundación Gobierno y Sociedad, Centro para el Desarrollo Institucional, Bs. As.

La Argentina llegó a la década de los **años noventa** con un esquema universalista de provisión principalmente pública de salud, compatible con los requerimientos de un modelo de crecimiento económico basado en el mercado interno y pleno empleo.

Se profundizaron las medidas tendientes a la descentralización. La lógica imperante a partir de ese momento vino acompañada de una consolidación del modelo ideológico neoliberal, donde el protagonismo pasó al mercado **(25)**.

El Estado, bajo los lineamientos de ajuste, restringió los recursos dedicados a la política social, pero el creciente desempleo y precarización laboral profundizaron la demanda al sistema público que también se hallaba colapsado. La declinación de la salud pública es evidente.

Durante la década de los años noventa, el gobierno abrió el juego al sector privado y las obras sociales ofrecían servicios en forma conjunta, de modo que los trabajadores pudieran elegir libremente entre unas y otras. Aunque la desregulación total no llegó a legislarse, hubo un importante avance en este sentido a través del Decreto 9/93 que habilitó a los trabajadores a optar por una Obra Social que no perteneciera a la actividad económica de empleo. Por otra parte, se legisló la libre elección entre Obra Social y Seguro Privado para el personal jerárquico **(26)**.

En la práctica, la conjunción de estos factores permitió la ampliación de la participación del sector privado en el sistema de cobertura de salud de los asalariados.

**25.** López, Susan, Año 2008 “El Sistema de Salud Argentino” Material de Trabajo para Medicina Social. Facultad de Trabajo Social, La Plata, pág. 3

**26.** Acuña, Carlos y Mariana Chudnovsky Año 2002 “El Sistema de Salud en Argentina” Doc. N° 60. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional (CEDI) Fundación Gobierno.

Para poder comprender este giro, se debe entender que esta transformación responde a toda una **reforma en el Estado**. Las reformas en este sector corresponden a las reformas de **“segunda generación”** impulsadas por los organismos multilaterales como el Banco Mundial (BM) y el Banco Interamericano de desarrollo (BID). Estas reformas fueron impulsadas para dar sustentabilidad a las reformas macroeconómicas es decir, a las políticas de ajuste estructural.

Las medidas fueron de recorte administrativo financiero, por ejemplo la nueva modalidad de gestión financiera de los hospitales, profundización de la descentralización, privatización de servicios de salud y la puesta en marcha de programas focalizados, por ejemplo el primero fue el Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN) **(27)**.

Desde el punto de vista de la provisión de los servicios de salud existen tres tipos de prestadores: **El Sector Público** (dentro de este están la Nación, las Provincias y los Municipios, con participaciones variables según las provincias); **los Prestadores Privados** y un tercer grupo que son algunos **Organismos Sociales** que prestan servicios por su propia cuenta.

El **financiamiento** por su parte, se origina en tres fuentes: los impuestos nacionales, provinciales y municipales en caso del sector público; las contribuciones a la seguridad social en caso de las obras sociales; y los pagos directos del sector privado **(28)**.

**27.** López, Susan, Año 2008 “El Sistema de Salud Argentino” Material de Trabajo para Medicina Social. Facultad de Trabajo Social, La Plata, pág. 3

**28.** Mangini, Alejandro; Vigilante, Alejandro y Manca Yamila; Año 2004 “Administración de un Hospital Público”. Monografía para Administración Pública en la Facultad de Administración y Economía. Universidad de la Marina Mercante

Dado que **cada provincia** tiene la facultad de **auto -determinar** su política en el **ámbito de la salud**, existen importantes diferencias en el ámbito regional. La mayoría de las provincias dividen su territorio en **zonas sanitarias**, pero la gestión y la participación en el manejo del sistema de salud es absolutamente diferente.

La asignación del gasto provincial en salud entre los diferentes hospitales se realiza, en la mayoría de las provincias, de acuerdo con el comportamiento histórico. No se transfiere un presupuesto para que sea manejado por el hospital, sino que desde el gobierno central se pagan los sueldos, salarios, y se compran los insumos, esto otorga a los hospitales poco margen de acción para administrar sus recursos y competir en el mercado **(29)**.

El modelo de organización reposa en grandes estructuras, donde se integran desde el cuidado primario hasta la tarea de alta complejidad. No existe un sistema de derivación explícito, sino que los médicos que atienden en el hospital son los que deciden qué paciente se internan, cuánto tiempo y qué prácticas complementarias deben ser realizadas.

La descentralización ya estaba bastante consolidada hacia fines de 1991, pero la medida más relevante para los Hospitales Públicos fue el **Decreto 578/93** que proponía transformarlos en **Hospital Público de Autogestión**, capaces de obtener recursos a través del arancelamiento de los servicios a personas con capacidad de pagar por los servicios adquiridos y prestadores de salud.

La atención médica quedaba así, restringida a los sectores de más bajos ingresos que demostraran no tener cobertura de Obra Social y/o de Seguro Privado **(30)**.

**29.** Ibid

**30.** López, Susan, Año 2008 “El Sistema de Salud Argentino” Material de Trabajo para Medicina Social. Facultad de Trabajo Social, La Plata, pág. 4

El modelo de Autogestión no llegó a consolidarse totalmente por que el arancelamiento de los servicios hospitalarios tuvo una aplicación muy limitada provocada por la falta de pago de las Obras Sociales y por la baja contribución de los usuarios. Además, la reorganización y subcontratación se fueron desvirtuando a medida que se verificaba la ausencia de un adecuado gerenciamiento **(31)**.

Considerando que resulta necesario avanzar en la implementación de las Políticas sustantivas e instrumentales fijadas por el Gobierno Nacional, cuyo propósito central es la efectiva aplicación y materialización del Derecho a la Salud, satisfaciendo las necesidades de la comunidad a partir de los principios de Equidad, Solidaridad, y sustentabilidad de las acciones encarada. Luego de transcurrido siete (7) años de la implementación del régimen del Hospital Público de Autogestión se observaron una serie de dificultades que fue necesario corregir, para lo cual, el Presidente de la Nación Argentina a través del **Decreto 939** del 19/10/2000 estableció la creación de los **Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada** (HPGD), en el cual establecía los lineamientos que debían seguir **(32)**.

**31.** Cortes, R. y Marshall, Adriana. Año 1999 “Estrategia Económica, Instituciones y Negociación Política en la Reforma Social de los ’90”. Desarrollo Económico N° 154 Bs. As. 1999

**32.** Decreto 939/00 Régimen de Hospitales Público de Gestión Descentralizada

## PROVINCIA DE SALTA

### UBICACIÓN Y CARACTERÍSTICAS

La Provincia de Salta se encuentra ubicada al Noreste de la República Argentina, es una provincia de mayor superficie del país (155.488 km<sup>2</sup>). Está dividida en 23 departamentos y 58 municipios. El número de habitantes según el Censo 2001 fue de **1.079.051**, lo que representa el **2,8%** de la población total del país y la cuarta parte de la población del NOA. La mayor parte de la población se concentra generalmente en el centro y norte de la provincia.

La población urbana representa el **83,4%**, un importante componente de esta es la presencia de comunidades aborígenes, quienes en base al censo de 1983 representan el **12,5%** de la población.

La Provincia de Salta cuenta con un total de 598 establecimientos, de los cuales 367 son públicos, de los cuales 95 son internación solamente. Entre los mismos encontramos puestos sanitarios, consultorios periféricos, consultorios externos y hospitales **(33)**.

## **SITUACIÓN ECONÓMICA DEL SECTOR SALUD**

Teniendo en cuenta los datos aportados por el INDEC/2003 nuestra provincia tiene una Tasa de Población Activa del **45,2%**, la Tasa de empleo es del **37,35%** y la Tasa de Desocupados es del **17,5%**

El nivel de acceso de la población a los servicios sanitarios básicos puede considerarse deficiente teniendo en cuenta que el **89,9%** de la población cuenta con un sistema insuficiente de provisión de agua potable y el **51,1%** carecen de evacuación de excretas en las viviendas **(34)**.

Según el informe de ACAMI (Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas) el **60,4%** de la población carece de Cobertura Médica de Obra Social, Prepaga, o Plan Médico, ubicándose por encima del Promedio Nacional que es del **48,1%**, esto significa que 6 de cada 10 personas requieren servicios de los efectores públicos **(35)**.

El departamento Capital de la Provincia de Salta cuenta con 5 Hospitales de referencia, con diferentes sistemas de Gerenciamiento, Especialidad y Nivel de Complejidad.

En los **años 90** la reforma del Estado en Argentina implicó entre otras cosas la **profundización del proceso de descentralización**, la **desregulación de las obras sociales** y la **libre elección** por parte del beneficiario, con el único objeto de mejorar la eficiencia **de los servicios de salud**.

**34.** INDEC, (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) /2003

**35.** ACAMI (Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas). Año 2004



## HISTORIA DEL POLICLÍNICO SAN BERNARDO



El hospital era parte del Plan Nacional de Salud del Dr. Ramón Carrillo y el diseño era de la Dirección Nacional de Arquitectura. Amplio, moderno, hecho para servir eficazmente las necesidades sanitarias de la comunidad, el Policlínico San Bernardo, fue inaugurado el 20 de febrero de 1960 cuyo primer Director fue el Dr. Heraclio Olaís, se lo puso en funcionamiento el 20 de agosto de aquel año. La construcción se erigió en el faldeo sur del Cerro San Bernardo, sobre un predio cedido por el Gobierno de Salta en 1952

En un primer momento contaba con los servicios de Cirugía y Urgencia, a continuación se inauguró Clínica Quirúrgica y Médica, Traumatología y Ortopedia, Cardiología, Anestesiología, Guardia Quirúrgica, Urinarias, Oftalmología, Odontología, Otorrinolaringología, Transfusiones y Hemoterapia, Radiología y Fisioterapia, Farmacia, Laboratorios de Análisis Clínicos, Laboratorios de Anatomía Patológica y Cocina. **(36)**

**36.** Jorge de Rumi, Victoria, Ex – Secretaria General, Artículo Aporte para su Historia (1960\_1982) Diciembre 1997

En 1978 fueron creados los servicios de Terapia Intensiva, Cirugía Plástica y Quemados, pioneros en estas actividades en todo el Norte Argentino. Con la reforma del

Estado en los años 80, surge la compatibilización entre las políticas de ajuste con los requerimientos de democratización de la sociedad.

En 1997 se inaugura el Salón de Telemedicina y Videoconferencia, integrándose a la Red Nacional. Al año siguiente se inaugura el Servicio de Hemodinamia, efectuándose estudios diagnósticos y terapias endoluminales, centrales y periféricas, constituyéndose en el único Hospital para adultos que cuenta con estos servicios a nivel público **(37)**.

A partir del 1 de septiembre de 1999, mediante Decreto Provincial N° 3.602 pasó a ser **Hospital Público de Autogestión**, cuenta con personería Jurídica y autarquía atiende las demandas sanitarias de Capital como del Interior, Provincias y Países vecinos.

La planificación y programación de la gestión sanitaria se hacía en función de la gente y sus demandas, vasado en las cuatro acciones básicas de la Salud Pública: “Promoción, Protección, Recuperación y Rehabilitación de la Salud”.

La reforma de los años 90 significó para los hospitales de Autogestión el Autofinanciamiento de los establecimientos. El financiamiento público fue reemplazado por el recupero de los montos de las prestaciones a las obras sociales y empresas de mediana prepaga, lo cual generaba una barrera al ingreso de personas carentes de recursos provocando la autoexclusión de la atención.

**37.** Colegio Médico de Salta, Revista Vínculos Año 2 N° 3

Estos cambios produjeron la introducción de grupos financieros (gerenciadoras) para mejorar la crisis del sistema. Estos grupos buscaron obtener ganancias ingresando a las Obras Sociales restringiendo las prestaciones básicas a sus afiliados, necesarias para el diagnóstico, provocando que el Sistema público se colapse por la demanda de atención.

El establecimiento funciona hasta la fecha, siendo **el Hospital de Máxima Complejidad para Adultos de la Provincia de Salta**, atiende un promedio de 1.000 pacientes por día, de los cuales alrededor de 700 se asisten en consultorios externos y unos 300 ingresan a través del servicio de guardia de emergencia. El establecimiento cuenta con 412 camas para internados, de las cuales 14 corresponden a Terapia Intensiva e Intermedia.

Su planta profesional se seleccionó en un todo de acuerdo a la Ley 3.171/59, que ordenaba llamados a concurso **(38)**

**38.** Dra. Susana Balcarce, Dra. Angelica Farfan y Dra. Laura D. Cartuccia. Políticas Sociales y de Salud en la Argentina, “Impacto de la Reforma del Estado en el Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo”, Año 2009

# ANÁLISIS INTERNO DE LA ORGANIZACIÓN

## **Capacidad Gerencial Organizativa**

Uno de los factores más importantes en la transformación o en el cambio de Gestión del Hospital San Bernardo es y será la Descentralización en la toma de decisiones y en consecuencia la asunción de responsabilidades, la cual estará a cargo de un **Comisionado del Gobierno de la Provincia**, como lo establece la Ley N° 6841. En el concepto de descentralización hay que tener en cuenta que subyacen cuatro premisas: Autonomía, Responsabilidad, Autoridad y Evaluación **(39)**.

Si se han establecido planes factibles de realización que vinculan al personal y a los usuarios/clientes, los cuales guían el trabajo de la organización haciendo que se cumplan con los objetivos establecidos.

**La estructura organizacional facilita la ejecución de actividades en forma eficiente**, donde cada persona sabe lo que tiene que hacer y la función que debe cumplir, estableciendo el grado de responsabilidad de cada uno. Se han **elaborado protocolos** para un mejor desempeño de las actividades, esto favorece la cooperación y coordinación de los diferentes servicios dentro de la institución.

**39.** Ciro, Rolando Osmar, “Enfermería Moderna”, Habilidades Directivas, Cap. 5 Pag. 116 -117

## **Capacidad Económico Financiero**

El Hospital público San Bernardo con Gestión Descentralizada cuenta con dos fuentes de financiamiento:

- ✓ **Estatal** que cubre el 90% de los gastos, es insuficiente.
- ✓ **Arancelamiento** a través del cobro de prestaciones a Obras Sociales, Compañías de Seguros, Pacientes Particulares con Capacidad de Pago.

El sistema de Gestión Descentralizada les permite mejorar su infraestructura, adquirir insumos necesarios, otorgar al personal un incentivo económico, destinar fondos a investigación, etc.

**El Consejo Administrativo** es el organismo que determina el destino de estos fondos. Este financiamiento no es el adecuado o el óptimo pero le alcanza para subsistir y seguir brindando calidad de servicios.

El Financiamiento no es estable, oscila según el incremento en los costos de insumos, estadía/cliente, estudios realizados, etc. El ingreso económico se vería incrementado en la medida que se realice una facturación diaria de la totalidad de servicios brindados. Para ello es necesario optimizar el arancelamiento de facturación y cobros, incorporando la tecnología adecuada y el personal capacitado para realizarlo. Reducir costos sería reducir o bajar la calidad de atención.

## **Capacidad Productiva de los Servicios**

El Hospital Público de Gestión Descentralizada “San Bernardo” cuenta con 40 Servicios aproximadamente, entre ellos: Terapia Intensiva, Cardiología, Clínica Médica, Cirugía, Traumatología, Oncología, Quemados, Guardia, Consultorios Externos, Psicología, Laboratorio, Sala de RX, Endoscopía, Odontología, etc.

Dada la cantidad de servicios que provee la institución a veces resulta insuficiente debido a la creciente demanda de atención de la población. Es por ello que para una mejor planificación, aparte de los turnos otorgados a diario a través de los Consultorios Externos, se implementado el servicio de turnos programados a través del Call Center.

### **Turnos Otorgados para Atención en Consultorio Externo desde Enero a Diciembre del 2010**

<b>TURNOS</b>	<b>OTORGADOS</b>	<b>PRESENTES</b>	<b>AUSENTES</b>	<b>% AUSENT.</b>
VENTANILLA	8731	8110	562	75,48
CALL CENTER	6232	5087	912	41,75
TOTALES	14963	13197	1474	117,23

**Fuente:** Datos otorgados por Servicio de Estadística del Hospital San Bernardo

De acuerdo al relevamiento de los datos obtenidos a través de encuestas al personal del Hospital San Bernardo existe un adecuado aprovechamiento de los recursos disponibles. Además la institución cuenta con Equipamientos y Tecnología Nueva que no son utilizadas como se debe, debido a la falta de capacitación del personal para su manejo.

## Resumen Mensual por Servicios, Año 2010

Servicios	Camas de Dotación	Nº Pte./ Días	Giro Cama
Guardia	23	45	15.17
Terapia	14	14	1.54
Terapia Inter.	15	14	2.55
Quemados	18	9	0.69
Clínica M. (V-M)	50	60	5.74
Traumat. (V-M)	49	53	2.46
C. Gral. (V-M)	92	65	7.33

**Fuente:** Datos otorgados por Servicio de Estadística del Hospital San Bernardo

El Hospital San Bernardo al ser referente del Norte Argentino no tiene bien establecido su zona de influencia, debido a que atiende aproximadamente 30 - 50 pacientes derivados del interior, otras provincias y de países limítrofes (extranjeros), no fue posible obtener datos de la proporción de población total captada.

### **Capacidad del Recurso Humano**

Los Hospitales son organizaciones muy complejas, con un gran número de profesionales que participan en los procesos de asistencia a los pacientes. Estos requieren una fuerte colaboración entre los diversos servicios y unidades, y una gran capacidad de respuesta frente a situaciones no previstas **(40)**.

El Hospital San Bernardo cuenta con Profesionales, tanto a nivel Técnicos como Humano. Se trata de un **Equipo Interdisciplinario** que está orientado a dar al paciente lo mejor de sí mismos.

**40.** Ciro, Rolando Osmar, "Enfermería Moderna", La Dirección por Objetivos en las Organizaciones Sanitarias, Cap. 3 Pag. 55 – 56

## Distribución del Personal del Hospital San Bernardo,

Año 2010

Agrupamiento	Planta	Designación	Contrato	Contrato	Contrato
	Permanente	Temporaria	Laboral	Locación	Ministerio
Administrativo	124	6	37	22	--
Técnicos	112	8	31	4	--
Profesionales	256	49	49	18	--
Enfermería	307	30	63	42	--
Mantenimiento	6	6	6	4	--
Residentes	--	--	--	--	59
Totales	805	99	186	90	59
<b>TOTAL GRAL</b>					1239

**Fuente:** Datos otorgados por Servicio de Estadística del Hospital San Bernardo

### **Capacidad Física y Tecnológica**

Los Directivos o Gerentes del Hospital San Bernardo (Gerente Gral., Gerente de Atención a las Personas, Gerente Sanitario, Gerencia Administrativa), cuentan con toda la información necesaria a través de un **Sistema de Información Ejecutiva**, el cual está destinado a las Autoridades del Área Salud de la Provincia. Este Sistema les permite tomar decisiones en forma conjunta según la responsabilidad que les cabe, logrando el cumplimiento y efectivizando las prestaciones.



- ❖ **El Nivel de Actualización de los equipos y software administrativos** no son actualizados con frecuencia debido al costo que esto genera a la institución, por ese motivo no es posible llevar una facturación actualizada (día/día) en relación a los **presupuestos, ingresos- egresos y costos.**
- ❖ Con respecto a los indicadores de productividad y rentabilidad de la organización, el **Departamento de Estadística** es el encargado de realizar un análisis comparativo anual. Captura los datos y los procesa para determinar el rendimiento anual de cada servicio y lo compara con los otros años, estableciendo variaciones significativas.
- ❖ **El Sistema de Gestión de Pacientes** si facilita la organización de turnos, tanto para la atención en Consultorios como las Cirugías programadas e internaciones. Estableciendo el giro cama, número de camas disponibles/ ocupadas, promedio pacientes/ días y conocer el número de camas disponible para los imprevistos o derivaciones.
- ❖ **El Equipamiento Tecnológico** es el adecuado para el Nivel de Complejidad de la Institución, cuenta con Endoscopios, Laboratorios, Equipos de RX, Tomógrafos, Resonancia Magnética, Equipo para Diálisis, etc. Con respecto al tiempo que los equipos tecnológicos son actualizados o cambiados, esto va en función a la utilización y descompostura que sufren por su uso. **(41)**

**41.** Datos otorgados por Servicio de Estadística del Hospital San Bernardo

El Hospital San Bernardo es una Empresa de Servicios de Salud que venían teniendo una Dirección Estructural y Vertical durante muchos años y pasó a través del Decreto N° 3.602/99 a una Dirección de Gestión Descentralizada y Horizontal, estos cambios llevo a realizar modificaciones en los diferentes servicios de atención del paciente/ cliente.

**Diferencia encontradas en el Hospital San Bernardo:**

<b>Hospital como Empresa</b>	<b>Hospital como Gestión</b>
Es una empresa de servicios	Es un modelo de Dirección
La Dirección Gerencial es Vertical	La Dirección Gerencial es Horizontal
Subsidiado por el Estado	Financiamiento: Estatal y Arancelamiento
Servicios desbordados, con falta de RRHH e insumos	Mejora la calidad de los servicios, con protocolos de acción
Adquisición de insumos por Licitación	Adquiere insumos por Licitación y Compra Directa
Turnos por orden de llegada	Call - Center facilita la organización de turnos
Satisface la necesidad del cliente	Incrementa la satisfacción del paciente

## SITUACIÓN DE ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL

El Hospital San Bernardo integra la red sanitaria de la Provincia, es una organización muy compleja, las funciones que en él se desarrollan involucran a un sin número de diferentes puestos. El personal respectivo debe desempeñarse simultánea y coordinadamente inter y extra-muro para atender las necesidades de los pacientes que concurren en busca de soluciones a sus problemas de salud.

Entre los “**Trabajadores de la Salud**” encontramos al Personal de Enfermería que numéricamente constituye aproximadamente un 50% del total de personal del hospital. Esto es así porque la característica fundamental de Enfermería es la **Asistencia y Presencia permanente** en la unidad observando las reacciones del paciente y llevando a la práctica los planes de cuidados trazados. También cabe agregar la **Continuidad** en la prestación del servicio, por lo cual enfermería realiza una cobertura durante las 24 horas del día, todos los días del año **(42)**.

En cualquier Hospital, independientemente de su complejidad, el Personal de Enfermería desempeña un rol trascendente. Sobre este personal existen grandes presiones; por un lado, del público que recibe las prestaciones y espera ser bien atendido, por otro lado las autoridades que esperan **Eficacia** y **Eficiencia** en las prestaciones de salud, pero con un reducido número de personal de Enfermería que apoya la gestión de trabajo.

**42.** Guaraz, Estela “Administración en Enfermería Hospitalaria”, Córdoba, Cátedra de Administración en Enfermería. Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional. Año 1990.

## CARACTERÍSTICAS GENERALES

La estructura del Personal de Enfermería del Hospital San Bernardo muestra un predominio del Personal Profesionales y Auxiliar de Enfermería; pero también existía un tercer componente que son los llamados “Ayudantes o Colaboradores” que eran “Empíricos”, es decir sin preparación formal.

En la mayoría de los servicios de enfermería **No** existe una división técnica del trabajo entre Enfermeras Profesionales, Auxiliares y personal empírico; a todos se los llamaba del mismo modo “Enfermera” independientemente del grado de preparación o la función que desempeña **(43)**.

### CUADRO DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA POR NIVEL DE FORMACIÓN

Nivel de Formación	AÑO 2008	AÑO 2009	AÑO 2010
Licenciados	33	53	78
Profesionales	78	189	287
Auxiliares	135	112	65
Empíricos	154	61	—
<b>TOTAL</b>	<b>400</b>	<b>415</b>	<b>430</b>

**Fuente:** Datos otorgados por Servicio de Estadística del Hospital San Bernardo

**43.** Wainerman, Catalina y Goldstein, Rosa; “Condiciones de Vida y de Trabajo de las Enfermeras en Argentina”. Centro de Estudios de la Población CENEP. Buenos Aires, 1990.

La falta de una Política en materia de Desarrollo de los Servicios y Formación del Recurso Humano de Enfermería, no solo pone en riesgo la salud de los pacientes y de sus familiares sino de los propios trabajadores de Enfermería, ya que se enfrentan cada vez más a problemas complejos que, por falta de preparación, no son capaces de resolver provocándoles frustraciones, tensiones permanentes y hasta enfermedades contraídas del lugar de trabajo.

Teniendo en cuenta la situación de cambios de Conducción y de Gestión que se vivía en el Hospital San Bernardo, y particularmente las necesidades del Personal de Enfermería podríamos considerar los siguientes **PROBLEMAS:**

- ✓ Escaso Personal de Enfermería.
- ✓ Deficiente Nivel de mando en enfermería.
- ✓ Escasa capacidad de Liderazgo en el grupo profesional.
- ✓ Ausencia de un Organismo controlador del ejercicio profesional e inadecuación de la legislación vigente.
- ✓ Inadecuada coordinación y distribución del recurso humano.
- ✓ Ausencia de Normas y Protocolos que definan con claridad las acciones y establezcan las líneas de dependencia y subordinación.
- ✓ Escasa coordinación intersectorial e interdepartamental.
- ✓ Alto ausentismo del personal de enfermería, lo que ocasiona una redistribución del personal.
- ✓ Sobrecarga horaria.
- ✓ Agotamiento y Estrés en el personal.
- ✓ Escasa educación permanente en servicio para el personal de enfermería.

Desde que existe la Profesión de Enfermería, en los Equipos de Trabajo donde se elabora la política sanitaria del Hospital y se adoptan las grandes decisiones, Enfermería **no tiene voz ni voto**, es decir no esta representada, no hay una Unidad Administrativa de Enfermería que garantice un accionar directo de asesoría y de decisiones en todo en cuanto involucre el trabajo de enfermería.

Hay déficit del recurso humano de enfermería y cuando esto existe es cuando más se requiere de la coordinación de las acciones, de una óptima distribución, utilización y, sobre todo, de la valoración del trabajo.

### **Distribución Personal de Enfermería por Servicios, Año 2010**

<b>Servicios</b>	<b>Turno Mañana</b>	<b>Turno Tarde</b>	<b>Turno Noche</b>	<b>Fin de Semana</b>
<b>Guardia</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>12</b>
<b>Terapia</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>6</b>
<b>Terapia Inter.</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>3</b>
<b>Quemados</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>1</b>
<b>Clínica M.(V-M)</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>12</b>	<b>8</b>
<b>Traumat. (V-M)</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>4</b>
<b>C. Gral. (V-M)</b>	<b>10</b>	<b>10</b>	<b>6</b>	<b>6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>43</b>	<b>39</b>	<b>40</b>

**Fuente:** Datos otorgados por Servicio de Estadística del Hospital San Bernardo

Debido a las encuestas realizadas al personal del Hospital, el personal existente es insuficiente para cumplimentar adecuadamente las actividades de los diferentes servicios.

No fue posible obtener los datos estadísticos del ausentismo del personal.

## **UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA E INTERMEDIA**

### **✚ UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA**

Es un área especial dentro del Hospital donde se encuentran pacientes muy graves, atendido por un equipo adiestrado de médicos y enfermeros, con sistema especial de vigilancia y mantenimiento de la vida. La eficacia en el manejo y empleo de los equipos tecnológicos aumenta el factor de seguridad en el procedimiento potencialmente peligroso para el sostenimiento de la vida del paciente/ cliente.

La Unidad de Terapia Intensiva del Hospital San Bernardo cuenta con 7 Boxes enfrentados y comunicados por un pasillo interno, sus paredes internas y laterales en la parte inferior están hechas de durloc hasta un metro de altura, la parte superior es de vidrio lo que permite una mejor visualización de todos los pacientes. Cada Box cuenta con dos camas ortopédicas, en total tiene 14 camas, separadas por un biombo entre ellas, cuenta con buena iluminación artificial, oxígeno y aspiración centralizada, suficientes tomas corrientes distribuidas en todas las salas, cuenta con ventilación y calefacción central.

También dispone de ciertos equipos básicos como por ejemplo: Osciloscopio de Electrocardiógrafo, Termómetro Eléctrico, Desfibrilador de corriente, A.R.M., un Carro de Anestesia, Carro de Emergencia, Bombas de Infusión y Bomba para Alimentación Enteral, un Aparato portátil de Rx., Humedificadores, un Equipo para Diálisis Renal y Peritoneal, Oxímetro de Pulso, Carros de Curaciones, Nebulizadores, Monitores para cada una de las camas y un Monitor central para el personal de guardia, etc.

Además cuenta con un cuarto para los médicos de guardia de ese servicio exclusivamente, una Sala de Reunión y el Office de Enfermería, el cual se encuentra

estratégicamente ubicado, desde allí se puede observar todos los pacientes. También cuenta con un depósito para almacenamiento de medicamentos e insumos necesario para el buen funcionamiento del servicio.

Esta Unidad de Terapia Intensiva cuenta con un horario establecido para las visitas, permitiendo el ingreso de un familiar por paciente, los cuales se deben adecuar a las Normas de Bioseguridad establecidas por la institución.

El equipo moderno de vigilancia y los sistemas para el sostenimiento de la vida requieren considerables pericias técnicas. La ventaja más grande de una Unidad de Terapia Intensiva radica en la disponibilidad de un Equipo Multidisciplinario con magnífico entrenamiento, ya que la eficacia de dicha unidad dependerá del trato armónico y el profesionalismo de cada integrante del equipo **(44)**.

### **UNIDAD DE TERAPIA INTERMEDIA**

Este Servicio se encuentra ubicado a la salida de Quirófano y antes de ingresar a Terapia Intensiva. Cuenta con cuatro habitaciones amplias con baño y cuatro camas ortopédicas cada una, en total 15 camas, separadas por Biombos entre ellas. Este servicio se lo utiliza de forma exclusiva para la vigilancia pos- operatorio y el tratamiento de los operados graves, poli- traumatismos, o pacientes que son derivados de Terapia Intensiva para continuar con el tratamiento donde su fase crítica fue superada pero que requiere ser vigilado por algunos días.

Cuenta con un Office de Enfermería el cual está equipado con todos los elementos necesarios para brindar una atención eficiente y oportuna a cada paciente/ cliente.

**44.** Finn, Ronald y Druny, Peter “Guía par la Unidad de Terapia Intensiva” Mexico, El Manual Moderno, 1975 “Enfermería de Alto Riesgo” Tomo I Pag. 45



También dispone de oxígeno y aspiración central, Monitores Electrocardiografos, Bombas de Infusión y de Alimentación Enteral, Carro de Curaciones, Humedificador, Nebulizador, etc.

La entrada al público es restringida, tiene los horarios bien establecidos, se permite el acceso de un familiar por paciente el cual se debe adaptar a las normativas del servicio.

El nivel y el rendimiento alcanzado por estas unidades dependen del número y capacidad del equipo multidisciplinario que allí trabaja, pero sobre todo y especialmente del **Espíritu y Ritmo de Trabajo** que adopten. La Calificación humana y la Competencia de cada uno de ellos constituyen la condición más importante para el trabajo de esta unidad.

## GESTIÓN CLÍNICA

Los Hospitales son organizaciones muy complejas, con un gran número de profesionales que participan en los procesos de asistencia a los pacientes. Estos requieren una fuerte colaboración entre los diversos servicios y unidades, y una gran capacidad de respuesta frente a situaciones no previstas.

Un Hospital necesita tener claro sus objetivos colectivos, y necesita ser capaz de explicar y trasladar estos a todas las unidades y a todos los profesionales de la organización **(45)**.

Todo cambio hay que realizarlo mediante la participación activa de los protagonistas, quien no participa en aquello que va a desarrollar no lo hace propio, lo considera una imposición. **La Gestión Clínica** debe ser integradora y no debe excluir a ningunos de los actores esenciales del sistema de salud **(46)**.

El cambio ocurrido en el Hospital San Bernardo ir desde un modelo “**Gerencial y de Direcciones de División**” hacia la “**Gestión Clínica**” conlleva a la descentralización del poder de las decisiones hacia las áreas de gestión clínica del hospital.

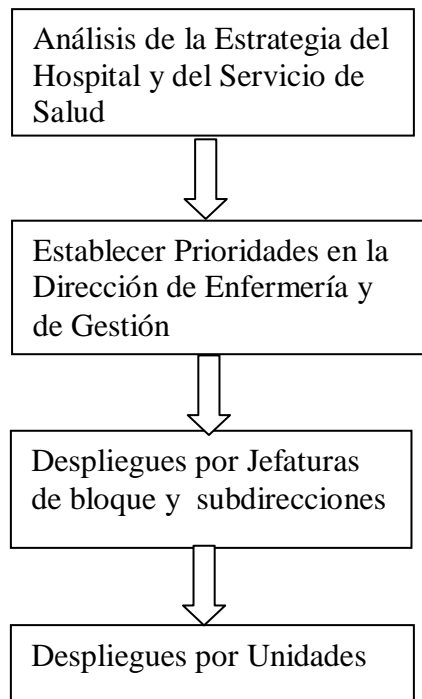
En el concepto de **Descentralización**, hay que tener en cuenta que subyacen cuatro premisas: Autonomía, Responsabilidad, Autoridad, Evaluación. Para ello es necesario generar un marco de confianza mutua, donde la gestión de los recursos y de los pacientes se debe implementar tomando como referencia la efectividad, la calidad y los costes.

**45.** Ciro, Rolando Osmar, Alcántara, Carretero, Luis; Año 2005 “Enfermería Moderna”, “La Dirección por Objetivos en las Organizaciones Sanitarias” Editorial El Ateneo, Cap. 3 Pag.55

**46.** Mora Martínez, José Ramón, Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos, Aplicación en las Organizaciones de Enfermería.” Gestión Clínica en las Organizaciones de Enfermería” Cap. 2 “Cambios en la Organización” Pag. 31

Este cambio en el estilo de dirección precisa de una importante transformación en la coordinación e integración de los recursos mediante el proceso de Planificación, Organización, Dirección, y Control Evaluativo), con el fin de cumplir las metas y objetivos de la institución **(47)**.

El proceso de fijación y negociación de objetivos en las Unidades de Enfermería y Servicios Generales ha de ser un paso más en la dinámica global del Hospital de implantar y desplegar su estrategia y sus prioridades **(48)**. Por este motivo vamos a distinguir cuatro etapas que se implementaron en el Hospital San Bernardo a partir de la Gestión Descentralización:



**47.** Ciro, Rolando Osmar, Murillo Ayuso, Diego; Año 2005 “Enfermería Moderna”, “Habilidades Directivas”, Editorial El Ateneo, Cap. 5 Pag. 101

**48.** Ciro, Rolando Osmar, Alcántara, Carretero, Luis; Año 2005 “Enfermería Moderna”, “La Dirección por Objetivos en las Organizaciones Sanitarias” Editorial El Ateneo, Cap. 3 Pag.57

## EL ENFERMERO GESTOR

No debemos pensar a la hora de plantear nuestros objetivos en la dirección de enfermería y gestión como entes autónomos, poco relacionados con el resto del hospital. Al contrario, Enfermería es una pieza esencial para el funcionamiento de la mayor parte de los procesos hospitalarios.

El Enfermero Gestor deberá asumir la responsabilidad táctica de las decisiones que van a dar lugar a la asignación adecuada de los recursos estructurales, es decir:

- ❖ **Gestión directa cuantitativa y cualitativa de los Recursos Humanos**  
Enfermeros, facilitando sus expectativas para una correcta gestión operativa de los cuidados.
- ❖ **Gestión indirecta de los Recursos Técnicos e Insumos** vinculando dichos recursos, según su naturaleza, a los distintos procesos asistenciales.
- ❖ Plantear y defender con rigor los **Intereses Enfermeros** dentro del Equipo multidisciplinario.

Para asegurar la Descentralización de Funciones, debe establecerse mediante un sistema de **“Agencia Director/ Responsable de Unidad”**. Este sistema de Agencia crea un espacio para conocer cómo se está empleando la autoridad delegada. La herramienta para medir y evaluar este espacio es el **“Contrato de Gestión” (49)**.

**49.** Ibid Pag. 33

## GESTIÓN POR PROCESOS

La implantación de cualquier proyecto innovador en una empresa de salud, conlleva, conformidades, disconformidades y nuevos retos. El conocimiento, comprensión y el correcto manejo de estos factores facilitará la implantación de la **Gestión Estratégica por Procesos**.

La Gestión por Procesos es uno de los elementos nucleares de la estrategia de calidad total. Constituye un instrumento para visualizar, analizar y mejorar los flujos de trabajo de las organizaciones sanitarias. Es una estrategia orientada al despliegue efectivo horizontal del modelo europeo de calidad o EFQM y asegura la participación de todos los trabajadores en la mejora.

La Gestión por Procesos pretende incorporar los elementos claves de la gestión estratégica a los procesos que atiende la organización de enfermería para hacerlos más competitivos y dotarlos de más calidad. Es clave el desarrollo de vías clínicas, analizando las actividades o tareas que realiza el equipo multidisciplinario diariamente y que son susceptibles de estandarizar y de mejora continua **(50)**.

La novedad estriba en identificar, situar y definir los procesos enfermeros, de manera que podamos conocer las consecuencias que dicha sistematización está teniendo en la estructura que les da soporte, si existen y son adecuadas las normas que los regulan, si se atienen a las expectativas de sus clientes, si son eficientes y, por último, obtener una mejor evaluación de sus impactos **(51)**.

**50.** Ciro, Rolando Osmar, Murillo Ayuso, Diego; Año 2005 “Enfermería Moderna”, “Habilidades Directivas”, Editorial El Ateneo, Cap. 5 Pág. 117- 118

**51.** Mora Martínez, José Ramón, Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos, Aplicación en las Organizaciones de Enfermería:” “ Los Procesos: Concepto y clasificación orientadas a las Organizaciones de Enfermería” Cap. 4 Pag. 112

La Gestión por Procesos plantea una visión de cambio hacia una organización global de alto rendimiento, más horizontal en el ámbito del trabajo cooperativo (funcional e interfuncional), que gestione el conocimiento y con más vocación de servicio. Y todo ello, coordinado en torno a los procesos de la empresa, cuya orientación de referencia es la cadena cliente – proveedor **(52)**.

El enfoque de la Gestión por proceso se apoya en el conocimiento que ocasiona la experiencia de su práctica, se pretende incorporar los elementos claves de la organización estratégica a los procesos que atiende la organización de enfermería para hacerlos más competitivos y dotarlos de más calidad.

**52.** Ibid Pag. 114

## **PROCESOS ENFERMEROS**

**La Gestión de procesos** es, para la Gestión Clínica, el conjunto de actividades que se realizan para diagnosticar y pautar las medidas terapéuticas según el estado de salud valorado previamente. Cada proceso asistencial contiene un trayecto que debe ser fluido y que se pueda aplicar con agilidad y rapidez **(53)**.

**Los Procesos Enfermeros** se caracterizan por ser verticales y sin gestión estratégica. Es necesario profundizar en el trabajo por procesos horizontales y aplicar la gestión estratégica para asegurar una mayor efectividad. Es lo que se denomina **“Gestión de Procesos Integrados”** mediante el cual se potencia la continuidad asistencial entre los Niveles Hospitalarios, Centros de Salud y Centros Socio- sanitarios.

En el contexto de las organizaciones de enfermería, el trabajo por procesos tiene capacidad para transformar mediante los procedimientos productivos (el servicio enfermero) unas entradas (inputs) en salidas (outputs) que generan impactos (outcomes) en el cliente.

La evaluación de la calidad enfermera debe tener un marco de referencia adecuado y acreditado, supone un instrumento para medir la excelencia de las organizaciones de enfermería y sus procesos **(54)**.

Cada Servicio de Enfermería deberá tener bien definidos los conceptos que guiarán las acciones de atención de enfermería, considerando los objetivos de la Institución y el

**53.** Mora Martínez, José Ramón, Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos, Aplicación en las Organizaciones de Enfermería:” Gestión Clínica en las Organizaciones de Enfermería” Cap. 2 “Los Procesos Enfermeros” Pag. 35- 36

**54.** Mora Martínez, José Ramón, Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos, Aplicación en las Organizaciones de Enfermería:” “La Producción de Servicios de Salud. Producto Sanitario y Producto Enfermero” Cap. 1 “Aproximación al Conocimiento del Producto de Enfermería” Pag. 25- 26

Sistema de Organización previsto. Buscará la optimización de los recursos mediante un proceso continuo de Planificación, Programación, Organización y Coordinación de los recursos para el desarrollo de las actividades, con la dirección adecuada y en presencia de la permanente supervisión, seguimiento y evaluación de los problemas.

Los Procesos Sanitarios en general y, en consecuencia, los procesos de cuidados enfermeros, son complejos tanto en su naturaleza como por sus interrelaciones. Estos Procesos se los puede clasificar según:

- **Por su Ámbito o Servicios**, se dividen en Multi-departamentales y Departamentales.
- **Por su Actividad:** Puede ser Estratégicos, Claves, Gestión (soporte y logístico), Operativos (programables y no programables).
- **Por su Nivel Asistencial:** Atención Especializada, Atención Primaria, Procesos Integrados **(55)**.

En relación a la clasificación de los procesos enfermeros planteados anteriormente, abordaremos distinguiendo los procesos estratégicos, los operativos y los logísticos debido a la actividad que genera la organización de enfermería en los servicios de terapia intensiva e intermedia.

**PROCESOS ESTRATÉGICOS:** Son los procesos relacionados con los objetivos estratégicos de la organización, y su estabilización y control le corresponde a la Dirección de Enfermería. Se centran generalmente en la planificación de recursos, diseño y análisis de la calidad y evaluación de la organización.

**55.** Mora Martínez, José Ramón, Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos, Aplicación en las Organizaciones de Enfermería.” “Los Procesos: Concepto y clasificación orientadas a las Organizaciones de Enfermería” Cap. 4 Pág. 115-116



Para que el desarrollo de la nueva visión se realice con éxito, es fundamental diseñar líneas estratégicas que minimicen las resistencias al cambio, como por ejemplo:

- ✓ Brindar formación al personal sobre la nueva tecnología que se implementará en los servicios de enfermería.
- ✓ Mejorar la comunicación y el trabajo intersectorial e interdepartamental.
- ✓ Establecer protocolos de acción que organicen y faciliten las tareas y procedimientos que realiza enfermería.
- ✓ Establecer un sistema de registro y de evaluación de los procesos enfermeros, que favorezca la incorporación y análisis de los datos, sin ocasionar un aumento en el tiempo de las prestaciones.
- ✓ La Organización de Enfermería debe tener bien establecido y definido su rol en el hospital. Para ello es necesario comprender y dominar su proceso autónomo dentro del contexto general de la organización multifuncional.

**PROCESOS OPERATIVOS:** Son procesos que guardan una relación directa con la prestación directa del servicio de cuidados que se le provee al cliente- paciente, por lo que tienen un gran impacto sobre la satisfacción de éstos. Para el departamento enfermero los procesos operativos son los Planes de Cuidados. Los procesos operativos de cuidados enfermeros pueden ser de dos tipos:

- a) **Procesos de Cuidados Programables:** Son los que tienen menor variabilidad y mayor capacidad de estandarización. La variabilidad está relacionada con los aspectos comunes, es decir, “grupos de usuarios con respuestas humanas iguales en situaciones semejantes”. Por consiguiente, se consideran transferibles, es decir, aplicable a los componentes del mismo grupo. La norma que los rigen son los planes de cuidados estandarizados.

b) **Procesos de Cuidados no Programables:** Tienen mayor variabilidad, es más difícil de estandarizar. Las respuestas humanas son “únicas”, no son transferibles entre individuos. La norma que los rige está basada en planes individualizados de cuidados **(56)**.

Para tener una mejor visión de los cambios que se produjeron en los servicios de terapia intensiva e intermedia al implementar la gestión hospitalaria descentralizada, se tendrá en cuenta los procesos operativos de antes y los cambios que ocurrieron en los mismos tomando en cuenta los flujos de actividades de la organización de enfermería.

# **IDENTIFICACIÓN DE LOS PROCESOS OPERATIVOS**

## **EN EL SERVICIO DE TERAPIA INTENSIVA E**

### **INTERMEDIA**

#### **PACIENTES CON PATOLOG. CARDIACAS: CUIDADOS**

- . Control de parámetros vitales
- . Realización de E.C.G.
- . Control y Valoración del monitoreo cardíaco.
- . Administración y manejo de Drogas.
- . Colocación de Vía Central.
- . Se colabora en la R.C.P.

#### **ATENCIÓN Y CUIDADOS DE PTES. POSQUIRÚRGICO**

- . Control de parámetros vitales.
- . Realización de Balance Hidroelectrolítico.
- . Administración y manejo de Drogas.
- . Control de Herida operatoria.

#### **CUIDADOS A PTES. CON PATOLOGIAS NEUROLÓGICA, METABÓLICAS,**

- . Valoración del estado de conciencia.
- . Control de Saturación y aplicación de oxigenoterapia.
- . Administración y manejo de Drogas.
- . Control de Nivel de Glucemia con cinta reactiva.

#### **ATENCIÓN DE PTES. RENALES**

- . Realización de Balance Hidroelectrolítico.
- . Administración y manejo de Drogas.
- . Control y cuidados del Catéter de Hemodiálisis.
- .

#### **PACIENTES CON PATOLOGIAS RESPIRATORIAS**

- . Valoración de mecánica respiratoria.
- . Control de Saturación y aplicación de oxigenoterapia.
- . Administración y manejo de Drogas.

**PROCESOS LOGÍSTICOS:** Son los que tienen como función fundamental apoyar estructuralmente a los procesos operativos, para que estos cumplan adecuadamente sus objetivos. Ej: gestión de suministros, gestión de higiene y el confort, seguridad. Etc. **(57)**.

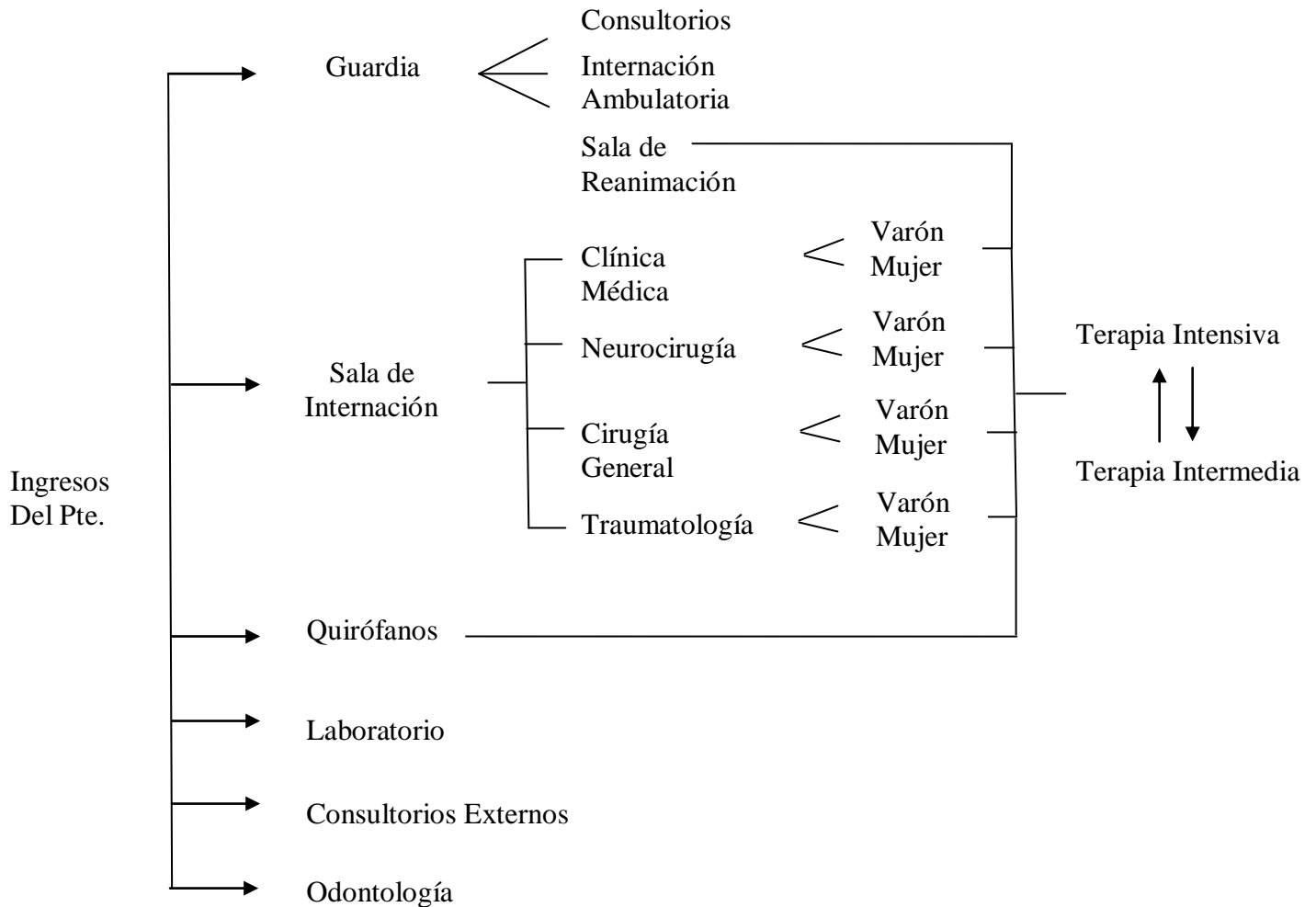
La implantación de un proyecto innovador en el hospital, conlleva, conformidades, disconformidades y nuevos retos. El conocimiento, comprensión y el correcto manejo de estos factores facilitará la implementación de la Gestión Estratégica por Procesos.

En la atención especializada, como son los servicios de Terapia Intensiva e Intermedia los procesos estratégicos, operativos y logísticos que realizan la organización de enfermería son diferentes a los otros servicios, (sin desmerecer el trabajo y los cuidados que los otros servicios brindan a los pacientes), debido a la complejidad de los cuidados.

De acuerdo al relevamiento de los datos obtenidos, cuando el Hospital era una Empresa de Servicio con Dirección estructural y vertical, se pudo establecer las diferentes opciones por las cuales podía ingresar un paciente/ cliente al Servicio de Terapia Intensiva o Intermedia para ser atendido.

## DIAGRAMA DE FLUJO DE ACTIVIDADES

(Hospital Empresa)



Con respecto al Diagrama de Flujo de Actividades planteado anteriormente se puede observar dos problemas fundamentales en la Organización y Distribución del paciente:

1. Los pacientes entran a Terapia Intensiva / Intermedia derivados de cualquier servicio.
2. Los Servicios de Enfermería no están bien organizados.

Es por esto que a través del conocimiento teórico acerca de los Gestión Estratégica por

Procesos y de Gestión en la Organización de Enfermería, permitirá incursionar en las habilidades necesarias para abordar la organización y la toma de decisiones correctas.

La Gestión Estratégica por Procesos establece las bases necesarias para conseguir que los procesos estén estabilizados y bajo control, asegurando de esta manera, una correcta efectividad y eficiencia en la práctica. El enfoque de la Gestión por procesos posibilita diseñar Planes de Cuidados Enfermeros integrados entre niveles asistenciales para ello es necesaria **La participación** de todas las organizaciones profesionales **(58)**.

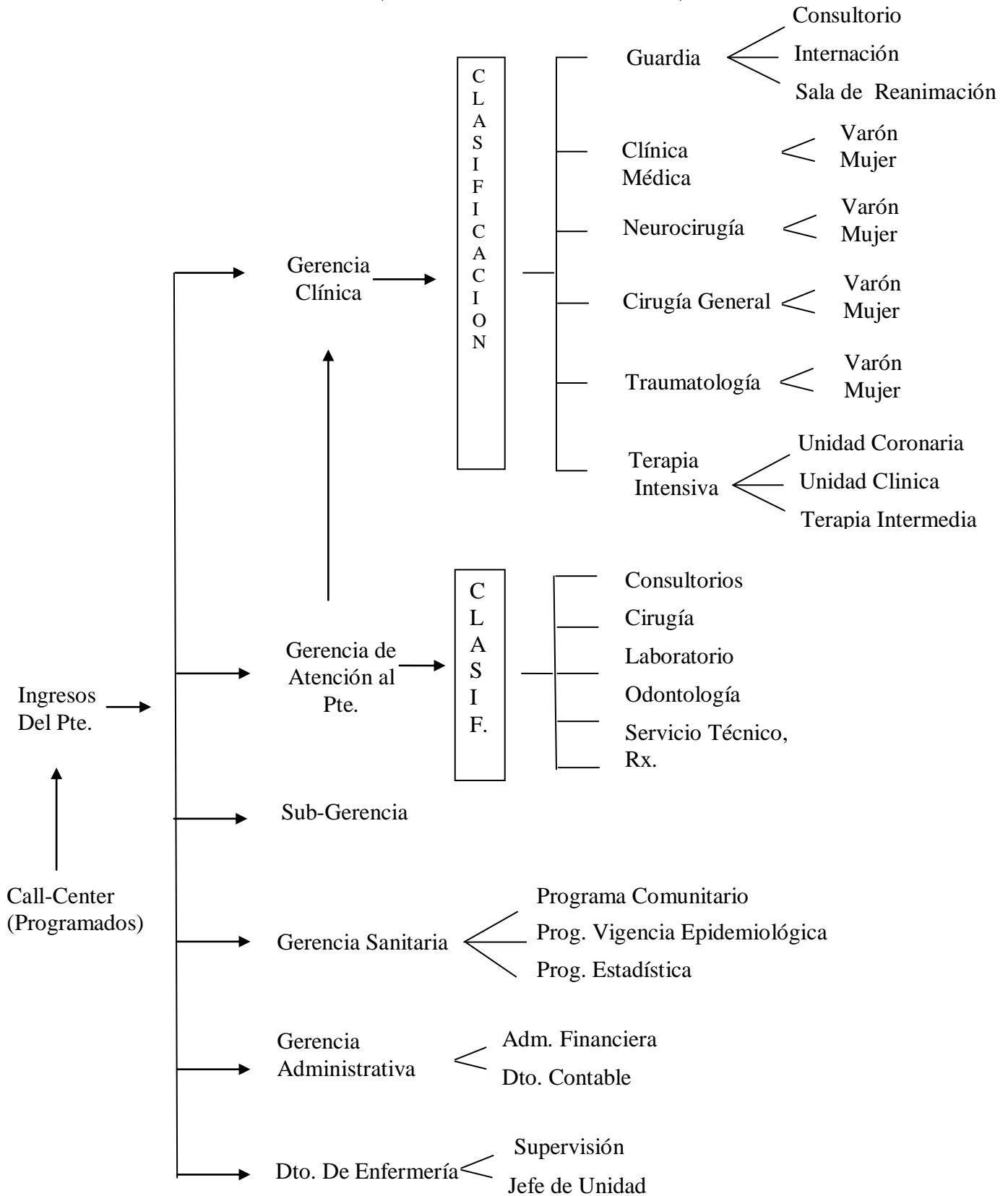
Debido a los problemas encontrados se propone en un Diagrama posterior un sistema organizativo donde el paciente / cliente ingresa, según su Diagnóstico principal, por urgencia o mediante una programación de agenda de camas, se ubica en algunos de los servicios señalados; Quirófano, Clínica Médica, Traumatología, etc.

En este diagrama también queda establecido un Equipo de Gestión compuesto por: un Gerente Clínico que asume la función de Director del que depende el cuadro médico, un Departamento de Enfermería del cual depende el Supervisor y el Jefe de Unidad que coordina y supervisa al personal.

**58.** Mora Martínez, José Ramón, Metodología para la Gestión Clínica por Procesos Aplicación en las Organizaciones de Enfermería: “Gestión Clínica en las Organizaciones de Enfermería” Cap. 2 Pag. 27

# DIAGRAMA DE FLUJO DE ACTIVIDADES

## (Gerencia Descentralizada)



# **DISEÑO DE INVESTIGACIÓN**

## **ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN**

Esta investigación tiene un enfoque Cualitativo. Estos dos enfoques son paradigmas de la investigación científica, pues ambos emplean procesos cuidadosos, sistemáticos y empíricos en su esfuerzo por generar conocimiento y utilizan, en general, cinco fases similares y relacionadas entre sí.

- ✓ Llevan a cabo observaciones y evaluación de fenómenos.
- ✓ Establecen suposiciones o ideas como consecuencia de la observación y evaluación realizada.
- ✓ Demuestran el grado en que las suposiciones o ideas tienen fundamento.
- ✓ Revisan tales suposiciones o ideas sobre la base de las pruebas o del análisis.
- ✓ Proponen nuevas observaciones y evaluaciones para establecer, modificar y fundamentar las suposiciones e ideas, o incluso para generar otras.

## **SELECCIÓN DEL TIPO DE ESTUDIO**

El tipo de estudio seleccionado es el no Experimental cuyo corte es Transeccional o Transversal de tipo Observacional, Descriptivo, debido a que nos permitirá conocer la Transformación de los Procesos Enfermeros de Terapia Intensiva e Intermedia del Hospital San Bernardo.

**DISEÑO NO EXPERIMENTAL:** Se trata de estudios donde no hacemos variar en forma intencional las variables independientes para ver su efecto sobre otras variables. Se observan los fenómenos tal como se van dando en su contexto natural, para después analizarlos.



**CORTE TRANSECCIONAL O TRANSVERSAL:** Se estudian las variables tal cual se presentan en el momento de la investigación. El investigador realiza un corte en el tiempo para observar, indagar y recoger los datos de ese modo se analiza su incidencia e interrelación en un momento dado. En este caso será en los meses de Enero a Julio del 2010.

**DISEÑO TRANSVERSAL DESCRIPTIVO:** Tiene como objetivo indagar la incidencia de las modalidades o niveles de una o más variables en una población. Se destacan por identificar en forma sistemática e integrada las características diferenciadoras de objetos o fenómenos, registrar las distribuciones absolutas y relativas de las categorías o valores de las variables, sus relaciones con el medio ambiente y con otros elementos.

Producen conocimiento describiendo aspectos de la realidad y de acuerdo a la finalidad y alcance de los resultados, se intentará modificar o cambiar dichos aspectos en la conducta del equipo de salud.

# **OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

Las personas poseen ciertos atributos o características observables que lo hacen semejante o lo diferencian parcial o totalmente y que denominamos variables, las cuales son cualidades o características del sujeto en estudio.

Para realizar las variables teóricas en operacional vamos a tomar indicadores susceptibles de medición.

**Las Variables Teóricas:** Están incluidas en el marco teórico y son aquellos elementos principales como:

- 1. Procesos Enfermeros: Procesos Estratégicos y Operativos.**
- 2. Cambios efectuados en los Procesos Enfermeros.**
- 3. Expectativas del Personal de Enfermería.**

**Las Variables Empíricas:** Son las variables teóricas que se las convierte en operacionales o indicadores susceptibles de medición empírica.

## **1. Procesos Enfermeros: Procesos Estratégicos**

- ✓ Coordinación del Recurso Humano: Edad, Sexo, Antigüedad, Nivel de Formación.
- ✓ Capacitación en el Servicio.
- ✓ Sistema Informático: Registros de Enfermería.

## **Procesos Enfermeros: Procesos Operativos**

- ✓ Cumplimiento de Normas y Protocolos.
- ✓ Coordinación intersectorial e interdepartamental.
- ✓ Planificación de Cuidados según complejidad.

## **2. Cambios efectuados en los Procesos Enfermeros**

- ✓ Criterio de Clasificación de Ingreso del paciente.
- ✓ Distribución de Actividades según Nivel de Formación.
- ✓ Coordinación e Integración entre Niveles Asistenciales.

## **3. Expectativas del Personal de Enfermería**

- ✓ Motivación e Incentivo.
- ✓ Reconocimiento Profesional.
- ✓ Mayor compromiso profesional.

## **MUESTRA, POBLACIÓN O UNIVERSO**

**UNIDAD DE ANÁLISIS:** Son personas, organizaciones, periódicos, comunidades, situaciones, eventos; etc. sobre qué o quienes se van a recolectar los datos, depende del planteamiento del problema a investigar y de los alcances del estudio. En esta investigación son:

- ✓ Todo Personal de Enfermería que realiza cuidados de enfermería en los servicios de Terapia Intensiva e Intermedia del Hospital San Bernardo.
- ✓ Los Pacientes internados en Terapia Intensiva e Intermedia del Hospital San Bernardo, con más de 36 Hs de internación continuas.

**MUESTRA:** Es un sub- grupo de la población del cual se recolectan los datos, debe ser representativa de la población. En esta investigación la muestra es intencional no probabilística.

- ✓ El Personal de Enfermería de los servicios de Terapia Intensiva e Intermedia del Hospital San Bernardo, destinado según organización del servicio a efectuar cuidados de enfermería durante el trimestre de la investigación.
- ✓ Toda persona que se encuentre internada durante el tiempo que dure la investigación y acepte voluntariamente ser parte del estudio.

## **FUENTES, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**FUENTE:** Se utilizará fuente primaria, ya que se obtendrá la información directamente de los Sujetos de Estudio (pacientes internados y personal de enfermería de los servicios de terapia intensiva e intermedia).

También se utilizará fuente secundaria, a través de los Informes Estadísticos del Servicio de Terapia Intensiva e Intermedia y de la Institución.

**TÉCNICA:** Se utilizará la encuesta en su modalidad de cuestionario auto-administrado, el cual estará formado por preguntas cerradas y abiertas (dando la oportunidad a los sujetos de estudio de expresar sus expectativas y satisfacciones).

Se eligió esta técnica porque ofrece la posibilidad del anonimato, debido a que contiene preguntas delicadas que pudiera distorsionar la información ante la presencia del investigador.

**INSTRUMENTO:** Se confeccionará un formulario (escalonamiento Likert) para la recolección de los datos personales y laborales. Contará con una carta solicitando autorización a la dirección del establecimiento, donde se explicará la finalidad de la encuesta.

- ✓ La primera parte estará dirigida a relevar Datos Personales y Laborales de los sujetos encuestados.
- ✓ La segunda parte estará dirigida a indagar sobre los Procesos Enfermeros utilizados en los servicios de Terapia Intensiva e Intermedia. (Ver Anexo N°1)
- ✓ La tercer parte estará dirigida a examinar sobre las Expectativas del Personal de Enfermería en Terapia Intensiva e Intermedia. (Ver Anexo N° 2)

## **PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La recolección y manejo de la información procederá con la mayor discreción teniendo en cuenta la intimidad de las personas, creencias, preferencias, juicios y opiniones.

- ✓ Se entregará personalmente a cada sujeto de estudio el formulario de encuesta.
- ✓ La devolución se solicitará a las 48 Hs en forma personalizada.
- ✓ A los sujetos que hayan extraviado el formulario se lo sustituirá por otro y se le indicará que lo entregue a las 24 Hs.

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES:**

Previa a la recolección de datos el investigador explicará a los pacientes internados y a los enfermeros del servicio el propósito del trabajo y solicitará el correspondiente Consentimiento Informado bajo firma, reservando para los encuestados la libertad de retirarse del estudio e inclusive luego de haber sido otorgado dicho consentimiento.

## **PROCESAMIENTO DE DATOS**

Una vez recogida la información se efectúa el ordenamiento de los mismos y se volcaran los datos en una Tabla Maestra. En dicha tabla se registrarán las respuestas obtenidas de cada una de las preguntas, según el orden establecido.

Ambos instrumentos serán sometidos a prueba piloto previamente para valorar la confiabilidad y validez de los instrumentos, lo cual permitirá realizar ajustes y facilitar su aplicación una vez corroborada su precisión en relación a los datos que se desean obtener y medir.

La prueba piloto se efectuará durante 14 días en el Servicio de Terapia Intensiva del Nuevo Hospital del Milagro.

El cuestionario se compone de preguntas que se analizarán en función a los Procesos Enfermeros, las Expectativas y Satisfacción del Paciente y las Expectativas del Personal de Enfermería.

Los datos obtenidos se procesaran con el programa informático Microsoft Office- Excel. Se efectuará un análisis estadístico de los datos cuantitativos presentándose en tablas y gráficos.

Los datos cuantitativos serán analizados con enfoque de similitud de respuesta.

**Datos de Identificación:** Se clasificará de la siguiente manera:

- ✓ **Edad:**        **21 – 30**  
                         **31 – 40**  
                         **41 – 50**  
                         **51 – 60**  
                         **61 -- 65**

- ✓ **Sexo:** **Femenino**  
                 **Masculino**

- ✓ **Antigüedad en el Trabajo:** 0 – 5
- 6 – 10
- 11 – 15
- 16 – 20
- 21 – 25
- 26 – 30

- ✓ **Nivel de Formación:**

Turnos Nivel de Formación	MAÑANA	TARDE	NOCHE	FIN DE SEMANA	%
<b>Licenciados</b>					
<b>Univ./ Prof.</b>					
<b>Auxiliares</b>					



## PRESENTACIÓN DE DATOS

Para la presentación de los datos obtenidos se realizó mediante tablas con porcentajes, frecuencias absolutas, frecuencias relativas y punto medio. También se utilizaron Gráficos de Barra, Circular o sectorial.

- ✓ Las **Tablas** utilizadas serán de acuerdo a las variables de estudio: Edad, Sexo, Antigüedad en el Trabajo, Nivel de Formación, Turno en el que trabaja, Servicio donde se desempeña, Procesos Enfermeros, Expectativas del Personal de Enfermería.
- ✓ Elegimos la **Gráfica Circular** porque con una mirada se puede observar la proporcionalidad de una variable por sectores dentro de un círculo.
- ✓ El **Gráfico de Barras** representa una imagen comparativa de un conjunto de datos y según la altura que tenga cada barra será proporcional a la frecuencia de los datos obtenidos.

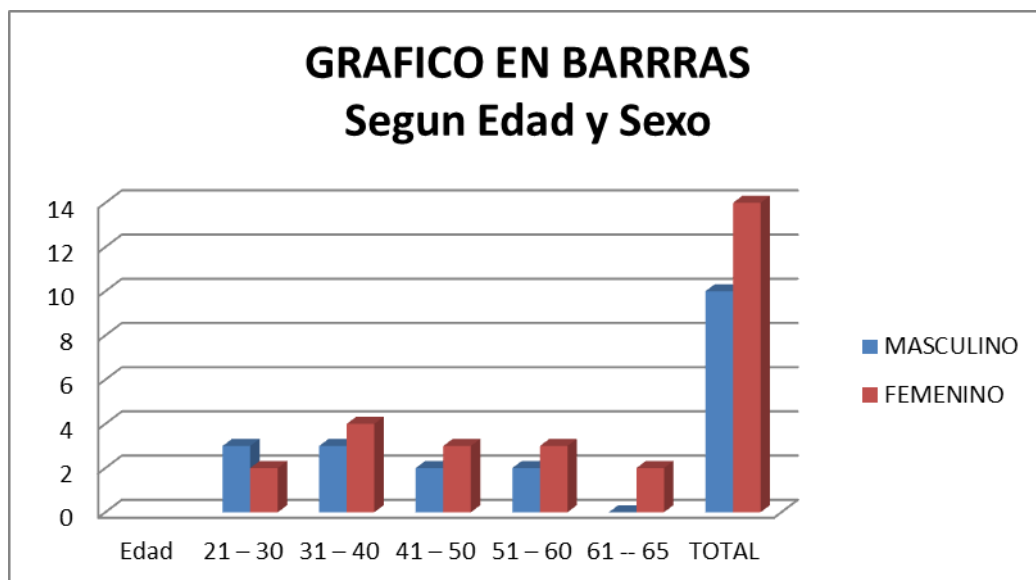
## TABLA N° 1

Cuadro de Distribución de Frecuencia según Edad y Sexo del Personal de Enfermería del Servicio de Terapia Intensiva e Intermedia, del Hospital San Bernardo, en la Provincia de Salta, año 2010

SEXO \ EDAD	MASCULINO	FEMENINO
21 – 30	3	2
31 – 40	3	4
41 – 50	2	3
51 – 60	2	3
61 -- 65	--	2
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>14</b>

**Fuente:** Tabla Maestra obtenidas de las encuestas del Personal de Enfermería de los Servicios de Terapia Intensiva e Intermedia del Hospital San Bernardo.

## GRAFICA N° 1



**Fuente:** Tabla N° 1

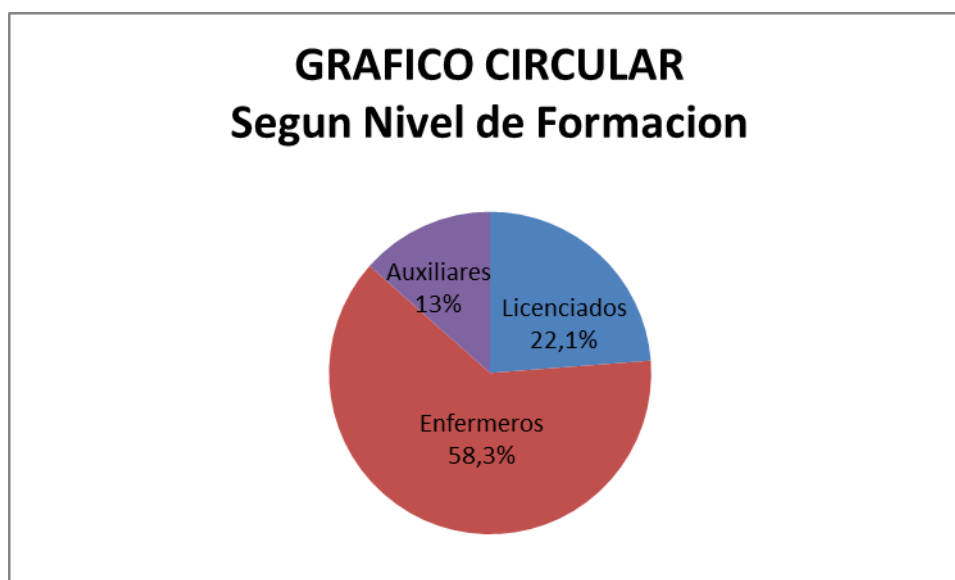
## TABLA N° 2

Cuadro de Distribución de Frecuencia según Nivel de Formación y Turno de trabajo del Personal de Enfermería del Servicio de Terapia Intensiva e Intermedia, del Hospital San Bernardo, en la Provincia de Salta, año 2010

Turnos Nivel de Formación	MAÑANA	TARDE	NOCHE	FIN DE SEMANA	%
Licenciados	2	2	1	2	22,1
Univ./ Prof.	4	4	3	3	58,33
Auxiliares	1	1	1	---	12,5

**Fuente:** Tabla Maestra obtenidas de las encuestas del Personal de Enfermería de los Servicios de Terapia Intensiva e Intermedia del Hospital San Bernardo.

## GRAFICO N° 2



**Fuente:** Tabla N° 2

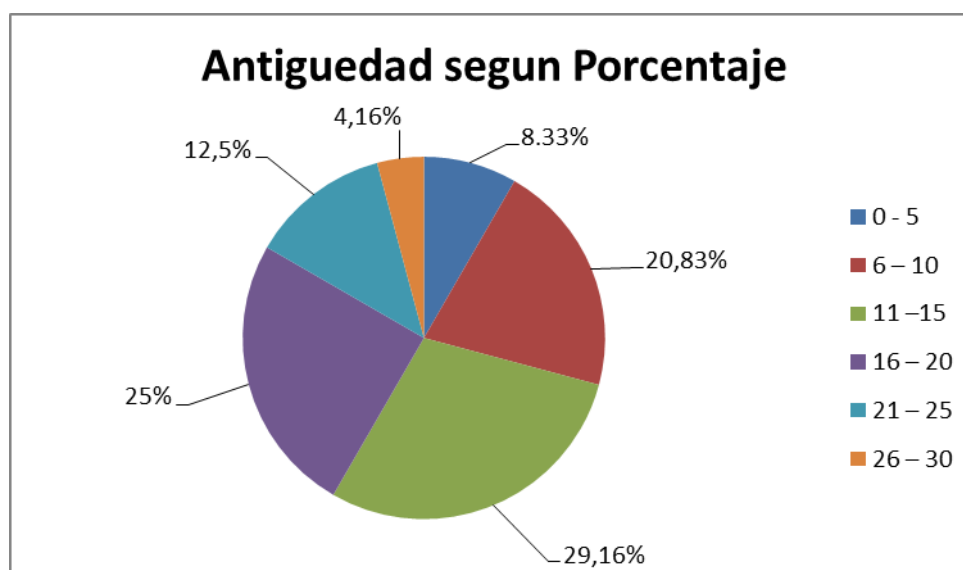
### TABLA N° 3

Cuadro de Distribución de Frecuencia según Antigüedad en el Servicio del Personal de Enfermería de Terapia Intensiva e Intermedia, del Hospital San Bernardo, en la Provincia de Salta, año 2010

<b>ANTIGÜEDAD</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>%</b>
<b>0 - 5</b>	<b>2</b>	<b>8,33</b>
<b>6 - 10</b>	<b>5</b>	<b>20,83</b>
<b>11 -15</b>	<b>7</b>	<b>29,16</b>
<b>16 - 20</b>	<b>6</b>	<b>25</b>
<b>21 - 25</b>	<b>3</b>	<b>12,5</b>
<b>26 - 30</b>	<b>1</b>	<b>4,16</b>

**Fuente:** Tabla Maestra obtenidas de las encuestas del Personal de Enfermería de los Servicios de Terapia Intensiva e Intermedia del Hospital San Bernardo.

### GRAFICO N° 3



**Fuente:** Tabla N° 3

## **TABLA N° 4**

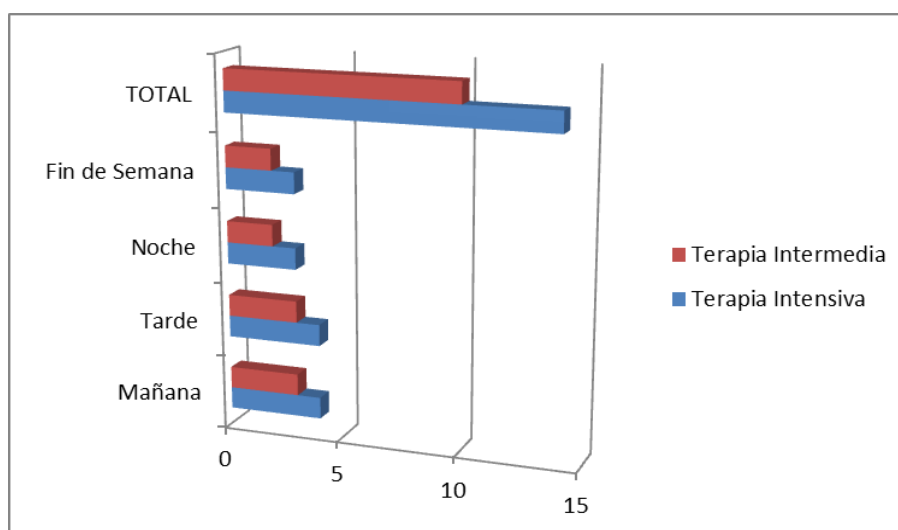
Cuadro de Distribución de Frecuencia según Turno y Servicio del Personal de Enfermería de Terapia Intensiva e Intermedia, del Hospital San Bernardo, en la Provincia de Salta, año 2010

<b>TURNOS</b>	<b>TERAPIA INTENSIVA</b>	<b>TERAPIA INTERMEDIA</b>
<b>Mañana</b>	<b>4</b>	<b>3</b>
<b>Tarde</b>	<b>4</b>	<b>3</b>
<b>Noche</b>	<b>3</b>	<b>2</b>
<b>Fin de Semana</b>	<b>3</b>	<b>2</b>
<b>TOTAL</b>	<b>14</b>	<b>10</b>

**Fuente:** Tabla Maestra obtenidas de las encuestas del Personal de Enfermería de los Servicios de Terapia Intensiva e Intermedia del Hospital San Bernardo.

## **GRAFICO N° 4**

### **Distribución del Personal Según Servicio**



**Fuente:** Tabla N° 3

## TABLA N° 5

### PROCESOS ENFERMEROS

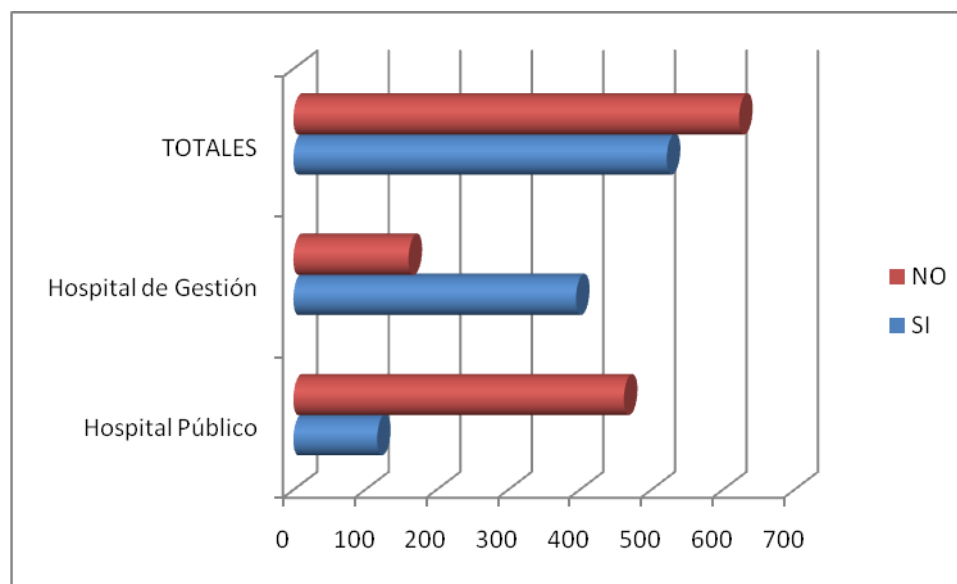
Cuadro de Distribución de Frecuencia según las Características del Hospital San Bernardo, y de los Procesos Enfermeros, en la Provincia de Salta, año 2010

CARACTERÍSTICAS	SI	NO
Hospital Público	117	462
Hospital de Gestión	395	161
TOTALES	522	623

**Fuente:** Tabla Maestra obtenidas de las encuestas del Personal de Enfermería de los Servicios de Terapia Intensiva e Intermedia del Hospital San Bernardo.

## GRAFICO N° 5

### PROCESOS ENFERMEROS



**Fuente:** Tabla N° 5

## **ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS**

El análisis de los datos se realizará a través de la estadística descriptiva, debido a que sirve como método para organizar los datos y poner de manifiesto sus características esenciales, con el propósito de proporcionar información relevante a mis pares y/u otros profesionales que aclaren o le sirvan de fuente para futuros trabajos de investigación o estudios que incluyan estas variables y le permitan inferir.

## **CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES Y PRESUPUESTO**

- Se confeccionará el DIAGRAMA DE GANT que es un calendario de los meses donde se especifica el cumplimiento de cada una de las etapas del proyecto, describiendo el tiempo y fecha que programó para desarrollar cada una de las actividades o etapas.
- Se confeccionará una planilla de PRESUPUESTO donde se especifique el recurso humano y material que se utilizará para desarrollar el proyecto, se calcularán los costos de ejecución.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

### DIAGRAMA DE GANTT

ACTIVIDADES	Ene.	Feb.	Mar.	Abril	Mayo	Jun.	Jul.	Agos.	Set.	Oct.	Nov.	Dic.
Revisión del Proyecto	■											
Organización de Actividades		■										
Recolección de Datos		■	■	■								
Procesamiento De Datos					■	■						
Elaboración del Informe							■					
Evaluación de Impacto								■	■			
Impresión y Encuadernación										■		
Presentación Del Proyecto											■	
Publicación del Proyecto												■



## PLANILLA DE PRESUPUESTO

<b>RUBROS</b>	<b>PRECIO UNITARIO</b>	<b>CANTIDAD</b>	<b>PRECIO TOTAL</b>
<b>R.R.H.H. Encuestador</b>	<b>200</b>	<b>1</b>	<b>200</b>
<b>Material de Librería</b>	<b>150</b>	<b>1</b>	<b>150</b>
<b>Llamadas Telefónicas</b>	<b>100</b>	<b>1</b>	<b>100</b>
<b>Medios de Movilidad</b>	<b>200</b>	<b>1</b>	<b>200</b>
<b>Fotocopias</b>	<b>0,50</b>	<b>100</b>	<b>50</b>
<b>Impresión del Material</b>	<b>250</b>	<b>3</b>	<b>750</b>
<b>Reproducción del Proyecto</b>	<b>500</b>	<b>1</b>	<b>500</b>
<b>Imprevistos</b>	<b>200</b>	<b>1</b>	<b>200</b>
<b>Gasto TOTAL</b>	<b>----</b>	<b>----</b>	<b>2150</b>

# **ANEXO**

Salta, 02 de Enero de 2010

Al Gerente General del Hospital San Bernardo

Dr. Jaime D. Castellani

S-----/ D-----

Tengo el agrado de dirigirme a usted, y por su digno intermedio ante quien corresponda, a fin de solicitarle me conceda permiso para realizar una investigación con el Personal de Enfermería de los Servicios de Terapia Intensiva e Intermedia que se desempeña en esa institución.

Dicha petición la realizo debido a que me encuentro cursando el segundo año de la Maestría en Administración y Organización de los Servicios de Salud dictada por la Universidad de Córdoba y debo realizar como requisito para la obtención del título la Tesis.

Los objetivos del trabajo están dirigidos a conocer la transformación en los Procesos Enfermeros de los Servicios de Terapia Intensiva e Intermedia cuando cambio a Gestión Descentralizada (se adjunta copia de los cuestionarios, los cuales se realizarán en diferentes días y horarios).

Los resultados de la investigación una vez obtenidos se darán a conocer cuando ustedes lo requieran.

Sin otro particular y a la espera de una respuesta favorable, saludo a usted con cordial distinción.

Mónica Patricia Montagna

Licenciada en Enfermería

M.P. 0048

**ANEXO N° 1**  
**INSTRUMENTO N° I**

El siguiente cuestionario corresponde a una investigación, se aplica para conocer cuál es el impacto de los Procesos Enfermeros del Servicio de Terapia Intensiva e Intermedia del Hospital Público San Bernardo con Gestión Descentralizada.

Es llevado por la Licenciada en Enfermería Sra. Mónica Patricia Montagna, alumna de la Maestría en Administración y Gerencia en Servicios de Salud dictada por la Universidad de Córdoba.

La información es de carácter anónimo, y solo será requerida a los colegas que hayan dado su consentimiento informado bajo firma, para participar de este trabajo de investigación científica.

Desde ya muchas gracias por su colaboración.

✓ **Datos de Identificación:**

Edad:

Sexo:

Antigüedad en el Trabajo:

Servicio donde se Desempeña:

Nivel de Formación:

Turno en el que trabaja:

**ANEXO N° 1**  
**INSTRUMENTO N° I**  
**PROCESOS ENFERMEROS**  
**PROCESOS ESTRATÉGICOS**


✚ Responda **SI** o **NO** según corresponda, teniendo en cuenta el tipo de gestión que tenía el hospital.

<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES</b>	<b>HOSPITAL PÚBLICO</b>	<b>HOSPITAL GESTIÓN</b>
<b>Contaban con personal suficiente para satisfacer la demanda del servicio</b>		
<b>Estaban bien determinados los cargos Jerárquicos en Enfermería.</b>		
<b>La distribución del RRHH es acorde a la necesidad del servicio.</b>		
<b>El servicio donde usted trabaja, cuenta con computadoras.</b>		
<b>Utilizan sistema informático para registrar la prestaciones de enfermería</b>		
<b>Se encuentra con sobrecarga Psico –física en su trabajo.</b>		
<b>Realizan Cursos de Capacitación permanente en el servicio.</b>		

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

**ANEXO N° 2**  
**INSTRUMENTO N° II**  
**PROCESOS ENFERMEROS**

**PROCESOS OPERATIVOS**

 Responda **SI** o **NO** según corresponda, teniendo en cuenta el tipo de gestión que tenía el hospital.

<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES</b>	<b>HOSPITAL PÚBLICO</b>	<b>HOSPITAL GESTIÓN</b>
<b>Tienen elaboradas las Normas y Protocolos en sus Servicios.</b>		
<b>Ha participado en la elaboración de Normas y Protocolos para su servicio.</b>		
<b>Tienen establecidos los circuitos organizativos del servicio.</b>		
<b>Realizan planificación de cuidados de enfermería.</b>		
<b>Tienen coordinado el trabajo intersectorial e interdepartamental</b>		
<b>Brindan contención y apoyo emocional al familiar del paciente internado.</b>		

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

**ANEXO N° 3**  
**INSTRUMENTO N° III**


**CAMBIOS EN LOS PROCESOS ENFERMEROS**

Responda **SI** o **NO** según corresponda, teniendo en cuenta el tipo de gestión que tenía el hospital.

<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES</b>	<b>HOSPITAL PÚBLICO</b>	<b>HOSPITAL GESTIÓN</b>
<b>Tienen criterio de clasificación para determinar el tipo de paciente que ingresa a su servicio.</b>		
<b>Los pacientes que atienden en su servicio son realmente críticos.</b>		
<b>Tienen bien establecidas sus funciones y acciones según el Nivel de Formación</b>		
<b>Están determinados los cargos jerárquicos en Enfermería.</b>		
<b>La institución coordina con otros Niveles Asistenciales para realizar un seguimiento domiciliario del paciente.</b>		

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**

**ANEXO N° 4**  
**INSTRUMENTO N° IV**  
**EXPECTATIVA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA**

 Responda **SI** o **NO** según corresponda, teniendo en cuenta el tipo de gestión que tenía el hospital.

<b>CARACTERÍSTICAS GENERALES</b>	<b>HOSPITAL PÚBLICO</b>	<b>HOSPITAL GESTIÓN</b>
<b>Cuentan con equipos adecuados y ambiente apropiado para trabajar.</b>		
<b>Le otorgan algún incentivo económico según su productividad.</b>		
<b>Considera que la institución reconoce su trabajo cotidiano.</b>		
<b>Tiene participación efectiva en algún Comité del establecimiento.</b>		
<b>Considera que el funcionamiento de su servicio es óptimo.</b>		

**GRACIAS POR SU COLABORACIÓN**



**TABLA MAESTRA**  
**PROCESOS ENFERMEROS**

CARACTERÍSTICAS GENERALES: PROCESOS ESTRATÉGICOS	HOSPITAL PÚBLICO		HOSPITAL GESTIÓN	
	SI	NO	SI	NO
<b>EDAD</b>				
<b>SEXO</b>				
<b>ANTIGÜEDAD</b>				
<b>NIVEL DE FORMACIÓN</b>				
<b>SERVICIO DONDE TRABAJA</b>				
Contaban con personal suficiente para satisfacer la demanda del servicio.		24	10	14
Estaban bien determinados los cargos Jerárquicos en Enfermería.	9	15	24	
La distribución del R.R.H.H. es acorde a la necesidad del servicio.	6	18	16	8
El servicio donde usted trabaja, cuenta con computadoras.		24	24	
Utilizan sistema informático para registrar la prestaciones de enfermería		24		24
Se encuentra con sobrecarga Psico- Física en su trabajo.	16	8	14	14
Realizan Cursos de Capacitación permanente en el servicio.	6	18	19	5
<b>PROCESOS OPERATIVOS</b>				
Tienen elaborados las Normas y Protocolos en sus Servicios.	4	20	24	
Ha participado en la elaboración de Normas y Protocolos para su servicio.	2	22	15	9
Tiene establecido los circuitos organizativos del servicio.	5	19	24	
Realizan planificación de cuidados de enfermería.	7	17	16	8
Tienen coordinado el trabajo intersectorial e interdepartamental.	3	21	18	6
Brindan contención y apoyo emocional al familiar del paciente internado.	1	23	17	7
<b>CAMBIOS EN LOS PROCESOS ENFERMEROS</b>				
Tienen criterio de clasificación para determinar el tipo de ptes. que ingresa al servicio.	3	21	18	6
Los pacientes que atienden en su servicio son realmente críticos.	6	18	19	5
Tienen bien establecidas sus funciones según el Nivel de Formación.	2	22	23	1
Están determinados los cargos Jerárquicos en Enfermería.	4	20	22	2
La institución coordina con otros Niveles Asistenciales para realizar el seguimiento del ptes.		24	19	5
<b>EXPECTATIVA DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA</b>				
Cuenta con Equipos adecuado y ambiente apropiado para trabajar.	6	18	20	4
Le otorgan algún incentivo económico según su productividad.		24	17	7
Considera que la Institución reconoce su trabajo cotidiano.	3	21	16	8
Tiene participación efectiva en algún Comité del establecimiento.		24	5	19
Considera que el funcionamiento de su Servicio es óptimo.	7	17	15	9
<b>TOTALES</b>	<b>117</b>	<b>462</b>	<b>395</b>	<b>161</b>

## **CONCLUSIÓN**

Nuestro Sistema de Salud fue cambiando a través de los años, mediante nuevas estrategias y nuevos modelos de gestión que respondan con eficacia a las constantes transformaciones del mundo. Estas transformaciones exigen de las organizaciones (públicas o privadas) una capacidad de adaptación e innovación constante.

Estas exigencias y la incorporación de tecnologías nuevas generan presiones en los profesionales, para establecer nuevas formas de proceder que aumenten el impacto de la institución en la comunidad, mejorando la eficiencia y calidad de las prestaciones brindadas.

El progreso de los hospitales puede ser visto como resultado de la capacidad gerencial de responder a los desafíos impuestos por los cambios de la sociedad, (económicos, políticos y tecnológicos). Esos factores externos hacen que el hospital moderno sea una institución compleja en la que la administración pasa a ser una preocupación principal. Lo cual genera que se refuercen las funciones administrativas, debido a que se van integrando las actividades asistenciales y no se contempla como una instancia de apoyo.

El enfoque de la Gestión por Procesos, pretende añadir los elementos necesarios de la Gestión Estratégica y Operativa al accionar de los Procesos Enfermeros del Hospital San Bernardo, para hacerlos más competitivos y dotarlos de mayor calidad en sus prestaciones.

De esta manera es necesario tener bien establecido la Dirección de Enfermería a través de un Coordinador o Gestor de los Procesos Enfermeros, el cual, es quien asume la responsabilidad de coordinar los Equipos (gestores y personal sanitario-asistencial) y Servicios para que funcionen interconectados en progreso del paciente.

Los Profesionales de Enfermería, como parte activa de las organizaciones sanitarias, tienen el compromiso y el deber de estar involucrados en la gestión sistemática de las empresas de salud, así como ser agentes activos en la mejora continua de los servicios sanitarios.

La institución en la actualidad, si cuenta con Guías de Atención o Protocolos establecidos en cada servicio, para lograr una mejor atención del paciente/cliente. Además tiene bien establecido la **Funcionalidad del Sistema** a través de Módulos de Gestión Hospitalaria General, Módulo de Laboratorios, Módulo de Información Clínica, Módulo de Gestión Documental, y Módulo Contable.

Este cambio organizativo implica la utilización del sistema informático como soporte elemental en la toma de decisiones, desde una cultura de trabajo Multidisciplinario Inter - funcional e Interprofesional, configurando EQUIPOS de alto rendimiento con capacidad de obtener resultados asistenciales de excelencia en la cadena de valor de los servicios públicos.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1.** Dr. Gabriel Acevedo, Año 2003 “Sistemas Sanitarios y Modelos de Atención de la Salud” pag. 3
- 2.** Rolando Osmar Ciro, Año 2001 “Enfermería Moderna” Cap. III La Dirección por Objetivo en las Org. Sanitarias Editorial El Ateneo.
- 3.** Dra. Susana Balcarce, Dra. Angélica Farfán, Dra. Laura Cartuccia, Año 2006 “Análisis de las Políticas Sociales y de Salud en la Provincia de Salta”, pag.3- 5.
- 4.** Decreto N° 939 – Régimen de Hospital Público con Gestión Descentralizada.  
19/10/2000
- 5.** Mora Martinez, José Ramón “Guía Metodológica para la Gestión por Procesos. Aplicación en las Organizaciones de Enfermería”. Capítulo II. Pag.27
- 6.** Mora Martinez, José Ramón y Ferrer Arnedo, Carmen – “Diseño de Organizaciones Eficiente”, Capítulo IV “Los Procesos: Concepto y Clasificación orientada a las organizaciones de enfermería. Pag. 23
- 7.** Mora Martinez, José Ramón y Ferrer Arnedo, Carmen – “Diseño de Organizaciones Eficiente”, Capítulo IV “Los Procesos: Concepto y Clasificación orientada a las organizaciones de enfermería. Pag. 25
- 8.** Mora Martinez, José Ramón Guía Metodológica para la Gestión por Procesos. Aplicación en las Organizaciones de Enfermería. Capítulo II “Gestión Clínica en las Organizaciones de Enfermería” Pag.28- 38
- 9.** Lic. Elida Marconi, Año 2006 “Estadística e Información en Salud” Rev. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación. Vol. III pág. 6

**10.** Decreto N° 939 – Régimen de Hospital Público con Gestión Descentralizada.

19/10/2000

**11.** Decreto N° 939 – Régimen de Hospital Público con Gestión Descentralizada.

19/10/2000

**12.** Mora Martinez, José Ramón Guía Metodológica para la Gestión por Procesos.

Aplicación en las Organizaciones de Enfermería. Capítulo II "Gestión Clínica en las Organizaciones de Enfermería" Pag.31

**13.** Mora Martinez, José Ramón y Ferrer Arnedo, Carmen – "Diseño de Organizaciones Eficiente", Capítulo IV "Los Procesos: Concepto y Clasificación orientada a las organizaciones de enfermería. Pag.103

**14.** Mora Martinez, José Ramón y Ferrer Arnedo, Carmen – "Diseño de Organizaciones Eficiente", Capítulo IV "Los Procesos: Concepto y Clasificación orientada a las organizaciones de enfermería. Pag.104

**15.** Mora Martinez, José Ramón y Ferrer Arnedo, Carmen – "Diseño de Organizaciones Eficiente", Capítulo IV "Los Procesos: Concepto y Clasificación orientada a las organizaciones de enfermería. Pag. 112

**16.** Barrantes, E. Rodrigo. "Un Cambio al Conocimiento, un Enfoque Cualitativo y Cuantitativo" 2da reimpresión. Editorial EUNED, San José Costa Rica, 2000

**17.** Gisbert, Ramon i Gelonch, "Economía y Salud" Masson, S.A. Cap. 10 Técnicas de Gestión Económica. Pag. 123 Año 2002

**18.** Dr. Jorge Lemus Año 2006 "Ciencias Empresariales y Sociales". Pág. 22

**19.** López, Susan, Año 2008 "El Sistema de Salud Argentino" Material de Trabajo para Medicina Social. Facultad de Trabajo Social, La Plata, pág. 1

**20.** Acuña Carlos y Mariana Chudnovsky, Año 2002 “El Sistema de Salud Argentino”

Documento de Trabajo N°60. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional (CEDI).Fundación Gobierno, pag.2

**21.** Acuña Carlos y Mariana Chudnovsky, Año 2002 “El Sistema de Salud Argentino”

Documento de Trabajo N°60. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional (CEDI).Fundación Gobierno, pag.4

**22.** López, Susan, Año 2008 “El Sistema de Salud Argentino” Material de Trabajo para

Medicina Social. Facultad de Trabajo Social, La Plata, pág. 1

**23.** Repeto Fabian, Año 2001, “Descentralización de la Salud Pública en los noventa”

Doc. De Trabajo N° 55, Fundación Gobierno y Sociedad, Centro para el Desarrollo Institucional, Bs. As.

**24.** López, Susan, Año 2008 “El Sistema de Salud Argentino” Material de Trabajo para

Medicina Social. Facultad de Trabajo Social, La Plata, pág. 3

**25.** Acuña, carlos y Mariana Chudnovsky Año 2002”El Sistema de Salud en Argentina”

Doc. N° 60. Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional (CEDI) Fundación Gobierno.

**26.** López, Susan, Año 2008 “El Sistema de Salud Argentino” Material de Trabajo para

Medicina Social. Facultad de Trabajo Social, La Plata, pág. 3

**27.** Mangini, Alejandro; Vigilante, Alejandro y Manca Yamila; Año 2004

“Administración de un Hospital Público”. Monografía para Administración Pública en la Facultad de Administración y Economía. Universidad de la Marina Mercante

**28.** López, Susan, Año 2008 “El Sistema de Salud Argentino” Material de Trabajo para

Medicina Social. Facultad de Trabajo Social, La Plata, pág. 4

- 29.** Cortes, R. y Marshall, Adriana. Año 1999 “Estrategia Económica, Instituciones y Negociación Política en la Reforma Social de los ’90”. Desarrollo Económico N° 154 Bs. As. 1999
- 30.** Decreto 939/00 Régimen de Hospitales Público de Gestión Descentralizada
- 31.** Diagnostico Socio - Sanitario de la Provincia de Salta, CIPPEC (Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento), octubre 2004, Pag. 4-5.
- 32.** INDEC, (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) /2003
- 33.** ACAMI (Asociación Civil de Actividades Médicas Integradas). Año 2004
- 34.** Jorge de Rumi, Victoria, Ex – Secretaria General, Artículo Aporte para su Historia (1960\_1982) Diciembre 1997
- 35.** Colegio Médico de Salta, Revista Vínculos Año 2 N° 3
- 36.** Dra. Susana Balcarce, Dra. Angelica Farfan y Dra. Laura D. Cartuccia. Políticas Sociales y de Salud en la Argentina, “Impacto de la Reforma del Estado en el Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo”, Año 2009
- 37.** Ciro, Rolando Osmar, “Enfermería Moderna”, Habilidades Directivas, Cap. 5 Pag. 116 -117
- 38.** Ciro, Rolando Osmar, “Enfermería Moderna”, La Dirección por Objetivos en las Organizaciones Sanitarias, Cap. 3 Pag. 55 – 56
- 39.** Datos otorgados por Servicio de Estadística del Hospital San Bernardo

- 40.** Guaraz, Estela “Administración en Enfermería Hospitalaria”, Córdoba, Cátedra de Administración en Enfermería. Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional. Año 1990.
- 41.** Wainerman, Catalina y Goldstein, Rosa; “Condiciones de Vida y de Trabajo de las Enfermeras en Argentina”. Centro de Estudios de la Población CENEP. Buenos Aires, 1990.
- 42.** Finn, Ronald y Druny, Peter “Guía par la Unidad de Terapia Intensiva” Mexico, El Manual Moderno, 1975 “Enfermería de Alto Riesgo” Tomo I Pag. 45
- 43.** Ciro, Rolando Osmar, Alcántara, Carretero, Luis; Año 2005 “Enfermería Moderna”, “La Dirección por Objetivos en las Organizaciones Sanitarias” Editorial El Ateneo, Cap. 3 Pag.55
- 44.** Mora Martinez, José Ramón, Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos, Aplicación en las Organizaciones de Enfermería:” Gestión Clínica en las Organizaciones de Enfermería” Cap. 2 “Cambios en la Organización” Pag. 31
- 45.** Ciro, Rolando Osmar, Murillo Ayuso, Diego; Año 2005 “Enfermería Moderna”, “Habilidades Directivas”, Editorial El Ateneo, Cap. 5 Pag. 101
- 46.** Ciro, Rolando Osmar, Alcántara, Carretero, Luis; Año 2005 “Enfermería Moderna”, “La Dirección por Objetivos en las Organizaciones Sanitarias” Editorial El Ateneo, Cap. 3 Pag.57
- 47.** Ciro, Rolando Osmar, Alcántara, Carretero, Luis; Año 2005 “Enfermería Moderna”, “La Dirección por Objetivos en las Organizaciones Sanitarias” Editorial El Ateneo, Cap. 3 Pag. 33



- 48.** Ciro, Rolando Osmar, Murillo Ayuso, Diego; Año 2005 “Enfermería Moderna”, “Habilidades Directivas”, Editorial El Ateneo, Cap. 5 Pág. 117- 118
- 49.** Mora Martinez, José Ramón, Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos, Aplicación en las Organizaciones de Enfermería:” “ Los Procesos: Concepto y clasificación orientadas a las Organizaciones de Enfermería” Cap. 4 Pag. 112
- 50.** Mora Martinez, José Ramón, Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos, Aplicación en las Organizaciones de Enfermería:” “ Los Procesos: Concepto y clasificación orientadas a las Organizaciones de Enfermería” Cap. 4 Pag. 114
- 51.** Mora Martinez, José Ramón, Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos, Aplicación en las Organizaciones de Enfermería:” Gestión Clínica en las Organizaciones de Enfermería” Cap. 2 “Los Procesos Enfermeros” Pag. 35- 36
- 52.** Mora Martínez, José Ramón, Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos, Aplicación en las Organizaciones de Enfermería:” “La Producción de Servicios de Salud. Producto Sanitario y Producto Enfermero” Cap. 1 “Aproximación al Conocimiento del Producto de Enfermería” Pag. 25- 26
- 53.** Mora Martínez, José Ramón, Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos, Aplicación en las Organizaciones de Enfermería:” “Los Procesos: Concepto y clasificación orientadas a las Organizaciones de Enfermería” Cap. 4 Pág. 115-116
- 54.** Mora Martínez, José Ramón, Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos, Aplicación en las Organizaciones de Enfermería:” “Los Procesos: Concepto y clasificación orientadas a las Organizaciones de Enfermería” Cap. 4 Pág. 118-119
- 55.** Mora Martínez, José Ramón, Guía Metodológica para la Gestión Clínica por Procesos, Aplicación en las Organizaciones de Enfermería:” “Los Procesos: Concepto y clasificación orientadas a las Organizaciones de Enfermería” Cap. 4 Pág. 120-127

**56.** Mora Martinez, José Ramón, Metodología para la Gestión Clínica por Procesos

Aplicación en las Organizaciones de Enfermería: “Gestión Clínica en las Organizaciones de Enfermería” Cap. 2 Pag. 27