

INTRODUCCIÓN A LA GESTIÓN DE EFECTORES DE ATENCIÓN MÉDICA

Horacio Luis Barragán

1.- La gestión articula la asistencia y la administración

La organización hospitalaria del siglo XX ha tendido, sin quererlo, a generar una dualidad de conducción. Una de carácter médico ordenada a la actividad asistencial y otra de índole administrativa encargada del manejo de los recursos (Temes Montes, 2002:26).

El aumento de la demanda, la transformación de las necesidades en demanda, la creciente conciencia del derecho a la salud, por un lado, y el acelerado desarrollo y complejidad de los recursos con el consecuente incremento de los costos, por otro, ubican al sistema de Atención Médica y sus efectores en una coyuntura crítica.

Una causa principal del carácter de esa coyuntura es la falta de paralelismo entre el desarrollo de los procedimientos médicos y el de los procedimientos de organización, a la que ha contribuido aquel dualismo.

El enfoque empresarial, lejos de entenderse como privatización de efectores o prevalencia de propósitos de lucro, intenta superar el retraso organizativo y tiende a unificar la conducción con el concepto de gestión hospitalaria.

El concepto prevalece a tal punto que se ha dividido en niveles: a) **macrogestión** de políticas y acciones generales de salud con base en el Estado; b) **mesogestión** de efectores de salud de diverso tipo y complejidad y c) **microgestión** de la práctica asistencial cotidiana (Del Llano, 1999: XX).

La integración entre estos niveles es la clave de la gestión exitosa. Sin embargo, ofrece muchas resistencias. Entre los niveles meso y micro, en el ámbito de un efector, las resistencias tienen el denominador común del individualismo general y el particular de los profesionales -llamados liberales- que constituyen un núcleo numeroso y central de sus planteles.

El trabajo de conjunto y en equipos puede lograrse tendiendo a equilibrar ese individualismo con un fuerte sentido de pertenencia institucional, una real participación en la programación, decisiones y evaluación –en el marco de un orden jerárquico–, una sistemática información entre los diversos componentes y un régimen justo de incentivos.

La gestión incorpora nuevos enfoques a los tradicionales: su eje gira en torno al usuario-paciente buscando la calidad de la asistencia, su satisfacción y la del personal así como la de los costos de las prestaciones.

La gestión no ve sólo a los miembros del personal en forma individual, sino como un equipo, ni a la institución en forma aislada sino en tanto un conjunto, en relación con una población y área definidas e integrado en una red de instituciones de Salud. La gestión se abre, por ejemplo, a estrategias de fortalecimiento de la atención ambulatoria y a la de alternativas de internación (vg: internación domiciliaria)

En la microgestión, integrada a la meso, se promueven las decisiones clínicas fundadas en la evidencia científica la que requiere procedimientos para medir y comparar resultados (Del Llano, 1999:173).

Finalmente el usuario-paciente no es sólo el eje del efector y del sistema y quien expresa su grado de satisfacción con la asistencia, sino un agente activo en diversos aspectos de la gestión misma (Del Llano, 1999:173).

2.- La dirección hospitalaria debe estar a cargo de un equipo especializado

La dirección de un hospital tiene la responsabilidad de cumplir los objetivos y las metas del efector por la gestión coordinada de los recursos humanos, materiales y financieros.

En tal sentido debe estar a cargo de un equipo jerarquizado conformado por especialistas en gestión hospitalaria dedicados a tiempo completo, tanto más cuanto más complejo es el efector. Puede que parte del tiempo de los miembros de ese equipo sea ocupado en funciones asistenciales pero sólo en centros de asistencia primaria y hospitales o clínicas pequeñas y de baja complejidad. Pero no cabe, sino por excepción, que el director esté operando o atendiendo consultorio en establecimientos grandes y complejos.

La profesionalización de la dirección exige que el titular y los miembros de su equipo sean especialistas en Gestión Hospitalaria o en Salud Pública. A su vez, los jefes de Departamento, de Servicio y de Salas deben tener capacitación en gestión para asumir sus responsabilidades y para lograr un lenguaje común y un entendimiento con la dirección.

Durante muchas décadas el director de un hospital solía ser uno de los más destacados especialistas asistenciales que, en la administración, se respaldaba en los jefes del plantel de este último rubro. Asimismo el entendimiento con los jefes de servicio solía ser dificultoso en la medida en que estos no tenían una visión global del establecimiento, de su rol en una red de efectores, rechazaban la natural limitación de recursos y tendían a fortalecer, casi en exclusivo, su propio servicio.

A decir verdad, este entendimiento sigue siendo dificultoso en muchos de los hospitales y clínicas, en la medida en que las funciones directivas se asumen. Cuando hay un profesional con el título de director que, absorbido por tareas asistenciales, no se ocupa de sus funciones, el desentendimiento se desplaza hacia la figura del administrador o equivalente.

Los conflictos son permanentes dentro de los hospitales o clínicas ya sea por la obtención de personal, espacio físico, equipos, por la obtención de prestigio, poder u otros factores. Ellos responden a intereses personales o grupales, parciales, que pueden ser o no armónicos con el desarrollo global del establecimiento.

La dirección, por ello, tiene a su cargo la canalización de los conflictos y la promoción del entendimiento en el nivel más alto del establecimiento. Se trata del liderazgo.

Este concepto de las Ciencias Administrativas afianza en la personalidad pero, en una organización, se forja en las siguientes tareas (Thompson y Strickland, 1994):

- a) teniendo en claro la misión de la organización a largo plazo;
- b) definiendo los objetivos de resultados que precisa la misión a diferentes plazos;
- c) elaborando las estrategias para alcanzar esos resultados;
- d) poniendo en marcha las estrategias y organizando los recursos;
- e) evaluando los resultados para ajustar la misión, los objetivos y las estrategias.

3.- La misión y sus instrumentos deben ser conducidos por la dirección

La misión de un hospital parece clara, sin embargo cambia según la **complejidad**, la **demanda** y las **necesidades** de la población a la que sirve. A este cambio en la situación se agrega un cambio en el tiempo ya que aquellas tres variables evolucionan. Piénsese en lo que significó la introducción de la endoscopia a fibra óptica primero y la videoendoscopia después, respecto a la complejidad. Piénsese en el impacto de la pandemia de HIV/SIDA sobre la demanda y las necesidades de la población.

Hay incertidumbre en el desarrollo científico-tecnológico, que hace a la complejidad. La incertidumbre es mucho mayor en lo que hace al perfil epidemiológico de las comunidades. Piénsese en la posibilidad de mutación del virus de la gripe aviaria H5N1 y que llegue a transmitirse en forma interhumana. Así, la misión a largo plazo carga con mayor incertidumbre. A partir del carácter evolutivo de la misión, se define el mismo carácter de los objetivos y las estrategias, carácter que orienta la evaluación de resultados.

De todas formas la misión orienta los caminos, dentro de ciertos límites, en el desarrollo temporal de la organización. Piénsese en la incongruencia de que un hospital local o una clínica de una ciudad pequeña proyecte un servicio de trasplante.

Los objetivos desglosan la misión fijando resultados esperados en diferentes áreas y tiempos. Por eso, deben ser concretos y medibles. A su vez pueden dividirse en **metas**.

Las **estrategias** son los medios para alcanzar los objetivos y las metas. Se formulan en el marco de una visión total del hospital, del sistema del que forma parte y de las necesidades de la población a la que sirve.

La **estrategia** se ha definido con “el patrón de los movimientos de la organización y de los enfoques de la dirección que se usa para lograr los objetivos y para luchar por la misión de la organización” (Thompson y Strickland, 1994:7). En ella se superponen acciones habituales y novedosas así como se prevén sus ventajas y sus riesgos.

La **evaluación** es un proceso permanente que se concreta a través del **control** del cumplimiento de objetivos y de la **supervisión**. Esta última es la verificación y el asesoramiento respecto a las estrategias y procedimientos, tendiendo a “evitar la dispersión entre el trabajo que se desea y el que se está realizando” (Fajardo Ortiz, 1983:161).

Para cumplir estas funciones, la dirección tiene cuatro procedimientos principales:

- a) reunión de los miembros de la dirección, jefes y responsables en conjunto y en particular;
- b) recorridos y visitas diarias a diferentes áreas del hospital;
- c) lectura y análisis de los informes requeridos o provistos, de las normas y estadísticas;
- d) supervisión de las actividades principales.

Las reuniones llegan a ser una carga inútil si no se fijan con hora de comienzo y de final, sobre la base de una agenda acordada con los participantes a través de la secretaría. Requieren puntualidad de todos ellos y la exigencia de no desviarse de la agenda así como de que las ponencias sean breves y concisas. El cierre debe dejar conclusiones precisas o decisiones comunes.

La recorrida y las visitas a las diferentes áreas del establecimiento las comprende a todas, médicas, centrales y generales. La dirección encerrada en un despacho pierde la visión de la realidad y tiene que atenerse a lo que le dicen, muchas veces con parcialidad o sesgos. La apreciación “in situ” ofrece a la dirección un complemento para apreciar la totalidad e integración de los problemas, si es un buen observador. Las visitas involucran a las que deben hacerse fuera de horarios habituales, a las guardias y servicios de operación continua.

Una dirección que no conoce la planta de su hospital o clínica y a los grupos de personal que se desempeñan en sus diversas áreas no puede definir prioridades ni tomar decisiones acertadas.

Como es sabido, el tiempo es el único recurso irrecuperable y el de la dirección debe distribuirse con criterio sobre la base de una secretaría muy bien instruida y conocedora del establecimiento y sus relaciones externas.

Podría ensayarse un modelo de distribución del tiempo [Cuadro 3.a].

Distribución tentativa del tiempo para la dirección de un hospital mediano*

Actividades	% Tiempo	Hs. aprox.
Reuniones directivas	4	2
Trabajo con jefes de servicio o áreas	6	3
Atención individual de responsables	6	3
Supervisión de administración de personal	10	5
Supervisión de administración presupuestario	10	5
Supervisión de compras y contrataciones	6	3
Problemas de planta física y equipamiento	6	3
Problemas legales e impositivos	6	3
Recorridas y visitas	14	7
Relaciones con organismos y hospitales	4	2
Junta directiva	4	2
Visión de la comunidad y centros de AMP	8	4
Lectura de información y análisis	10	5
Atención de representantes gremiales	6	3
Total	100	50
* El tiempo tentativo se calcula para una semana de 50 hs. de trabajo.		

Cuadro 3.a

El director¹ representa al hospital, es el responsable último de su funcionamiento normal y de su continuidad permanente. Esto le da autoridad para conducir al conjunto, para evaluar, supervisar y corregir lo que afecte ese funcionamiento. En los establecimientos estatales, en tanto que depende de autoridades superiores, es el responsable de requerir los recursos mínimos para mantener la normalidad. Puede decirse hoy, que también el director de un establecimiento privado, al depender del pago de la seguridad social, es la figura idónea para indicar la insuficiencia o la inoportunidad de los pagos.

La responsabilidad de la dirección llega hasta los límites de los recursos normales y del presupuesto del establecimiento.

La dirección de un efector de AM no debe concentrar un exceso de responsabilidades como la que se daba en la década de 1990. El Programa de Investigación en Economía de la Salud hecho en la provincia de Buenos Aires (1990) por convenio entre el Ministro Ginés González García y el Consejo Profesional de Ciencias Económicas bonaerense, presidido por Alfredo Avellaneda, dice respecto a los efectores estatales "existe una estructura orgánica con "un alcance de control" demasiado amplio, lo cual conforma un "esquema en rastrillo" en donde la Dirección recibe una variada gama de requerimientos". Lo probaba obteniendo un promedio de 27 responsables que reportaban directamente a ella en seis hospitales zonales e interzonales de la provincia.

A título de ejemplo se transcriben las obligaciones de las que el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires responsabiliza al director de un establecimiento privado (Decreto 3280/90, art. 11, inc. 2):

"Contar con un director técnico médico (a excepción de consultorios, policlínicas, y odontológicas, laboratorios de análisis clínicos y servicios de ambulancias) quien será el responsable ante las autoridades sanitarias por el cumplimiento de las leyes, decretos, resoluciones, etc. vigentes en la materia.

Serán sus obligaciones: a) Controlar, por el medio que correspondiere la calidad del profesional habilitado, de toda persona que ejerciere o pretendiere hacerlo, en el ámbito del establecimiento; b) Adoptar los recaudos para que los médicos tratantes o de cabecera, confeccionen en tiempo y forma oportunas las historias clínicas de cada paciente como parte integrante del acto médico profesional; c) Conservar adecuadamente archivadas y por el plazo de 15 años las historias clínicas; d) Denunciar a la autoridad que corresponda todo hecho o acto de carácter delictuoso que llegare a su conocimiento; e) Velar por un eficaz y adecuado tratamiento de los pacientes del establecimiento; f) Propender al buen mantenimiento de equipos e instrumental, así como las condiciones de limpieza, aseo y conservación

¹ A este director los tratadistas españoles le llaman director gerente, quien tiene un director médico subordinado (Temes Montes, 2002: 67).

de las dependencias y de todo el personal que se desempeñe en el mismo; g) Denunciar a las autoridades todo caso confirmado o sospechoso de enfermedad de carácter infecto-contagioso”.

Como es sabido la autoridad puede delegarse pero no la responsabilidad, que sigue siendo compartida entre la dirección y las jefaturas subordinadas (Fajardo Ortiz, 1983:160).

La coordinación de unidades requiere un ordenamiento jerárquico que llega desde la jefatura de cada uno de los departamentos hasta la dirección. La autoridad debe transmitirse por un solo camino a través de las escalas jerárquicas. De la misma forma, los reclamos deben seguir el mismo camino en sentido inverso.

Estos niveles de autoridad y caminos de transmisión se esquematizan en organigramas que a pesar de sus defectos, son su punto de referencia (Barquin Calderón, 1978:530).

En ese esquema cada persona reconoce a su jefe inmediato de quién debe recibir las normas, decisiones y comunicaciones y ante quién debe presentar los informes y los conflictos. El salto por sobre el nivel correspondiente genera anarquía y sólo se admite por el mecanismo del “recurso jerárquico en subsidio” en situaciones de conflicto.

Los niveles de autoridad involucran la responsabilidad de ejecutar normas, distribuir las actividades y supervisarlas, tomar decisiones en esos aspectos, dar participación en cuanto a aportes, inquietudes y quejas a cada uno de los miembros de su unidad, coordinar con otros niveles equivalentes así como recibir y aplicar las decisiones y reportar al nivel superior.

Los niveles jerárquicos deben balancearse de tal forma que ninguno tenga un exceso o déficit de responsabilidades y/o de personal a cargo.

Sin embargo, como en toda organización, suele darse la existencia de un ordenamiento jerárquico formal, reflejado en el organigrama, y otro informal con vigencia real.

Las unidades de trabajo se definen según las **funciones** a su cargo y las **relaciones** con las restantes, así como su **ubicación** en el espacio y en el circuito que el paciente transita en su asistencia. Los puestos de trabajo se definen según un perfil y un detalle de los roles a desempeñar.

4.- Las responsabilidades se distribuyen y comparten

La organización de un establecimiento de salud involucra una distribución de responsabilidades y tareas en función de la **asistencia** a los pacientes en conjunción con la **investigación** y la **docencia**. En tanto esa organización interna debe ser parte de la de un sistema de salud, su función se extiende a la detección y asistencia de necesidades que no se expresan por diversas razones, a través de su área programática.

La distribución de responsabilidades y tareas es, en una primera instancia, dicotómica en tanto unas son de asistencia directa a los pacientes y otras actúan indirectamente (Barquin Calderón, 1978:527 y ss).

Las responsabilidades y tareas se agrupan constituyendo unidades de trabajo, diferenciándose con otras unidades y, a la vez, coordinándose entre sí. Esta coordinación se concreta por el intercambio de servicios (vg. laboratorio clínico obtiene muestras y provee resultados), de personas en forma regular (vg. personal de unidad de enfermería asignado a consultorios, internación o quirófanos) o puntual (vg. anestesistas o patólogos en el equipo de un acto quirúrgico).

Se ha hecho referencia a la dirección, ahora bien, en un efector de AM, con variaciones según el subsector, según su clasificación y complejidad, las unidades son variables.

Se intentará presentarlas ordenadas con eje en el paciente.

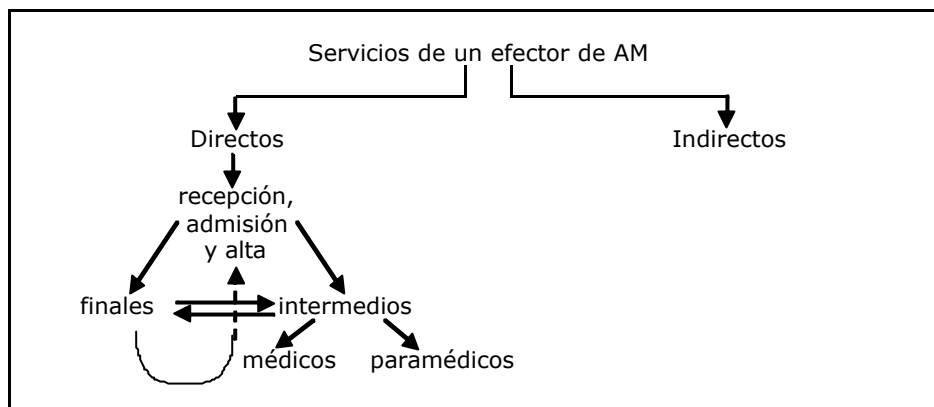
5.- Los servicios a los pacientes pueden clasificarse en directos e indirectos

Los servicios directos al paciente son aquellos que operan con relación inmediata a su persona, comienzan por su **recepción** y **admisión** al efector y terminan en el **alta**.

Una vez admitidos se orientan a un servicio directo cuyo fin es hacer un diagnóstico y tratamiento para su salida del efector: son los **servicios finales**.

No obstante estos servicios finales requieren de otros directos de apoyo que aportan desde una perspectiva especial al diagnóstico y/o tratamiento: son los **servicios intermedios**.
 Los servicios directos se pueden clasificar en médicos y paramédicos [Cuadro 5.a].

Clasificación de los servicios que se prestan en un efector de AM con eje en el paciente



Cuadro 5.a

Se ha dicho que el paciente es la persona a tiempo completo en un establecimiento con internación. Por otra parte, es el eje alrededor de quien todos los servicios y procedimientos deben girar.

Su ingreso y orientación en el establecimiento debe facilitarse por:

- 1 indicación visible del área de recepción;
- 2 señalización de todos los servicios y áreas;
- 3 presencia, en los establecimientos grandes, de un plano fijo, a la vista, que indique los lugares y accesos;
- 4 indicación en cartelera de las autoridades del establecimiento y de los servicios;
- 5 identificación de todo el personal, sin excepciones, con tarjeta con su nombre y función a la vista y en letras grandes, preferentemente con foto;
- 6 señalización de circuitos y salidas de emergencia con flechas.

a.- Recepción y admisión

La **recepción** debe estar a cargo de personal administrativo entrenado en la atención respetuosa y cordial y muy bien informado de cómo debe orientarse al paciente, con registros a la mano de servicios, días y horarios.

La **admisión** está a cargo de médicos experimentados y entrenados para escuchar al paciente y orientarlo al servicio que corresponda a su problema. Los consultorios de admisión deben existir siempre que el número de consultorios y/o servicios sea numeroso.

El **área de espera** requiere un mínimo de comodidad y confort: número de asientos proporcional a la demanda, equipos de calefacción y ventilación y sanitarios accesibles e higiénicos.

La espera en la recepción debe ser mínima, ordenada, con números si la demanda es alta. La espera en los consultorios requiere similar condición y se basa en la estricta puntualidad de los profesionales. La espera de una hora debiera considerarse un exceso tanto en el subsector estatal como en el privado.

La recepción e ingreso de visitantes se apoya en las mismas premisas, requiere la definición de horarios que no incomoden la tarea asistencial ni a los otros pacientes. Deben indicarse a los visitantes las normas de visita con las autorizaciones y prohibiciones pertinentes (Rea, 1963: 349).

La comunicación interna a través de los niveles y las unidades requiere precisión y oportunidad. Las bases son las normas escritas que definen funciones y roles y las que establecen los procedimientos que deben aplicarse. Ellas son necesariamente escritas, en términos sencillos –accesibles a la

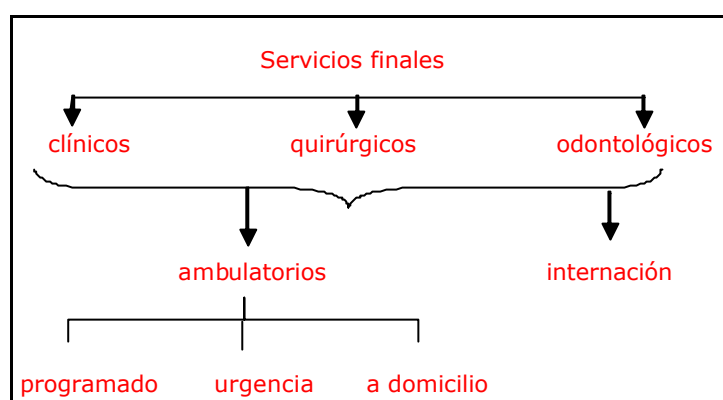
instrucción variable del personal– concretas, resumidas y al alcance de la mano. Las indicaciones en particular y las órdenes de servicio también deben ser escritas con similares características.

La comunicación oral a distancia se funda en diversas técnicas de telefonía y de altavoces. La búsqueda de personas dentro del establecimiento debe ser eficaz.

b.- Servicios finales

Los servicios finales pueden clasificarse según se oriente a especialidades clínicas, quirúrgicas u odontológicas y según la asistencia se lleve a cabo con el paciente en ambulatorio o internación. A su vez la asistencia ambulatoria puede ser en consultorios programados, en el servicio de urgencias, en la sede del efector, en el domicilio u otro lugar. Parte de esta asistencia ambulatoria se deriva a internación [Cuadro 5.b].

Clasificación de los servicios finales que se prestan en un efector de AM con eje en el paciente



Cuadro 5.b

c.- Servicio de Consultorios Externos (ambulatorio programado)

Los **servicios ambulatorios** programados se prestan en los **consultorios externos** que deben estar, con preferencia, integrados al edificio principal, en un lugar accesible, en la planta baja y en la cercanía de la entrada principal si no tienen entrada “ad hoc”. Es conveniente que se agrupen en bloque y que no estén dispersos en el efector. Los consultorios deben señalizarse por especialidad y numerarse. Deben tener una secretaría común que reciba, informe, registre y obtenga la historia clínica del paciente. Esta última debe ser manejada sólo por el personal de archivo, la secretaria y el médico. Además de los datos de identificación deben registrarse los antecedentes principales, la evolución y parámetros principales, tratamiento e indicación de regreso, por cada consulta, la intervención de enfermería y de servicios intermedios si se dieran.

El tema de la Historia Clínica se considera en el capítulo de Información. En los consultorios quirúrgicos pueden realizarse procedimientos de cirugía menor que sólo requieran anestesia local. Hay especialidades que requieren instrumental especial: oftalmología, otorrinolaringología, urología, ginecología y obstetricia. Estos tres últimos deben tener sanitarios internos, aunque sea compartidos. Cardiología requiere electrocardiografía. El de traumatología y ortopedia debe tener recursos para hacer yesos. El consultorio del nutricionista debe formar parte del bloque para la derivación inmediata del paciente que lo requiera. Los consultorios pediátricos de lactantes pueden estar divididos en 2 o 3 boxes para evitar que el médico espere el tiempo de desvestido y vestido del niño. Los servicios intermedios, en especial de Imágenes, Laboratorio Clínico, Farmacia y Servicio Social deben ser fácilmente accesibles, para lograr que en una sola visita se haga el diagnóstico principal. Un office de enfermería común permite llevar a cabo los procedimientos pertinentes también en la misma visita.

d.- Servicio de internación

La internación de un paciente cambia sustancialmente su ritmo de vida normal a diferencia del que se asiste en forma ambulatoria. Queda limitado en su libertad física, sometido a normas y procedimientos asistenciales continuos. Las visitas casi siempre tienen algún grado de restricción.

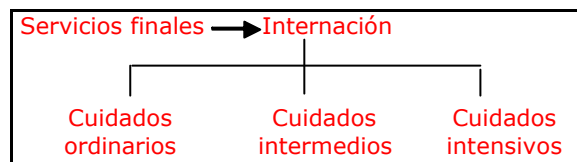
Todo lo hace propenso según su personalidad y circunstancias, a la susceptibilidad, a la percepción de pequeños estímulos, la irritabilidad. "Observa el resto del mundo en posición supina" (Fajardo Ortiz, 1983:290).

La tradición en efectores estatales, en nuestro medio, es la división de la internación en salas comunes por especialidad y sexo. En las últimas décadas se ha preferido construir o remodelar en salas de 3 ó 4 camas con baño compartido, por sexo pero no por especialidad excepto en ciertas situaciones (vg. parturientas).

La tendencia moderna es a la división de la internación según criterios de complejidad y riesgo del paciente por el principio de cuidados progresivos:

- a) Cuidados ordinarios.
- b) Cuidados intermedios.
- c) Cuidados intensivos.

AM Servicios Directos Finales. Internación



Cuadro 5.c

La estructura está formada por las salas de internación y por las siguientes áreas:

- a) Ofice de enfermería, que es a la vez el centro de coordinación de cuidados, de manejo de registros e historias clínicas, materiales y medicamentos de uso diario y debe ocupar un lugar central con una distancia máxima de 35 metros a la cama más alejada y con control visual de entradas y salidas (Fajardo Ortiz, 1983:462). Es el centro de comunicaciones del área, debe recibir llamadas (por timbre y luz) desde cada cama de internación, acceder a llamadas a la guardia y otros servicios así como a la localización de supervisoras y médicos.
- b) Área de vestido, guarda de efectos personales y sanitarios para enfermería y personal.
- c) Sala de día para pacientes que puedan deambular e incluso tomar raciones fuera de su habitación.
- d) Accesos y corredores aptos para la circulación de camas transportables y camillas.
- e) Cuarto de utilería para guardar camillas, sillas de ruedas y otros elementos.
- f) Depósito de ropa limpia y, por separado, de ropa sucia.
- g) Según el tamaño del establecimiento se agregan: área de curaciones –aunque en nuestro medio se hacen en las habitaciones– sala de médicos y sala de familiares.

e.- Servicio de urgencia

Los **servicios ambulatorios de urgencia** en la sede del efector son parte esencial de éste y deben existir en todos los hospitales o clínicas. Estos efectores tienen la característica de funcionar las 24 hs. del día y los 365 días del año sin interrupción.

La urgencia es la atención que requiere inmediatez en el tiempo. Se define, desde quién la demanda, como “toda condición que, a criterio del paciente, su familia o quien asuma la responsabilidad, requiere atención médica inmediata” (Temes Montes, 2002:237).

Una vez reconocido el paciente puede captarse el carácter objetivo o subjetivo de la urgencia y definirse la “emergencia”.

La demanda de urgencia tiende a aumentar en todo el mundo por la medicalización de la vida cotidiana, por la mayor percepción y sensibilidad ante dolencias y, en buena proporción de los casos, para ser atendido más rápido.

En el subsector estatal argentino la tendencia aún no superada, a que los consultorios atiendan de mañana y no funcionen los fines de semana y feriados, sobrecarga naturalmente los servicios de urgencia.

Los recursos para asistir las urgencias, dentro del sistema de AM, deben ser habituales y no extraordinarios (Temes Montes, 2002:207).

Suelen ubicarse en el lado posterior o uno lateral del edificio según las disponibilidades de espacio. Deben tener lugar expedito para la maniobra de ambulancias u otros vehículos, para la entrada de personas en pie y rampa para discapacitados. El paciente que es traído en ambulancia o por otras personas, dentro de lo posible, debe ingresar en camilla o silla de ruedas. Consecuentemente el área de espera y los pasillos deben tener la amplitud suficiente para su tránsito.

Las puertas deben ser, preferentemente, de apertura automática. En las regiones de climas rigurosos se pone doble juego de puertas con vestíbulo con capacidad para una camilla, para proteger contra las inclemencias climáticas (Flyun, 1963:340 y ss).

La estructura física es función de la complejidad y tamaño del efector en la medida en que la urgencia se distribuye en una red regional de establecimientos. En un establecimiento mediano se deben prever:

- 1 Sala de espera: para pacientes ambulatorios y familiares.
- 2 Una sala general, de tamaño grande, con separaciones por cortinas, para la alta demanda.
- 3 Uno o más consultorios para asistencia de pacientes que serán de alta ambulatoria.
- 4 Un consultorio para curaciones y suturas, que en un efector pequeño puede ser el mismo que el anterior.
- 5 Un shock room o más para la asistencia de pacientes críticos y accidentados graves. Es recomendable un espacio con bañera sobre tarima para lavar a quienes sea necesario (Flyun, 1963:342).
- 6 Un office de enfermería.
- 7 Una secretaría o, al menos, un escritorio en la sala de espera.
- 8 Un ámbito de estar para médicos y personal en momentos de descanso, y para espera de personal de traslado, bomberos o policías, con sus sanitarios y facilidades para agua e infusiones.
- 9 Sanitarios para pacientes y familiares en espera.

El personal hace tradicionalmente turnos de 24 hs. en guardia, sin embargo, debe tenderse a turnos de 12 a 8 hs tanto para los profesionales como para el resto de personal.

Actualmente se tiende a formar médicos en postgrado con orientación en Emergentología. J. L. Sancho Marín señala también la tendencia a desarrollar “hospitales de alta resolución” con tres componentes principales: urgencia, internación de día y cirugía ambulatoria (Temes Montes, 2002:207). Lo que no obsta a que todos los miembros de una guardia de urgencia deban estar preparados y entrenados para este tipo de asistencia.

Las actividades en un servicio de guardia pueden dividirse en los siguientes (Temes Montes, 2002:209):

- 1 Área de clasificación (triage).
- 2 Área de pacientes ambulatorios.
- 3 Área de reanimación.
- 4 Área de observación.
- 5 Área de espera e informe.

La **entrega de guardia** de uno a otro turno debe ser formal, cara a cara entre los jefes con el comentario sobre las situaciones que quedan pendientes y aclaración de los registros que fueran necesarios. De igual manera se debe proceder en enfermería y secretaría, si sigue similar turno.

La **clasificación** (triage) es paralela a la identificación -no debe olvidarse que se trata de una admisión- lo más precisa posible del paciente así como de los acompañantes o el servicio ambulatorio que lo trae. Este último, que se considera en capítulo aparte, debe proveer una ficha clínica resumida del paciente al servicio receptor.

Lo habitual, en nuestro medio es el llenado de un **Libro de Guardia** con todos los datos fundamentales y las consideraciones especiales si se trata de víctimas de violencia o accidentes así como de toda otra que pueda tener consecuencias legales.

La clasificación (triage) debe estar a cargo de un médico o en los accidentes múltiples, de un licenciado en enfermería, ambos de experiencia. Se usan diversos modelos [Cuadro 5.d]².

Modelo de clasificación de situaciones de urgencia

Situación	Riesgo	Asistencia
crítica	vital seguro	inmediata internación en UTI
emergencia	grave	a corto plazo posible internación
urgencia	moderado y leve	a corto plazo posible alta ambulatorio
no urgente	leve o banal	a medio plazo alta ambulatorio

(Temes Montes, 2002:209), modificado.

Cuadro 5.d

La **asistencia ambulatoria** se realiza en la sala común, separada por cortinas o boxeado, o en un consultorio aparte para curaciones y suturas, otro para yesos, y acceso a un quirófano pequeño de cirugía sucia. Se recomienda un pequeño consultorio para urgencias psiquiátricas. Las urgencias oftalmológicas u otorrinolaringológicas requieren consultorios equipados "ad-hoc" y tienden a organizarse en alguno de los efectores de una red.

Los medios imagenológicos elementales (radiografía convencional y ecografía), en los hospitales grandes, tienden a ser propios de la guardia.

La **reanimación** se realiza en habitáculos equipados, tipo shock room, con acceso fácil a quirófano y UTI.

La **observación** se continúa en un área con camas para pacientes que no reúnen criterios de ingreso al primer examen pero dejan sospechas clínicas. Por ello, se los observa continuamente hasta 24 hs, después de las cuales se define su alta o internación.

La **información** a los familiares o responsables es una función obligatoria del médico asistente o del jefe en situaciones críticas y especiales. En los pacientes bajo observación deben darse partes periódicos. La sala de espera debe tener un mínimo de comodidades, acceso a teléfono público y aparatos de provisión de agua, infusiones y otros elementos que faciliten la espera, casi siempre cargada de ansiedad y angustia. La guardia de un efector debe tener contacto directo y auxilio inmediato de **personal de seguridad** por situaciones de tensión y aún de violencia que puedan presentarse.

El servicio de guardia debe funcionar como un continuo bajo la **conducción de un jefe o coordinador** de todos los días y turnos, que los programe, provea los reemplazos o cambios, conduzca la docencia en servicio y asegure los registros imprescindibles.

La guardia, por otra parte, es la puerta de entrada en accidentes múltiples y catástrofes para lo que debe conocer el plan del hospital en estas circunstancias. Este tema se verá en capítulo aparte.

2 La subcomisión de Trauma de Colegio de Médicos del Distrito I (La Plata) prefiere clasificar (Triage) al accidentado grave en atención hospitalaria, según el modelo CRAMP (circulación, respiración, abdomen, musculatura y palabra) y la colocación en la muñeca del paciente de tarjetas troqueladas de diversos colores para facilitar la evacuación. Los colores definen prioridad en el siguiente orden: **rojo**: hipoxia/shock estabilizable; **amarillo** efecto sistémico sin hipoxia/ shock pueden esperar 45-60'; **negro**: no toleran evacuación; **verde**: lesiones de poco riesgo; la tarjeta **blanca** sin talón se usa para los óbitos (Cfr Maceroni R., Moreno J y otros, *Manual de Atención Médica Hospitalaria del Accidentado grave*, La Plata, Sur, 1995.).

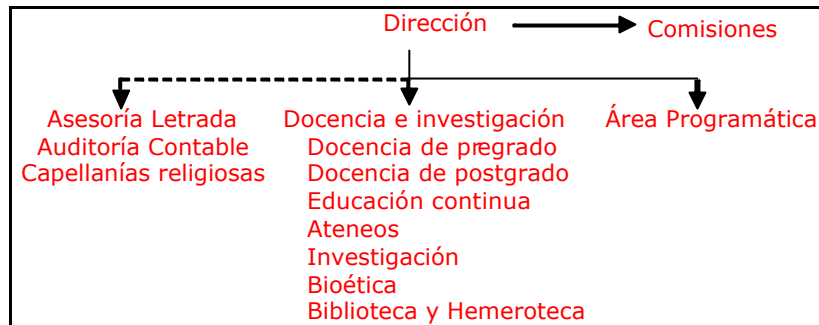
6.- Los servicios se estructuran de diversas formas

La diversidad de servicios, como quiera que estén jerarquizados, deben estructurarse dentro y fuera del efector. Hacia fuera de él uno de los grandes logros de la organización sanitaria es la responsabilidad poblacional-territorial, el área programática. Ella sin prejuicio de la libre elección y en función de la accesibilidad.

Se presentará a continuación una serie de cuadros que se consideran modelos posibles de esa organización³ [Cuadros 6.a, 6.b, 6.c, 6.d, 6.e, 6.f].

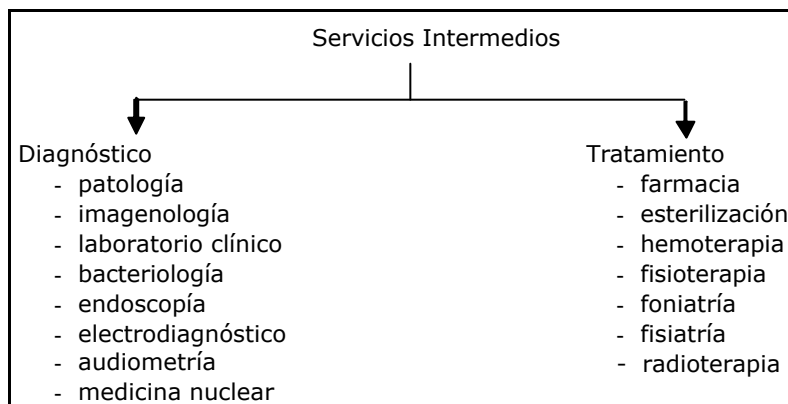
No se desarrollarán en este capítulo, sino en un escrito posterior.

Efectores de AM. Servicios Especiales



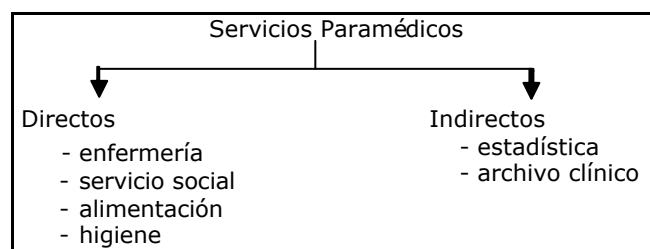
Cuadro 6.a

AM. Servicios Directos Intermedios



Cuadro 6.b

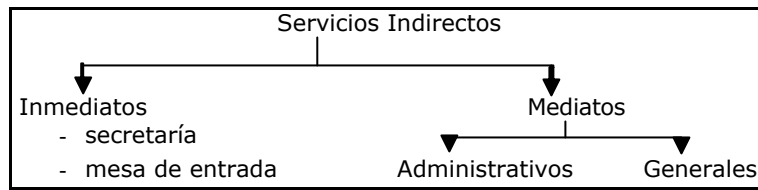
AM. Servicios Paramédicos



Cuadro 6.c

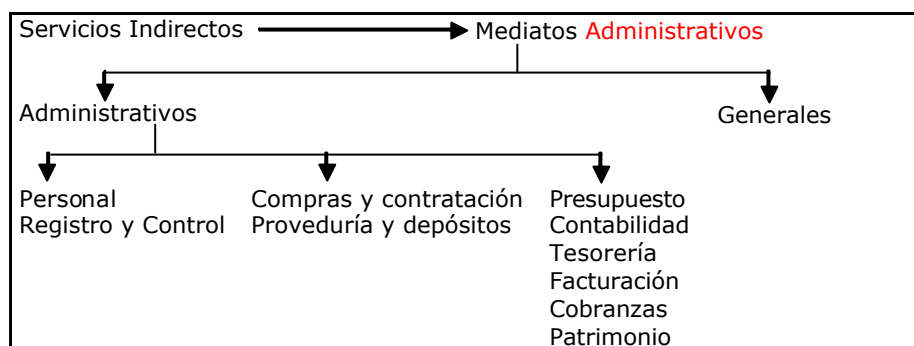
³ No significa que todos ellos existan en cada establecimiento, pero es esencial que existan en la red de la que cada efector forma parte.

Efectores de AM. Servicios Indirectos



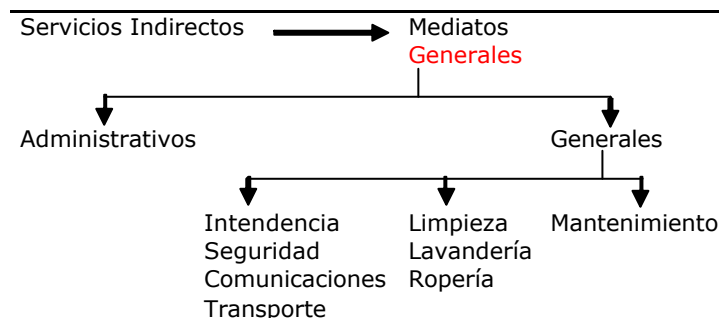
Cuadro 6.d.

Efectores de AM. Servicios Indirectos Mediatos Administrativos



Cuadro 6.e.

Efectores de AM. Servicios Indirectos Mediatos Generales



Cuadro 6.f.

Los servicios de mayor complejidad (vg neurocirugía, cardiocirugía, terapia intensiva especializada, medicina interna compleja) deben concentrarse en pocos lugares para lograr el máximo de calidad asistencial ya que se ha evidenciado que, más allá de las capacidades individuales, esa calidad, en los pacientes complejos, tiende a aumentar en proporción directa a la cantidad de procedimientos que se realizan anualmente en un centro médico (8).

7.- Los servicios se articulan de pocas formas

Se ha expresado que la dirección hospitalaria o sanatorial debe estar a cargo de un equipo especializado, así como que las responsabilidades se redistribuyen y comparten.

El desarrollo y funcionamiento armónico de un establecimiento depende de esas premisas y ellas requieren alguna explicitación.

Tanto los hospitales estatales como los privados dependen de una **instancia superior**: el organismo jurisdiccional de salud, o una junta de gobierno si está descentralizado, en los estatales; el directorio o comisión directiva en los privados. Esas instancias tienen a cargo la definición de la misión, los objetivos y las normas generales así como las estrategias del establecimiento, asegurar los recursos para cumplirlas y desarrollarlas así como de designar a los **directivos** y evaluar el cumplimiento de sus definiciones. En ese marco deben dar libertad de acción con cargo de responsabilidad a los directivos.

En esta transferencia de poder suele darse el primer conflicto tanto cuando las instancias superiores no son coherentes en sus definiciones- marco, cuando se desinteresan de la marcha del establecimiento como cuando interfieren en la labor propia de los directivos. Sin embargo, una instancia superior responsable no puede dudar en remover sin dilaciones a los directivos que no demuestren idoneidad, dedicación y/o identificación con el marco de orientación. Se llamará directivos al equipo de conducción que preside el director médico del establecimiento y que como tal, debe distribuirse la diversidad de tareas nucleares que se mencionan a continuación.

Los directivos están posicionados entre varios frentes internos y externos. Los internos son el **cuerpo profesional** y el personal, así como sus agrupaciones.

El cuerpo profesional estará más o menos disperso según el tamaño del establecimiento aunque en menor o mayor grado de interacción según la afinidad de los servicios. Los directivos deben lograr que haya servicios- en los establecimientos estatales ellos están previstos- esto es: grupos organizados por especialidad u orientación con jefes responsables y miembros de los más calificados que puedan incorporar.

En este nivel se plantea el segundo conflicto. Considerando que los directivos sean idóneos y tengan por objetivo cumplir la misión del establecimiento, pueden encontrar diversas vallas: que no haya servicios sino profesionales independientes- lo que es razonable en especialidades de baja demanda- o que habiéndolos sus jefes no los conduzcan o lo hagan mal, que los profesionales tengan el hábito erróneo de incorporar allegados sin analizar otras alternativas ni ordenar el ingreso por méritos, que los servicios no tengan normas internas o no las cumplan o que actúen en forma aislada del resto del establecimiento. Suele presentarse también la puja distributiva interna por personal, espacios o equipamiento en la que los directivos deben decidir de acuerdo a las prioridades y armonía del conjunto.

Si el establecimiento es «abierto» a **profesionales externos**, los directivos deben documentarse de sus títulos y calificaciones, según las cuales admitirán o no la actuación de los mismos.

Un hecho positivo es la **agremiación interna** de los profesionales, por lo general adherida a un nivel gremial distrital. Va de suyo que esta organización, de acuerdo a sus fines, no puede arrogarse la conducción de ningún aspecto del desarrollo y funcionamiento hospitalario. Una responsabilidad mutua de los representantes gremiales y directivos es acordar las situaciones y conflictos a la luz del marco de orientación del establecimiento (misión, objetivos, normas y estrategias) y el desarrollo armónico de los servicios. Hay ciertas tradiciones corporativas injustas, protagonizadas eventualmente por profesionales, jefes, representantes gremiales y aún directivos, tales como la defensa irrestricta de defectos o incumplimientos graves, entre otros. Estas tradiciones negativas interfieren en el desarrollo y calidad institucional y deben afrontarse tendiendo a una corrección progresiva y pacífica.

El **personal** técnico, administrativo y auxiliar tiene también problemas del tipo de los expuestos. Su heterogeneidad, en cierta forma, los complica. De allí la importancia de los administradores, los jefes de departamento de enfermería y de servicios generales. Su idoneidad e identificación con el marco de orientación resultan esenciales, como es obvio. Estos jefes afrontan en un campo más limitado los conflictos propios de los directivos y, a su vez, de no poder solucionarlos, deben reportarlos a estos últimos.

El personal tiene también sus **gremios** internos, en algunos casos diversos en adhesión distrital y orientación. La promoción de las virtudes institucionales de la agremiación es función de los directivos dentro del marco de orientación del establecimiento. La negociación con los entes gremiales es una función difícil en la que es preciso escuchar con atención y respeto, consultar y analizar con prudencia y decidir sin aceptar presiones impropias, siempre teniendo en cuenta que, a veces, es preciso ceder con equilibrio y autoridad.

La división de tareas y la valoración de las de cada sector hace de los directivos un mediador entre el cuerpo profesional, el sector administrativo y el personal. Debe asegurarse que el primero sea respetuoso y cumplidor de las normas administrativas y técnicas.

En el **frente externo**, los directivos se encuentran ante los financiadores y los proveedores de recursos, relaciones en que la situación actual de la AM en Argentina los suele ubicar en «capitis diminutio», ya sea como responsable de acreencias de los financiadores o de las deudas con los proveedores. Si bien esta función es propia de los jefes administrativos, hay situaciones críticas en las que deben intervenir los directivos.

Toca a esos jefes administrativos las relaciones con los organismos impositivos y previsionales, así como con los bancos y entidades financieras. En tal sentido, deben tener al tanto de esas relaciones y sus grandes lineamientos a los directivos. Por ejemplo, sería una irresponsabilidad de ambos que los últimos se enteren de golpe de una deuda impositiva o previsional acumulada y significativa, de cuentas importantes «en rojo» o del cese de créditos, problemas frecuentes en la Argentina en las actuales circunstancias. Si bien esto es plenamente aplicable al subsector privado, las cuentas «en rojo» no son ajenas al estatal.

Sin embargo, el ámbito interno por antonomasia de los directivos son **los pacientes y sus familias**, y si el establecimiento tiene área espacial de responsabilidad los centros ambulatorios o consultorios derivadores y la propia **comunidad**. Esto último es válido para los efectores privados en la medida en que aspiren a mantener o ampliar su clientela y sus servicios.

Los directivos deben tener contacto habitual con pacientes y familiares, atender los problemas y quejas que desbordan los niveles subordinados y valorar su satisfacción por los servicios brindados.

Finalmente los directivos deben tener en cuenta que son responsables legalmente ante las autoridades estatales, los colegios profesionales y los jueces, de los problemas graves que eventualmente ocurran en su establecimiento. La conducción acertada y las precauciones debidas (vg. historias clínicas, libros de guardia, registro de procedimientos de contrataciones, legajos y documentación completa de profesionales y personal) le serán de apoyo sustancial ante cualquier cuestionamiento.

Citas bibliográficas

- Temes Montes J. L. et al. Gestión Hospitalaria. Mc Graw Hill, Madrid, 2002.
- Del Llano Señaris J. et al. Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos. Masson. Barcelona, 1999.
- Thompson D. A. (I) y Strickland A. J.(III). Dirección y Administración estratégicas. Addison-Wesley. Iberoamericana, Wilmington (Delaware, E.U.A), 1994.
- Fajardo Ortiz G. Atención Médica. Teoría y Práctica Administrativa, Prens. Med. Mex., México, 1983.
- Barquin Calderón M. Organización. En: Sonis A. y col. Medicina Sanitaria y Administración de la Salud. El Ateneo, Bs. As., 2° t, 1978.
- Rea E. L. Departamento de Consulta Externa. En Owen J. K. y Eisleben R.K. Conceptos Modernos de Administración de Hospitales. Panamericana, México, 1963.
- Flynn D. F. Servicio de urgencia. En Owen J. K. y Eisleben R.K. Conceptos Modernos de Administración de Hospitales. Panamericana, México, 1963.
- Cfr. vg. Mac Kenaie E.J. et al. A National Evolution of the Effects of Trauma Centers Care on Mortality. N. Eng. J. Med. 2006; 354:366-78; Thiemarn D.R. et al. The Association Between Hospital Volume and Survival after Mayor Cardiae Infartion in Elderly Patients. N. Engl. J. Med, 1999; 340:1640-49.