



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS
ESPECIALIZACIÓN EN GESTIÓN DE ORGANIZACIONES DE SALUD

Trabajo Final Integrador

Modelo de gestión para una guardia odontológica de un hospital público de la Provincia de Buenos Aires.

AUTORA: Od. Marcela Claudia García

DIRECTORA: Dra. Ana María Morasso

La Plata, 2 de diciembre de 2022

Agradecimientos

Hoy me toca cerrar un capítulo más en esta historia de mi vida, de capacitación y no quiero dejar de agradecer a:

El presente TFI fue acompañado por la Dra. Ana María Morasso, a quien me gustaría expresar mi más profundo agradecimiento por hacer posible la realización de éste trabajo. Además agradecer su paciencia, tiempo, dedicación y sus conocimientos brindados, formó parte importante de esta historia con ellos.

A mi familia Gustavo, mi esposo, Victoria y Nicolás, mis hijos, por existir y estar siempre a mi lado, por apoyarme, animarme, acompañarme y ayudarme a lograr este momento que se está haciendo realidad. A Merlí, nuestra mascota, compañero de estudio y descansos.

A mis padres Quique y Titina, donde quiera que se encuentren, les agradezco por estar siempre conmigo, en mi mente, mi corazón y acciones. Donde estén sé que estarán orgullosos.

A mi amiga Graciela, por ser parte de mi vida personal y laboral. Compañera de mis momentos tristes y alegres, por apoyarme, por no dejarme caer, por compartir horas de estudio, por estar siempre allí.

A la Escuela de Gestión de Organizaciones de Salud de la Facultad de Ciencias Económicas (U.N.L.P.) por facilitar dicho espacio académico para la capacitación de profesionales y brindar las herramientas necesarias para fortalecer los conocimientos que nos permitirán optimizar el desempeño laboral.

ABREVIATURAS

ceod caridos perdidos obturados unidad diente en piezas dentarias temporarias

OD Cariados Perdidos Obturados Unidad Diente

CPOS Cariados Perdidos Obturados Unidad Superficie

CAPS Centro de Atención Primaria de Salud

FDI Federación Dental Internacional

I.P.E. Instituto Psicopedagógico Especial

IPS Instituciones Prestadoras de Servicios

OMS Organización Mundial de la Salud

OPS Organización Panamericana de la Salud

Org. Organización

MINSAL Ministerio de Salud

MSBA Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires

Rx. Radiografías

RS Región Sanitaria.

SAMO Sistema Atención Médica Organizada

SUMAR Programa nacional de atención de salud de 0 a 64 años

SAPS Servicio de área programática y redes en salud

TBC Tuberculosis

Uf. Unidades funcionales

VIH Virus inmunodeficiencia humana

INDICE DE CONTENIDO

Contenido

INTRODUCCIÓN	1
1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA	3
1.1 El contexto Institucional.....	3
1.2. Evolución de la Guardia	4
1.3. El Proceso de atención de Guardia	5
1.3.1. Estructura física:.....	5
1.3.2. Recurso humano:	5
1.4. Tipología de problemas en la atención odontológica de guardia	6
1.4.1 Problemas en los procesos Administrativos:.....	6
1.4.2. Problemas de infraestructura:	7
1.4.3. Problemas de atención de las urgencias en sala de guardia:	7
2. MARCO TEÓRICO	9
2.1. Caries Dental	9
2.2. Diseño organizacional de servicios de salud bucal.....	14
2.3. Análisis del comportamiento en las organizaciones.....	16
2.4. Asimetría y relación de agencia.....	18
2.5. Calidad en la prestación de los servicios de salud	20
2.6. Acerca de la teoría general de los sistemas en el sector de la salud.....	22
2.7. Redes en salud.....	24
2.7.a) La influencia de la postguerra	24
2.7.b) La posmodernidad y las redes sociales	24
2.7.c) Pensando en redes.....	25
2.7.e) Finalidades del trabajo en red	28
2.7. f) Diversos niveles de abordaje	29
2.7. g) El concepto de las redes de atención a la salud	29
2.8. Responsabilidad civil del odontólogo de guardia	31
2.9. Historia, definición y sistemas de Triage	32
3. OBJETIVOS	34
3.1. Objetivo general.....	34
3.2. Objetivos específicos	34
4. HIPÓTESIS	34
5. PROCESOS METODOLÓGICOS	35
5.1. Diseño.....	35

5.2. Análisis de situación	35
5.3. Variables.....	36
5.4. INDICES DE TABLAS Y GRÁFICOS.....	37
5.4.1. CANTIDAD DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA GUARDIA EN EL PERIODO 2019 - 2021.....	37
Tabla 1.Cantidad de pacientes según día de la semana valor promedio año 2019 día.....	37
Tabla 2.Cantidad de pacientes según día de la semana valor promedio año 2019 noche.....	37
Tabla 3. Cantidad de prestaciones por mes 2019 día.....	38
Tabla 4. Cantidad de prestaciones por mes 2019 noche.....	38
Tabla 5. Cantidad de niños atendidos en guardia diurna/nocturna por mes 2019...	39
Tabla 6. Cantidad de pacientes y prestaciones por mes diurnas 2019.....	39
Tabla 7. Cantidad de pacientes y prestaciones por mes nocturnas 2019.....	39
Tabla 8. Cantidad de pacientes según día de la semana valor promedio año 2020 día.....	40
Tabla 9. Cantidad de pacientes según día de la semana valor promedio año 2020 noche.....	40
Tabla 10. Cantidad de pacientes y prestaciones por mes diurnas 2020.....	41
Tabla 11. Cantidad de pacientes y prestaciones por mes nocturnas 2020.....	41
Tabla 12. Cantidad de niños atendidos en guardia diurna/nocturna por mes 2020..	42
Tabla 13. Cantidad de pacientes y prestaciones por mes diurnas 2020.....	42
Tabla 14. Cantidad de pacientes y prestaciones por mes nocturnas 2020.....	42
Tabla 15.Cantidad de pacientes según día de la semana valor promedio año 2021 día.....	43
Tabla 16. Cantidad de pacientes según día de la semana valor promedio año 2021 noche.....	43
Tabla 17. Cantidad de pacientes y prestaciones por mes diurnas 2021.....	44
Tabla 18. Cantidad de pacientes y prestaciones por mes nocturnas 2021.....	44
Tabla 19. Cantidad de niños atendidos en guardia diurna/nocturna por mes 2021..	45
Tabla 20. Cantidad de pacientes y prestaciones por mes diurnas 2021.....	45
Tabla 21. Cantidad de pacientes y prestaciones por mes nocturnas 2021.....	45
5.4.2. CANTIDAD DE PACIENTES Y PRESTACIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO 2019 – 2021.....	46
Gráfico 1. Cantidad de pacientes y prestaciones guardia día 2019-2020-2021.....	46
Gráfico 2. Cantidad de pacientes y prestaciones guardia noche 2019-2020-2021.....	46

Gráfico 3. Prestaciones guardia diurna 2019.....	47
Gráfico 4. Prestaciones guardia diurna 2020.....	47
Gráfico 5. Prestaciones guardia diurna 2021.....	47
Gráfico 6. Prestaciones guardia nocturna 2019.....	48
Gráfico 7. Prestaciones guardia nocturna 2020.....	48
Gráfico 8. Prestaciones guardia nocturna 2021.....	48
6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	49
7. CONCLUSIONES EMERGENTES Y DESAFIOS PENDIENTES	55
8. BIBLIOGRAFÍA	59
9. ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

La situación de salud de un país es el resultado de la evolución de su propia historia, de sus pautas y valores culturales, sociales y económicos. Por lo tanto se debe tener en cuenta el análisis de la población en general y en este trabajo de la población infantil – su estructura, composición, transición demográfica como herramientas imprescindibles de observación análisis y formulación de propuestas que mejoren la calidad de los servicios de salud.

La sociedad postmoderna presenta un alto daño de la salud bucal. La multiplicidad de factores causales, entre otros el limitado acceso a la rehabilitación integral que los Servicios de Salud ofrecen, la incorporación de inadecuados hábitos alimenticios que adoptan las familias, la educación materna impactan en la salud de la población odontopediátrica.

Las limitaciones, en especial de la población con condición socioeconómica más desfavorable, los escasos tratamientos y seguimiento de las urgencias odontológicas en centros de salud y servicios de odontología de hospitales generales ha aumentado la demanda a servicios de guardia de 24 hs. como la institución estudiada.

La consulta de urgencia odontológica, de resolución inmediata, está influenciada por vivencias subjetivas de problemas reales o supuestos con gran impacto social y por las que el paciente demanda y necesita solucionar.

Las urgencias odontológicas ambulatorias comprenden un conjunto de patologías bucomaxilofaciales de etiología múltiple, aparición súbita, con manifestación de dolor agudo que determinan una demanda espontánea de atención y cuya resolución debe ser inmediata, impostergable, oportuna y eficiente.

Este trabajo describe una muestra de usuarios atendidos en las guardias diurna y nocturna, los días de mayor frecuencia en la atención, la tipología de su patología así como las prácticas realizadas.

Afectan en mayor grado a grupos poblacionales pertenecientes a niveles socioeconómicos más bajos, para los cuales los servicios son más escasos y sólo una minoría recibe la atención efectivamente, mientras otros son atendidos no obstante la magnitud del sufrimiento, por odontólogos y médicos generalistas.

La variabilidad del comportamiento de la atención realizada, más que un problema de las ciencias de la salud, puede atribuirse tanto a variables de la organización como a la composición del grupo decisorio.

El propósito de este trabajo es describir el contexto de atención observado, los problemas en los procesos administrativos, en la tecnología física y en la atención y diseñar una alternativa de intervención que aumente el valor giro programa¹ y promueva una mejora en la calidad de la atención.

Esta alternativa propone la creación de nuevos dispositivos, nuevas prácticas y estrategias superadoras, más eficaces y eficientes que permita la resolución con calidad de la urgencia odontológica.

Este cambio de óptica consiste en el inicio de acciones para desmontar la relación problema-solución tendencialmente óptimo o el restablecimiento de la normalidad plena por la búsqueda de una normalidad satisfactoria de criterio de variables.

Esta incorporación posibilitaría reemplazar la toma de decisiones basadas en la costumbre o en la tradición por la metodología de la ciencia administrativa que permita conducir a una organización, operativizar su comportamiento y transformar su realidad para el logro del objetivo propuesto con características de sustentabilidad.

Se describió en este trabajo el diseño y el comportamiento de las organizaciones de salud desde la perspectiva de diferentes autores.

Se abordó la evolución del pensamiento, la caracterización, la finalidad así como los diversos niveles en la construcción de redes comunicacionales en organizaciones de salud y la conceptualización del término triage y los beneficios de su implementación.

El abordaje metodológico incluyó dos fases: un diagnóstico ex ante como estudio descriptivo transversal y una propuesta de intervención.

Los resultados permitieron identificar datos contextuales para contrastar las hipótesis formuladas con hechos reales.

Se describió la propuesta de intervención como diseño de un nuevo modelo de gestión para la guardia odontológica de un hospital público. La intervención, del tipo de una tecnología social fragmentaria, propone un rediseño de los procesos con la revisión de los recursos disponibles para alcanzar mejoras en medidas críticas como la disminución del valor giro-paciente y una mejora en la calidad de la atención.

1 Es el valor, en términos cuantitativos, que expresa el número de egresos en un período dado. Permite visualizar la intensidad de uso de los recursos involucrados en el programa de extracción.

1. CARACTERIZACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 El contexto Institucional

La organización es un Hospital Provincial Zonal Especializado de Odontología Infantil, monovalente de autogestión, homologado nivel VI, perteneciente a la Región Sanitaria XI del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Su misión es la atención obligatoria de los niños en edad escolar y pre-escolar en su faz preventiva y curativa; así mismo se dedica a la promoción de salud y es agente de formación y capacitación profesional a través de las residencias de odontopediatría y ortodoncia, junto al comité de docencia e investigación, quien se ocupa de la formación, capacitación y parte administrativa de las residencias y actividades de los profesionales.

Acompañando el crecimiento demográfico y la demanda en salud de la población, fue creciendo su estructura, incorporando áreas y servicios para satisfacer las necesidades de la comunidad; surge así la guardia 24 hs para niños y nocturna para adultos. También se creó, para la atención de pacientes con capacidades diferentes, el Instituto Psicopedagógico Especial (IPE) dependiente de la institución estudiada.

Se realiza atención comunitaria extramuros con un móvil odontológico, llevando educación para la salud a escuelas, jardines o cualquier institución de La Plata y alrededores que la solicite.

La estructura demográfica de la población demandante, está dada por pacientes del partido de La Plata, conurbano y resto de la provincia de Buenos Aires.

Asimismo, el Hospital es centro de derivación de los efectores provinciales y municipales, como también de profesionales que realizan sus prácticas en forma privada. El hospital brinda atención programada y a demanda según el área:

- Atención Odontológica integral e integrada a niños hasta 18 años, con demanda espontánea y programada.
- Ortodoncia con turnos programados.
- Laboratorio de mecánica dental donde se confeccionan los aparatos necesarios para los tratamientos de ortodoncia, interceptiva y sala de Odontopediatría.
- Atención del paciente especial con demanda espontánea y programada, en el I.P.E.
- Fonoaudiología, con atención programada.
- Servicio Social y Psicología colaborando con todas las áreas.
- Musicoterapia.
- Oficina de legales.
- SAPS
- Sala de diagnóstico por imágenes, donde se realizan las radiografías (Rx), tele radiografías, panorámicas, necesarias para los distintos servicios del hospital. Cuenta

con un ortopantomógrafo, que permite realizar radiografías (Rx) digitales, mejorando de esta manera la evaluación de los diagnósticos y tratamientos.

- Guardia las 24hs, tanto a niños como adultos.
- Unidad de Residencia de Odontopediatría y Ortodoncia básicas, donde se atienden pacientes propios y derivados de Sala de Odontopediatría, Sala de Ortodoncia y Guardia.
- **Tecnología física**; cuenta con unidades funcionales (uf.). Cada unidad funcional está formada por: un sillón, una banqueta, un foco, una salivadera, una jeringa triple, una turbina, un micromotor, una lámpara de luz halógena y un eyector.
 - ✓ Sala de Odontopediatría: 12uf.
 - ✓ Área de guardia diurna: 1uf.
 - ✓ Sala de Ortodoncia: 9 uf.
 - ✓ Sala de Residencia: 4 uf.
 - ✓ Sala de Guardia: 3 uf.
 - ✓ Sala de Cirugía: 1uf.
 - ✓ Sala diagnóstico por imágenes: 2 equipos de rayos y 1 Ortopantomógrafo para la realización de radiografías (Rx) panorámicas y tele radiografías laterales digitalizados.
 - ✓ Sala de esterilización.
 - ✓ Laboratorio dental.
 - ✓ Mantenimiento.
 - ✓ Limpieza.

1.2. Evolución de la Guardia

El área de guardia, atiende a niños las 24 hs y teniendo en cuenta los niveles de incidencia y prevalencia de las patologías bucales y frente a las urgencias que de ella aparecen, con el fin de revertir las mismas, se suma la atención del paciente adulto en la atención de urgencias y emergencias odonto-estomatológicas nocturnas, sin dejar de privilegiar a la población infantil y adolescente hasta los 18 años.

El horario de atención es: lunes a viernes: niños 24 hs y adultos de 19:00 a 7:00 hs.

Sábados: niños de 7:00hs a 13:00hs y a partir de las 13:00hs comienza la incorporación del adulto.

Domingos y Feriados: 24hs niños y adultos.

1.3. El Proceso de atención de Guardia

Actualmente, la guardia está dividida en dos horarios: diurna (7:00 a 19:00 hs) exclusiva de niños y adolescentes, nocturna (19:00 a 7:00 hs) donde se incorpora la atención de urgencia del paciente adulto además del niño y adolescente. Básicamente la atención de niños y adolescentes es las 24 hs.

La demanda del paciente que ingresa a la “sala de guardia” es: niños hasta 18 años siempre acompañados por un mayor, adultos, pacientes privados de su libertad (deben ser acompañados por un policía y esposados), pacientes embarazadas, pacientes con capacidades diferentes y adultos mayores.

El proceso de atención para ingresar a la guardia varía entre el día y la noche.

Cuando el paciente (niño) ingresa a la guardia durante el día, el primer contacto, es con el personal administrativo de mesa de entradas; quienes evalúan la derivación correspondiente a “Sala de Odontopediatría” para su atención Integral o por dolor a “Guardia”.

El personal administrativo interroga al paciente, y le da un número para que lo entregue en guardia. El paciente esperará en la “Sala de espera” a ser llamado.

Durante la guardia nocturna, el hospital está cerrado al público; sólo queda habilitada la “sala de espera” para la guardia y un baño. El primer contacto en este horario es con un administrativo.

1.3.1. Estructura física:

La guardia nocturna y diurna, se identifica por una puerta, con un cartel en la parte superior, que dice: guardia adulto.

Se desarrolla en una sala que cuenta, con 3uf. completas y una lámpara de luz halógena. El resto del mobiliario es el correspondiente para el desarrollo activo de la guardia y abastecimiento de insumos en la misma, así como áreas de descanso, baño, cocina y salida de emergencia.

En cuanto a la seguridad policial, está ubicada al ingreso del hospital.

1.3.2. Recurso humano:

La guardia diurna, dispone de todo el personal que trabaja en el hospital y la guardia nocturna se integra con: un administrativo, dos profesionales, un residente, un asistente dental, la guardia policial, personal de limpieza hasta las 22hs.

Los profesionales de guardia son regulados por la ley 10471. (Ley10471, publicación 13/1/1987, número de boletín oficial 20915).

Los administrativos y asistentes dentales son regulados por la Ley 10.430. (Ley 10430, publicación 16/1/1987, número de boletín oficial 20918).

La seguridad de la Guardia es brindada por Policía de la Provincia de Buenos Aires, realizan sólo vigilancia y son personal rotativo.

1.4. Tipología de problemas en la atención odontológica de guardia

La urgencia odontológica ambulatoria es la aparición súbita de una condición patológica buco máxilo facial, de etiología múltiple, que provoca una demanda espontánea de atención, cuyo tratamiento debe ser inmediato, impostergable, oportuno y eficiente.

Diversos son los factores socio-culturales y de conocimientos que intervienen y modulan la percepción del proceso salud-enfermedad.

Se ha demostrado que la caries dental y las enfermedades gingivales y periodontales presentan alta prevalencia y severidad, en niños, adolescentes, embarazadas y adultos mayores.

El análisis de la información existente en la institución estudiada, permite señalar que, las causas más frecuentes de consulta por urgencia son debidas, entre otras, a: cuadros infecciosos consecutivos a caries dentales, enfermedades periodontales y sus complicaciones; hemorragias y alveolitis pos exodoncia; alteraciones en la erupción dentaria, traumatismos dentoalveolares.

En Odontología, los riesgos vitales si bien son poco frecuentes, ciertos cuadros infecciosos agudos (flemón) o grandes traumatismos máxilo - faciales pueden provocar severos compromisos del estado de salud general

A la guardia, la gente, en la mayoría de los casos concurre por dolor, pero también lo hace para preguntar cualquier inquietud de odontología.

1.4.1 Problemas en los procesos Administrativos:

Durante la guardia de día (7hs-19hs) atención de niños solamente

- Los administrativos que reciben al paciente que ingresa al hospital no pueden dar solución a los mecanismos de derivación de la demanda (comunicación, orientación).
- El personal de seguridad, no tiene formación previa sobre el funcionamiento del hospital, ya que, son rotativos.

Durante la guardia nocturna (19hs-7hs), atención de niños y adultos

- El paciente que ingresa al hospital es recibido por el policía (quien no tiene capacidad de evaluar, si es o no una urgencia). En muchos casos, la guardia comienza su atención sin la presencia de dicho personal.
- La forma de atención en la guardia nocturna es por orden de llegada.

En el horario nocturno el hospital permanece cerrado, solamente funciona la guardia y las únicas áreas abiertas son: la sala de diagnóstico por imágenes y esterilización.

Si durante éste horario se necesita obtener una ficha de algún niño que concurre a la guardia, o el registro de obras sociales, no puede realizarse, ya que, no se encuentra presente personal administrativo en dicho horario. Terminan cumpliendo las mencionadas tareas, el odontólogo y/o el asistente dental.

En la guardia nocturna el paciente ingresa y sus datos son tomados por el asistente dental o el profesional, y se vuelcan en un libro de guardia.

Éste problema en la admisión del hospital, es clave para que la continuidad en la atención del paciente sea exitosa y evitar otros problemas posteriores (gasto de insumo innecesaria, tiempos de espera prolongada en la atención de las urgencias reales, etc.).

1.4.2. Problemas de infraestructura:

La sala donde se atienden los pacientes, presenta una mala distribución del mobiliario, lo que dificulta la circulación del personal (asistente dental, profesionales pacientes y acompañantes) dentro del lugar; molestándose unos con otros y complicando la atención y la tarea de cada uno.

Los sillones son tres, y están libres. Sólo uno se encuentra separado por un tabique de policarbonato de los otros; y, en esta distribución, se mezclan los grupos de atención adultos y niños.

Otra dificultad resulta ser, no tener en la sala de guardia o cerca de ella, equipos para la realización de diagnóstico por imágenes. Cuando el profesional necesita sacar una radiografía, tiene que ir a la sala de rayos, que está alejada de la sala de guardia, en un sector al fondo del hospital. Lo que también trae problemas de inseguridad, porque allí concurren el profesional y el paciente solos.

Por último, la falta de una esterilizadora en la sala de guardia. La sala de esterilización se encuentra alejada de la misma, lo que, en caso de que se esté atendiendo en clínica y el asistente necesite llevar instrumental a esterilizar, el odontólogo quedaría sin la presencia del mismo, lo cual genera una demora en la atención del paciente (tomar datos, preparar pastas, requerir algún instrumental).

1.4.3. Problemas de atención de las urgencias en sala de guardia:

Uno de los problemas que la sala de guardia afronta, son las derivaciones a otras instituciones cuando llegan pacientes traumatizados, con fracturas maxilares o mandibulares y pacientes con flemones que tienen comprometido su estado general.

Cuando los profesionales hacen el diagnóstico clínico, en los traumatismos óseos, encuentran fracturas óseas, para lo que, hay que realizar férulas para inmovilizar los maxilares. Si bien los profesionales saben la teoría, no todos lo saben ponerlo en práctica. Sumado a que dichas férulas deben realizarse en quirófano.

En la actualidad se lo deriva a un hospital que tenga servicio de cirugía maxilofacial. Pero durante la noche, de guardia no hay ninguno; por lo que, el paciente debe ir al hospital a la mañana hábil siguiente. De la guardia se va sin la solución clínica, pero si teórica.

En los casos que concurren pacientes con flemones, que necesitan internación, hay complicaciones para la derivación a hospitales generales, porque no los reciben (van con ficha de referencia y contra referencia, que hay en la guardia, se completa con: datos personales del paciente, diagnóstico, tratamiento realizado, firma del profesional y del paciente). A veces, se llama por teléfono a la guardia del hospital a derivar, hablar con el jefe de guardia, y solicitarle que lo reciba. Esto, nos lleva una demora importante, lo que hace que, uno de los profesionales de la guardia, no pueda continuar con la atención de otras urgencias, hasta que no resuelva la situación de la derivación.

No tenemos personal para realizar las radiografías durante la guardia nocturna, las realiza el profesional y esto genera demoras en los tiempos de atención.

El horario nocturno, no cuenta con movilidad para el traslado de pacientes, a veces, se tienen que derivar pacientes a otro hospital, por una patología que lo necesita, y nos encontramos con que el paciente, no tiene movilidad propia, o no cuentan con dinero para el traslado.

Otro problema es que, en muchos casos se indica en el tratamiento, aplicar antibiótico, corticoide inyectable y en el horario nocturno no es fácil conseguir farmacias de turno o gabinetes de enfermería abiertos.

Finalmente, cuando se le indica que concurra a terminar su tratamiento en cualquier servicio de odontología, en la mayoría de los casos, nos relatan que, cuando van, no hay más números, no tienen insumos, o los vuelven a derivar a nuestro hospital sabiendo que, la atención durante el día es de niños.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Caries Dental

La situación de salud de un país, es el resultado de una larga evolución, que tiene su propia historia, sus pautas y sus valores culturales, sociales y económicos. Por lo tanto, no se puede dejar de tener en cuenta el análisis de la población en general, su estructura, composición y transición demográfica, que son una herramienta imprescindible para observar, analizar y formular propuestas en relación a los servicios de salud.

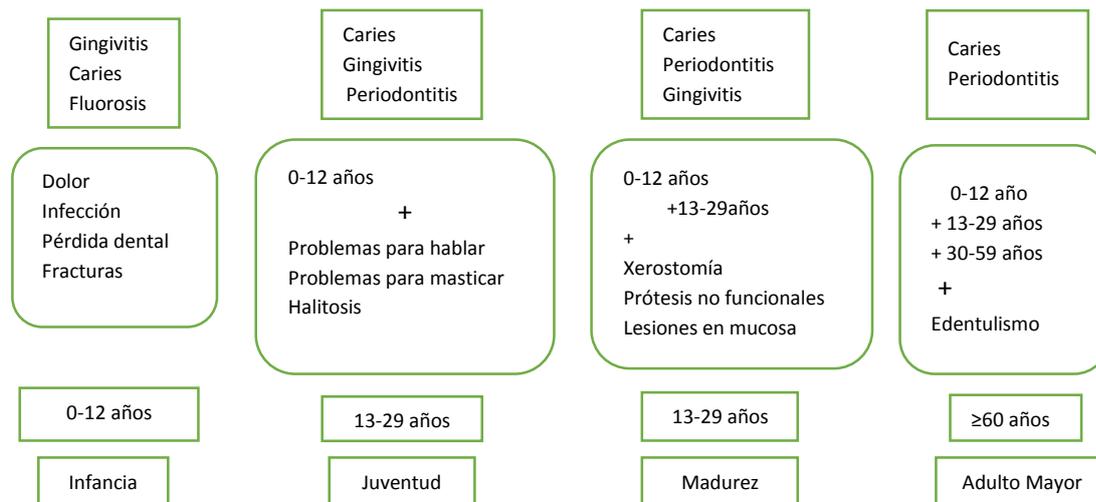
Entre los actuales objetivos de la política de salud pública se incluye el subsanar las desigualdades sanitarias y los determinantes sociales de la salud. Ello constituye una respuesta a los informes de la (OMS).

Los determinantes sociales de salud, son los determinantes estructurales y las condiciones de la vida diaria responsables de buena parte de las inequidades sanitarias entre los países y dentro de un mismo país, derivados de: (el entorno social y físico, así como la conducta individual y la genética) el sistema de atención sanitaria. Los determinantes de la salud y de las inequidades sanitarias, es decir, “las causas de las causas”, están estructuradas socioeconómicamente.

Puesto que los determinantes de las enfermedades bucodentales, como la mala alimentación, el tabaquismo y el consumo excesivo de alcohol, son comunes a otras enfermedades no transmisibles, los profesionales de la atención bucodental han de participar en la elaboración de políticas enfocadas a prevenir y controlar los determinantes de las enfermedades no transmisibles.

Por diversos factores, la sociedad presenta un alto daño en su salud bucal: el limitado acceso a tratamiento recuperativo que el Sistema de Salud ha ofrecido al total de la población; la incorporación de inadecuados hábitos alimenticios que han ido adoptando las familias; y también la escasa valoración que, a la salud bucal, le han dedicado muchas de las personas que hoy son adultas.

Problemas de Salud Bucal y Etapas de Vida



El envejecimiento, es un proceso relativamente nuevo hace 100 años la esperanza de vida al nacer era de 40 años. Envejecemos como consecuencia de la disminución progresiva de funciones fisiológicas, bioquímicas y funcionales después de la fase reproductiva de la vida.

El estudio del envejecimiento buco-facial, hasta los años 70 se limitaba al problema de la pérdida de dientes.

Existe hoy en día amplia información acerca de los factores etiológicos de las enfermedades bucales, lo que favorece el desarrollo de métodos efectivos para poder prevenirlas (Sheiham A., 2005).

La caries dental se constituye como la patología oral más frecuente y la que más daño poblacional genera, es una enfermedad infecciosa, crónica, multifactorial, de aparición temprana.

Distintos estudios epidemiológicos, lo han demostrado, éstos a través de índices disponibles para la medición de caries, dan cuenta de diferentes momentos del proceso de salud-enfermedad-atención ellos son: índices que se miden a través de indicadores como:

a)- la historia pasada: CPOD – ceod - CPOS y el ceo.

b)- los factores de riesgo: se utiliza El Cariograma (Bratthall, 1996; Bratthall et al., 1997; Petersson y Bratthall, 2000; Petersson, 2003; Petersson et al., 2003; Bratthall et al., 2004; Bratthall y Petersson, 2005) es un sistema interactivo para la categorización de pacientes que grafica el nivel de riesgo.

c)- la necesidad de tratamiento.

d)- el proceso de desarrollo de la caries dental.

La OMS sobre la salud bucal refiere “La mayoría de las enfermedades y afecciones bucodentales requieren una atención odontológica profesional; sin embargo, la limitada disponibilidad o la inaccesibilidad de estos servicios hace que sus tasas de utilización sean

especialmente bajas entre las personas mayores, los habitantes de zonas rurales y las personas con bajos niveles de ingresos y de estudios.

Desafíos como enfrentar la variabilidad en la práctica clínica, la insatisfacción de los usuarios, los cuales se han transformado en una población informada y demandante, la falta de alineación en los procesos en la atención y la gestión clínica, y la necesidad de brindar una atención de salud integral y de gran calidad, ponen a prueba los sistemas de salud a nivel global.

La atención odontológica tradicional con fines curativos representa una importante carga económica para muchos países de ingresos altos, donde entre un 5% y un 10% del gasto sanitario guarda relación con la salud bucodental. En los países de ingresos bajos y medianos, escasean los programas públicos de salud bucodental. El elevado costo de los tratamientos odontológicos puede evitarse aplicando medidas eficaces de prevención y promoción de la salud.”

Frente a esto responde: “La eficacia de las soluciones de salud pública contra las enfermedades bucodentales es máxima cuando se integran con otras enfermedades crónicas y con los programas nacionales de salud pública.

Las actividades del Programa Mundial de Salud Bucodental de la OMS están alineadas con la estrategia de la Organización en materia de prevención de enfermedades crónicas y promoción de la salud. Se confiere especial prioridad a la elaboración de políticas mundiales de promoción de la salud bucodental y prevención de enfermedades de la boca que, entre otras cosas, traten de:

- instaurar políticas de salud bucodental que permitan avanzar hacia un control eficaz de los riesgos conexos.
- fomentar la preparación y ejecución de proyectos comunitarios de promoción de la salud bucodental y prevención de enfermedades de la boca, con énfasis especial en las poblaciones pobres y desfavorecidas. alentar a las autoridades sanitarias nacionales a poner en práctica programas eficaces de fluoración para la prevención de la caries dental;
- promover enfoques basados en los factores de riesgo comunes para prevenir de forma simultánea afecciones bucodentales y otras enfermedades crónicas.
- ofrecer apoyo técnico a los países para el fortalecimiento de sus sistemas de atención odontológica y la integración de la salud bucodental dentro de la salud pública.”

En un artículo del Congreso Mundial de Tokio en el año 2015 se habló sobre la salud dental para una longevidad saludable y las intenciones mencionadas no difieren de las necesidades en países como Argentina. (Tokio, Japón, 13-15 de marzo del año 2015).

“El Congreso Mundial de 2015 se aprobó la Declaración de Tokio sobre el cuidado dental y salud oral para La longevidad saludable, pidiendo:

1. un esfuerzo concertado para acumular evidencia científica de la contribución de la atención dental y bucal de salud a la mayor esperanza de vida saludable y la formulación de políticas de salud basadas en esas pruebas.
2. una mayor investigación sobre la situación de las políticas nacionales de atención dental y de salud regional las actividades de apoyo de dicha prueba, con la puesta en común de los resultados y la información relacionada entre países de todo el mundo.
3. El reconocimiento de que el mantenimiento de la salud oral y dental durante toda la vida es un factor fundamental para mejorar la calidad de vida, que ayuda a proteger contra las enfermedades no transmisibles y contribuir a la prevención de la agravación de tales enfermedades - que también puede contribuir a La esperanza de vida en buena salud.
4. comunidad de proveedores de cuidado dental e instituciones que desempeñan un papel fundamental en asegurar que, en las sociedades que envejecen, se proporciona atención dental adecuada en todas las etapas de la vida y que los esfuerzos concertados para poner en práctica la salud oral se realizan a nivel nacional.
5. comprender que la política sanitaria debe centrarse en cómo reconocer los riesgos comunes a ambos por vía oral las enfermedades y las enfermedades no transmisibles a fin de elaborar un enfoque factor de riesgo común, prevenir las enfermedades orales y la pérdida de dientes, y mantener y revitalizar la función oral por un ciclo de vida.
6. una apreciación de que, con el fin de contribuir a la prevención de ambas enfermedades no transmisibles y una disminución de la función oral en la edad avanzada, profesionales de la salud dental y otros debe crear una entorno que permite y fomenta la práctica de colaboración multiprofesional”.

La prevención bucal necesita una mayor relevancia en las políticas de salud, tanto en las instituciones, como en el contexto de la provincia de Buenos Aires. Si bien existen, no son lo suficientemente trascendentes.

Las limitaciones, que viven las clases sociales más bajas, sumado los pocos tratamientos y seguimiento de las urgencias odontológicas en los centros de salud y servicios de odontología de otros hospitales, han demandado una concurrencia masiva al servicio de guardia de 24 hs, con el que cuenta el Hospital.

La misión de estos centros es: “Contribuir a generar un cambio significativo en la atención primaria en salud, especialmente de los más pobres, desarrollando servicios asistenciales y formando profesionales, con una perspectiva innovativa, ágil, efectiva, eficiente y humanizadora”.

La contribución se realiza a través de diferentes canales: el desarrollo del modelo de atención, la innovación, la docencia y la investigación. La red de Centros de Salud, desde esta

perspectiva, se espera actuar en complementación con los hospitales, colaborando en el diseño de mejores respuestas a las necesidades de atención de la población.

La resolución de las consultas de urgencia odontológica, son, una de las demandas de atención, de gran impacto social, con las que hoy cuenta la odontología.

Diversos son los factores que determinan la demanda de una atención de urgencia de resolución inmediata, que está influenciada por las vivencias subjetivas de problemas reales o supuestos, por los cuales el enfermo busca y necesita solucionar “su problema”.

La salud oral afecta la calidad de vida de los individuos en términos de dolor, malestar, limitación y minusvalía social y funcional. De este modo, un 37% de la población mayor de 15 años declara que su salud oral afecta su calidad de vida siempre o casi siempre, siendo los más afectados los mayores de 20 años probablemente porque su daño oral es mayor (MINSAL, 2006).

Si a este perfil epidemiológico se agrega la limitación de los recursos odontológicos necesarios para prevenir, curar y rehabilitar toda la patología existente en la población, se continuará presentando una demanda de atención urgencia en los servicios odontológicos por algunos años, hasta que se obtenga el impacto esperado con el desarrollo de las estrategias promocionales y preventivas, así como del aumento en las coberturas de atención.

Frente a la gran demanda de la población en el año 1991, el Ministerio de Salud priorizó la incorporación progresiva de la atención odontológica de urgencia en el hospital estudiado, con lo cual se pretendió descongestionar la atención de urgencia las 24 hs.

Las urgencias odontológicas ambulatorias comprenden un conjunto de patologías bucos maxilofaciales, de aparición súbita, de etiología múltiple, que se manifiestan principalmente por dolor agudo y que provocan una demanda espontánea de atención, cuyo tratamiento debe ser inmediato, impostergable, oportuno y eficiente.

Las patologías orales que afectan a la población son de alta prevalencia y severidad, especialmente en la población adulta, la que presenta los mayores daños por no haber accedido a programas preventivos, medidas de autocuidado y tratamientos curativos eficientes y oportunos Ministerio de Salud (MINSAL) 2003, lo que determina una demanda de atención odontológica ambulatoria de urgencia constante.

Existen desigualdades significativas en materia de salud bucodental en todo el mundo. Más aún, el incremento de la incidencia de la caries dental y la enfermedad periodontal a medida que la gente envejece indica que las causas de dichas patologías no están bajo control. Por consiguiente, es necesario que las políticas de salud bucodental hagan hincapié en la investigación traslacional y refuercen las actuaciones en el ámbito de la salud pública destinadas a subsanar “las causas de las causas” con miras a incidir en los factores comunes de riesgo Federación Dental internacional (FDI) 2013.

Ha llegado la hora de desarrollar un nuevo modelo de fomento de la salud bucodental, que reconozca que las conductas que provocan las enfermedades no transmisibles más importantes, como la diabetes, las patologías cardiovasculares, algunos tipos de cáncer y las enfermedades respiratorias, también contribuyen significativamente a las enfermedades bucodentales.

El enfoque basado en los factores comunes de riesgo, el nuevo modelo aspira a disminuir los factores de riesgo comunes a una serie de enfermedades no transmisibles. (FDI 2013).

Son aquellas características que se presentan en grupos poblacionales, que se asocian con diversos estados patológicos y que confieren al individuo un cierto grado de susceptibilidad. La atención de salud es también un condicionante básico, en términos de acceso oportuno y calidad que garantice una pesquisa precoz y tratamiento adecuado.

2.2 Diseño organizacional de servicios de salud bucal

En esta sección se abordarán los elementos que constituyen la estructura formal de una organización sanitaria –en este trabajo de salud bucal- los mecanismos de coordinación que regulan los procesos de relación entre las partes, la información, el flujo de autoridad y el control. Así mismo se describirá la configuración estructural que resulta de la combinación de las distintas características presentes en una institución hospitalaria.

Una organización considera, por otra parte, un sistema político con diversos agentes internos y externos con objetivos variables según la configuración de poder que adopte la institución.

La estructura de una organización sanitaria incluye recursos humanos, materiales, así como la forma de ordenarlos para la producción de servicios de salud. Por lo tanto, su estudio aborda la totalidad de funciones, relaciones, comunicaciones, procesos de decisión y procedimientos que determinan la finalidad que cada servicio del hospital debe cumplir y los modos de interacción entre los servicios que lo integran.

Mintzberg H. define la estructura de una organización como “el conjunto de todas las formas en que se divide el trabajo en tareas distintas y su posterior coordinación” (Mintzberg, H. 1993, Mintzberg H. 2000).

En el comportamiento ejecutivo de las organizaciones de salud se mantiene aún una tendencia a minimizar la importancia de los factores organizacionales y una mala comprensión del concepto “organización” y considerarlo como una abstracción de organigramas, manuales que describen puestos y procedimientos formales y teóricos.

La sociedad postmoderna y el avance científico en el estudio de las organizaciones la sitúan hoy como “un patrón de comunicaciones y relaciones entre un grupo de seres humanos, incluidos los procesos para tomar e implementar decisiones” (Simón, H. 2011)

La dimensión conceptual teórica concibe a la organización como un complejo diseño de comunicaciones y demás relaciones que existen en un grupo de seres humanos. Este diseño proporciona a cada integrante del grupo una parte importante de la información, de los supuestos, objetivos y actitudes que entran en sus decisiones, así como una serie de expectativas fijas y comprensibles de lo que los demás integrantes del grupo están haciendo y de cómo reaccionarán ante lo que el grupo dice y hace. (Simón, H., 2011, pp. 17-23)

Gran parte de las decisiones del nivel ejecutivo (director de la institución hospitalaria) tiene su efecto principal a corto plazo en la resolución de la demanda específica o situaciones conflictivas del día a día; pero el efecto acumulativo de las mismas o de la negativa a tomar una decisión se produce sobre un patrón futuro como consecuencia organizacional de este flujo de decisiones.

Las organizaciones de salud en la provincia de Buenos Aires, como la estructura descrita en este trabajo, está integrada en una de orden superior –el sistema público– reconoce desde la hipótesis de la congruencia de Mintberg una forma multidivisional mientras que desde la tipología de síntesis una estructura matricial permanente.

Este tipo de configuración comporta una entidad semiautónoma, el hospital, acoplada a una estructura administrativa central en este caso el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires que asume no solo la alta dirección sino la mayoría de las funciones de la tecno estructura, situación ésta que condiciona el desarrollo de esta parte de las organizaciones de salud e intenta coordinar el sistema de planificación control con la normalización de resultados.

La parte central de este tipo de organizaciones son los directores de hospital, los jefes de servicio; aun sin excesiva autonomía porque la organización tiene una descentralización vertical limitada y paralela con el riesgo de conversión en organizaciones instrumentales de la sede central.

La división de la función asistencial (atención odontológica integral en la franja etaria 0-18 años, ortodoncia, atención del paciente especial, guardia de 24 hs.) crea una serie de conflictos entre el núcleo técnico y los mandos intermedios con la necesidad de implementar dispositivos de enlace entre el personal dependiente de dos líneas jerárquicas distintas.

Esta existencia de un doble flujo de autoridad, en este caso permanentes requiere la definición de la forma de autoridad, los mecanismos de integración y el sistema de información, así como la relatividad de la autoridad horizontal o de la vertical. El jefe de servicio asume la autoridad horizontal sobre todo lo que atañe a la línea de producción, a las personas que trabajan en el mismo independientemente de la función o línea jerárquica a que pertenezcan. (Varo J. 1999 p.p 128-131)

Existe una cierta discrepancia entre los directivos y los profesionales respecto a la eficiencia; los primeros debido a la escasez de recursos procuran eficiencia, por el contrario,

el núcleo operativo se preocupa de la eficacia. Esta contraposición determina a mediano plazo la baja de calidad del producto final y disminuye la accesibilidad del servicio de salud.

Ante esta situación el control del entorno es el objetivo por excelencia en un sistema en que la coalición externa tiene características de pasividad.

2.3. Análisis del comportamiento en las organizaciones

La actividad humana organizada requiere dos condiciones, fundamentales, aunque opuestas, como la división del trabajo entre las personas que integran una organización y la coordinación de actividades dirigidas a la consecución de un producto final con características de eficacia y eficiencia.

Mintzberg H. comprende a la estructura organizativa como “el conjunto de todas las formas en que se divide el trabajo en tareas distintas y su posterior coordinación”. (Mintzberg H., 1993, p. 2)

Los mecanismos de coordinación fueron considerados por el autor como el aglutinante o “*continuum* de complejidad” que mantiene unida a la organización, y la planificación y el control parámetros que normalizan los resultados.

Así mismo sus hipótesis de congruencia y de contradicción explicarían la eficacia de una organización: la primera, afirma que las organizaciones eficaces adaptan los atributos internos a los factores de la situación; la segunda sostiene que se deben combinar y dirigir fuerzas contradictorias para ser eficaz. (Mintzberg H., 1993, pp.2-20)

Desde esta dimensión se concibe a la empresa como una organización dinámica y cambiante que debe dar respuestas en base a sus capacidades y a las transformaciones del contexto. Se distinguen dos conceptos que se diferencian:

- La empresa como organización, lugar de coordinación de agentes, grupos con identidades, intereses y objetivos personales, aún actuando en cooperación unos con otros.
- La empresa como institución, lugar de gestión de conflictos y de los intereses de los agentes, en contextos históricos definidos.

¿Cuál es la naturaleza de las relaciones y la posición de los individuos y grupos aplicado al ámbito de las instituciones para la atención en un servicio de guardia odontológica de un hospital especializado del sistema público? ¿Cómo distinguir las relaciones entre los agentes internos y externos de la organización?

“ Las organizaciones son sistemas de acciones coordinadas entre individuos y grupos cuyas preferencias, información, intereses y saberes difieren. La teoría de las organizaciones describe la conversión delicada del conflicto en cooperación, la movilización de los recursos y la coordinación de los esfuerzos que facilitan la supervivencia simultánea de una organización y sus miembros ”. (March, J. & Simon, H., 1993).

Esta definición explicita la hipótesis de la pluralidad de agentes, los problemas de coordinación entre los agentes y la compatibilidad de los componentes individuales.

Simon, como defensor de los comportamientos reales de los agentes, se opone al punto de vista de la economía industrial tradicional defendida por Mason, como al de los neoclásicos quienes sustentan la hipótesis que un comportamiento de maximización vale en función de la pertinencia de las teorías económicas que se deducen de ella (Coriat, B. Weinstein, O., 2011, p. 30)

La posición del autor implica un cambio de óptica, ya que mientras para Friedman o Mason la teoría del comportamiento está subordinada a la teoría de los mercados y de los precios, consideración ésta objeto del análisis económico, para Simon los comportamientos de los agentes constituyen en sí un objeto de análisis esencial.

Las hipótesis del modelo racional conciben un conocimiento de todas las opciones posibles para el agente; un conocimiento completo de las consecuencias de las opciones o la capacidad de poder calcularla; una certeza perfecta de la evaluación presente y futura de esas consecuencias, reduciéndolas a la utilidad esperada como único indicador.

Su crítica al conjunto de hipótesis de lo que califica como "teoría de la racionalidad omnisciente" no puede dar cuenta de procedimientos efectivos de toma de decisión por tres razones, trasladables al ámbito de la salud:

- La incertidumbre de los tratamientos y la información imperfecta no pueden ser comprendidos por los métodos de la decisión estadística.
- Los límites de las capacidades de cálculo de los agentes tornan imposible la decisión óptima por la imposibilidad de recontar el conjunto de acciones posibles y sus consecuencias.
- Las situaciones de interdependencia estratégica en competencia oligopólica, no hace posible evaluar las consecuencias de los actos de los diferentes agentes sin librarse de las conjeturas sobre las acciones de los otros.

Al existir incertidumbre y riesgo como variables significativas en la realidad de la atención de la salud en general y bucal en particular, todas las características singulares de esta organización se derivan de la prevalencia de incertidumbre. La información o conocimiento se convierte en un bien que tiene un costo de transmisión y uno de producción y dados estos costos, esta información se concentrará en los que puedan beneficiarse en mayor medida con su posesión y así lo que se compra a la mayoría de los profesionales de la salud es información bajo la forma de cuidados especializados, en este trabajo la atención de guardia odontológica en el sector público.

Debido a la existencia de estos costos, medidos en unidad tiempo, de su utilidad o dinero, es razonable esperar que la información no esté distribuida de manera natural entre toda la población, sino que estará concentrada en aquellos en los que puedan beneficiarse al

poseerla. Así la demanda de información es de difícil análisis en un contexto de comportamiento racional de empleo convencional.

En atención de la salud, el comprador de información desconoce rigurosamente y en la mayoría de las veces, el valor de ésta, ya que, si sus conocimientos le permitiesen medir el valor de la información a adquirir, ya tendría esa información. Una característica diferencial de los servicios de salud es que esta demanda tiene su origen en acontecimientos inestables, irregulares e impredecibles.

En realidad, lo que el paciente compra a la mayoría de los profesionales de la salud es, precisamente, información bajo la forma de cuidados especializados; en este trabajo, la resolución de problemas inmediatos en su mayoría con causales de dolor como sintomatología percibida por el paciente.

2.4 Asimetría y relación de agencia

La violación de una de las condiciones necesarias para la existencia de un equilibrio competitivo tiene como consecuencia inmediata la disminución del nivel de bienestar por debajo del obtenible con los recursos y la tecnología disponible. Las características estructurales especiales en la producción de cuidados odontológicos representan intentos de superación de la suboptimalidad de la no comerciabilidad de muchos de los riesgos, así como de la comerciabilidad imperfecta de la información.

Estos rasgos institucionales de característica compensatoria y la búsqueda de beneficio máximo explicarían el comportamiento no competitivo del mercado de los cuidados de la salud, y que, a su vez, constituye una barrera adicional a la optimalidad.

Estos cuidados pertenecen a la categoría de bienes en los que el consumo y la actividad de producción son idénticos y simultáneos. El paciente no puede probar el producto previo a la consumición y aparece entonces un elemento de confianza en la relación paciente-profesional. Si bien las restricciones morales y éticas impuestas para los profesionales de la salud son mucho más estrictas que las que afectan a otros profesionales en los que la satisfacción del interés individual es una norma de conducta aceptada, el imperio de estas normas no es tan rígido en la práctica como en la teoría y resulta difícil aceptar que no ejerza influencia en la asignación de recursos en la actividad.

La incertidumbre en cuanto a la calidad del producto resultante de la producción del servicio de atención de la salud bucal es más intensa que en cualquier otro bien o servicio. La recuperación de una enfermedad es tan impredecible como su incidencia. La situación diferencial respecto a otros bienes es que en el caso de éstos el individuo tiene una probabilidad alta de aprender de su propia experiencia o de la ajena respecto de estos bienes.

En el caso de una enfermedad grave o con una alta valoración de la gravedad por el paciente o su entorno, la incertidumbre debida a la inexperiencia se suma a la dificultad

intrínseca de precisión. La magnitud de la incertidumbre medida en términos de variabilidad de la utilidad es, en casi todos los casos, mayor en los casos de enfermedades graves que en la adquisición de otro bien como un auto, un bien de lujo etc., a pesar de que el gasto originado por el consumo de este tipo de bienes es mucho menos frecuente que la incertidumbre residual puede ser importante.

La incertidumbre tiene en este caso una característica que afecta de forma diferente en la transacción a cada una de las partes. La complejidad del conocimiento odontológico o el de las ciencias de la salud hace que la información que estos profesionales poseen en cuanto a los efectos, consecuencias y posibilidades de tratamiento es necesariamente mucho mayor que la que tienen quienes la padecen. Ambos son conscientes de esa asimetría de la información y aunque siempre existe una desigualdad de información entre productor y consumidor referida a los procesos de producción, en la mayoría de los casos el comprador puede comprender tanto casi como el productor la utilidad del producto. (Arrow, K., 1981)

Simon H. concibe una racionalidad "limitada", según los casos, más que sustantiva y sustituye el principio de maximización por el de satisfacción, centrando en los procedimientos de la decisión más que en los resultados de la decisión.

Los objetivos y los medios utilizables en las organizaciones no son considerados como dados a priori, sino como objeto de búsqueda de los agentes. Esta situación conduce al estudio de los procesos de toma de decisión considerando la situación como compleja.

Este enfoque se determina en los procesos de aprendizaje, de resolución de problemas y de elaboración de reglas desde una concepción "conductista" en oposición al "determinismo" de la situación de la teoría neoclásica. (Latsis, S.J., 1972)

La complejidad de los procesos de decisión desde la lógica de la racionalidad limitada se basa en la sustitución de objetivos generales abstractos por metas intermedias observables y mensurables, o la división del proceso de decisión entre varios especialistas que forman parte de la organización. La gestión que permita dividir el proceso de decisión entre varios especialistas integrados constituye uno de los procedimientos relevantes de la lógica de la racionalidad limitada. (Simon, H., 2011, pp. 226-234)

Las organizaciones complejas enfrentan grupos con intereses múltiples. En ellas los procesos de toma de decisión se ven atravesados por una serie de mediaciones, de las cuales resultará una serie de consecuencias, que conciernen no solo a la maximización de un objetivo único, sino a un intento de hacer compatibles varios objetivos en la búsqueda de satisfacción de los grupos intervinientes. (Cyert, R. & March, J.G., 1963, p. 34)

Desde el marco del análisis conductista sobresalen tres puntos de vista:

- Las organizaciones son instituciones complejas con coalición de grupos con un destino común, pero que maniobran siguiendo objetivos propios en defensa de sus intereses y refuerzo de su poder y prestigio. (Minzberg, H., 2000, pp. 253-265)

- La organización es el lugar de toma de decisión y aprendizajes colectivos de las posibilidades que ofrece determinada estructura organizacional con la finalidad de mejorar su eficacia. El objetivo general sólo puede expresarse a través de una serie de subobjetivos que sufren la presión de intereses dentro de la organización. Los teóricos evolucionistas insisten en la importancia de la “rutinas” dentro de las empresas para enfrentar cambios e incertidumbre.

- El funcionamiento de la empresa supone un “sesgo gerencial” y “un presupuesto discrecional” en la conducción de negociaciones internas y en los arbitrajes como medio de aceptación grupal de los objetivos. Esta situación comparable al “defecto burocrático” de las empresas públicas se atribuye a restricciones de funcionamiento y pérdidas de eficiencia inherentes a toda organización compleja.

La diferencia de productividad observada a partir de resultados empíricos pasó a ser objeto de teorización: “diferencias en la calidad interna de la organización” que Leibenstein atribuye a la existencia de un factor distinto de los factores tradicionales de la teoría estándar (el capital y el trabajo) que llamó “X”. La argumentación del autor sostiene que las firmas pueden comprar “unidades de trabajo” que no garantizan la productividad que se obtendrá individualmente ni del conjunto de unidades adquiridas. (Leibenstein, H., 1975).

La existencia de un ese factor distinto de los tradicionales, trabajo y capital, de la teoría estándar, explicaría la eficiencia o ineficiencia resultante. El objetivo de la organización, desde esta teoría es lograr el uso intensivo de las “unidades de trabajo” adquiridas para aumentar la eficiencia, determinando que la hipótesis de situación óptima de la teoría estándar es una ficción lógica.

Chandler A. sitúa a la empresa como una institución compleja, alejada de la firma punto marshalliano monoproducción y de establecimiento único. Este autor la define como una organización económica que agrupa unidades funcionales y operacionales que es administrada por una jerarquía gerencial en diversos niveles (Chandler, A., 1992)

2.5 Calidad en la prestación de los servicios de salud

Es un tema de gran importancia y a su vez de difícil manejo dentro del contexto actual, en el cual el mayor enfoque está dirigido hacia los aspectos administrativos, financieros, económicos, recursos humanos y servicios al cliente. Dejando en segundo plano lo que se constituye en la obligatoriedad del Estado de garantizar el servicio de salud en términos de calidad.

La tendencia actual del sector de la salud apunta a la aplicación directa y extensiva de una cultura de la calidad en la aplicación de sus procesos. Así mismo, del acople en los ordenamientos internos, procesos de gestión y desarrollo humano; en este sentido, la

medición misma de cada acto en uso, determina el direccionamiento estratégico preestablecido, considerándola como su eje de articulación.

Este fenómeno se entiende a partir de los sistemas de gestión modernos, dinámica globalizadora de la sociedad moderna, (Habermas, 1989), lo cual implica una construcción de estructuras empresariales con procesos de calidad y sistemas de gestión integrales sostenibles y sustentables, en donde los indicadores de gestión se consideran resultado y/o manifestación de los objetivos estratégicos de la organización.

Tales consideraciones resultan de la necesidad de asegurar la integración entre los resultados operacionales y estratégicos del horizonte misional de la empresa, estrategia corporativa.

En efecto, el plan o camino a seguir para lograr la misión (direccionamiento estratégico) se fundamenta en las definiciones anteriormente consideradas, que anteceden aplicaciones eficaces para el diagnóstico del entorno y de los procesos estratégicos de la organización; así mismo, otras conceptualizaciones que ahondan en esta filosofía, (Freeman E. 2010), implican cambios en la cultura organizacional, en el tipo de liderazgo y la planeación estratégica para el desarrollo óptimo en los procesos y la excelente prestación del servicio hacia los Stakeholders.

En este orden de ideas, el sistema estratégico de calidad, surge como un elemento de sistémica entre la estructura organizacional, las necesidades de consumo y prestación de servicio, entre usuarios y funcionarios.

De tal suerte, el conjunto de aplicaciones de interacción permanente logra optimizar las relaciones y conexiones entre los procesos mediante de indicadores de gestión para el logro de la satisfacción total, a partir de las estructuras organizativas, cumple una función integral y primordial, que no es más que la de consolidar procesos económicos y de desarrollo capaces de fortalecer la economía, el desarrollo empresarial y social, la primera de manera espontánea y la segunda por conexidad.

La implementación de sistemas estratégicos de calidad permite el desarrollo sostenible de las Instituciones prestadoras de salud. Al consolidar las unidades gerenciales, administrativas, y financieras como ejes de dirección organizativa, se logra alcanzar efectivos estándares de eficiencia y condiciones mínimas de consolidación y posicionamiento, ateniendo su pertinencia de su formulación como una herramienta que propicia y genera seguridad razonable en el logro de los procesos misionales de las IPS, mediante un adecuado sistema de gestión de calidad.

En este sentido, el desarrollo económico, social y humano de estas instituciones, se direcciona hacia el posicionamiento estratégico y el empoderamiento de los componentes misionales desde el sujeto, es decir, desde el componente humano.

Desde esta perspectiva los sistemas estratégicos de calidad implican un conjunto de acciones sistémicas y consideradas, dirigidas a evitar, prevenir o solucionar oportunamente situaciones de impacto negativo en la atención en salud y el logro de los mayores beneficios posibles para los clientes y/o pacientes; significa entonces que la articulación y consolidación de estos procesos apoyan a desarrollar la planificación de la organización y sus estrategias, por ende se permita establecer los riesgos, situaciones de tensión, errores y procedimientos inadecuados que indiscutiblemente deterioran el logro de sus objetivos.

2.6. Acerca de la teoría general de los sistemas en el sector de la salud

Una mirada al enfoque general de los sistemas, a través de los modelos de acreditación en el sector de la salud, se estructura como una herramienta de evaluación de la competitividad, gestión estratégica y de excelencia en la prestación de los servicios de salud, estableciendo fundamentos estructurales para el funcionamiento y cumplimiento de los indicadores de gestión. Desde esta óptica se desarrollan complementos disciplinarios orientados hacia la estructuración de sistemas estratégicos de calidad como herramienta del proceso de acreditación.

De todo esto, se observa cómo Kuhn T. (1985), considera que la historia de la ciencia está constituida por periodos apegados de una tradición, y que esporádicamente concluyen a raíz de un periodo dado, el marco de referencia general o del punto de vista aceptado, desde esta mirada, el transcendental movimiento convergente de la ciencia y la enseñanza, acelera el ritmo de los tiempos, apareciendo nuevos temas interdisciplinarios que conforman esta investigación.

El desarrollo de estas temáticas, conforman procesos diversos y de constante cambio, de manera, que la lineación de estos campos se resume en la consolidación de las definiciones emanadas del enfoque sistémico o teoría general de los sistemas, el cual ha obtenido logros significativos en aplicaciones concretas y aportes al desarrollo empresarial y de la ciencia.

En este sentido, el estudio de los sistemas prolonga una exhaustiva moderación de conceptos que antañía desde los mismos inicios de los tiempos, siendo la segunda guerra mundial (1939), fuente de alineación y funcionamiento de esta temática. Seguidamente, L. Von Bertalanffy (1976) propone su Teoría General de Sistemas, originando que en el campo científico-empresarial traten problemas complejos, de igual modo, argumentó que el sistema sería "un conjunto de elementos de pie en la interacción" o "un conjunto de elementos que interactúan".

Russell L. Ackoff (2002) afirma que:

“El servicio parece haberse convertido en un arte olvidado. Los sistemas que tienen que prestar un servicio rara vez lo hacen, y cuando lo hacen con frecuencia es a regañadientes.

Los empleados de estos sistemas se vuelven inmunes a las incomodidades y los inconvenientes que causan sus sistemas. La única manera en que puede lograrse que muchos de estos sistemas presten el servicio es por la fuerza, psicología o física” (p.17 - 20)

Estos tipos lógicos de conceptos, nos permiten afirmar que la teoría de los sistemas, influyente de campos matemáticos y de un universo de sistemas, están interrelacionados a subsistemas inmersos de sí mismo de manera organizada. De tal suerte, sus aplicaciones difieren en diversos campos el cual integra un enfoque dinámico y social, emergido de un mundo cambiante y globalizado. Así, la teoría de los sistemas de gestión se ajusta a cada servicio, procesos, procedimientos y estrategias existentes en las organizaciones del sector, caracterizados por ser abiertos al cambio en contexto.

En este sentido, el sistema de salud se ha descrito como un sistema abierto compuesto por tres subsistemas que interactúan entre si definidas de la siguiente forma:

- Subsistema humano-organizativo: se enmarca el conjunto de personas y grupos que trabajan en la organización.
- Subsistema técnico: definido por la estructura técnica donde la empresa se desenvuelve y las limitaciones impuestas por aquéllas.
- Subsistema informativo: conjunto de técnicas empleadas en la empresa con el fin de proporcionar en todo momento una visión fidedigna de todo lo que ocurre en la misma.

Esta enmarcación de la teoría de los sistemas en el sector de la salud, emprende un cambio significativo en el desarrollo de las actividades de las entidades de salud, impulsando una creciente investigación del tema, de manera que los resultados de la capacidad de las organizaciones de salud y su alta dirección, respondan a la evolución política, económica, tecnológica y social. 8 (algunos de los alcances de estos cambios son definidos por la OPS) Por otra parte, se establezcan las pautas del comportamiento que hacen necesaria la formación y selección de un personal, en que se estructure un sistema, que recompense y genere motivaciones para que la persona o grupo que participa en ella realice sus obligaciones en su pleno saber y entender de manera espontánea e innata – haga lo que tiene que hacer.

Se han formulado las teorías contingentes de la organización, que se incorporan como elemento de la misma relación de la empresa con el entorno. De esta manera, Varo aporta en el desarrollo de la misma, afirmando:

“A la luz de la teoría de los sistemas, la organización es un sistema continuo capaz de diferenciar e integrar las actividades humanas que utilizan, transforman y unen un conjunto de recursos humanos, materiales y otras clases, en un todo capaz en alcanzar unos objetivos deseados, mediante la selección entre varios posibles”. Varo J. (1992) (p. 91).

2.7. Redes en salud

2.7.a) La influencia de la postguerra

Después de la Segunda Guerra Mundial surge con mayor intensidad la divergencia con respecto a esta mirada del "mundo tal cual es". Pareciera que cuando la humanidad toca límites que plantean su posibilidad de destrucción comienza a replantearse hacia dónde marcha su destino.

El cambio de un pensamiento lineal centrado en la razón, a un pensamiento complejo abre la inclusión de la historicidad, el valor de los afectos, de las percepciones. Es decir, se introduce una racionalidad diferente.

Comienza a resaltarse la importancia de reconstruir lógicamente un lazo de relaciones auto organizadoras, el lazo biocultural que surge del lazo biosocial.

Las aproximaciones genéticas, neurológicas, antropológicas, psicológicas, pedagógicas, ecológicas, sociológicas, históricas, entre otras, convergen para dar consistencia y enriquecer a la vez la idea de la unidad y de la diversidad humana.

Surge con fuerza la característica de la organización del sistema humano: la generación de grandes variedades de comportamientos y de relaciones sociales. Se comienza a ver un sistema humano multidimensional resultante de interacciones organizacionales, que presentan caracteres muy diversos.

Abandonada la posibilidad de lo inmutable, comienza a pensarse en el cambio como un proceso que se da en forma discontinua a través de sistemas auto organizado. Estos nuevos desarrollos llevan a tratar de entender sistemas desde el interrogante de cómo generamos nosotros ese sistema.

Dichos cambios al mismo tiempo que mantienen una estabilidad lograda con anterioridad, desarrollan modalidades organizacionales novedosas.

2.7.b) La posmodernidad y las redes sociales

El pensamiento de la Modernidad: La modernidad demostró la existencia de un conocimiento que posibilitaba acceder al reino de la verdad. Contaba para ello con una herramienta fundamental: la razón. Ésta posibilitaba conocer el mundo a través del conocimiento científico y organizarlo a través de leyes racionales.

El hombre contemplaba la creación y así descubría su funcionamiento. La vida del hombre se hallaba regida por las leyes de la ciencia y del aparato jurídico. Se esperaba que fuera objetivo, que observara al mundo desde afuera de sí mismo, que cumpliera las reglas.

Al referirse al paradigma de la modernidad, D.Najmanovich plantea que la transpolación de la física newtoniana concibe a la organización social como un mecanismo,

una máquina que funciona de acuerdo a un modelo técnico, racional y lógico, que define para dicha máquina una estructura formal.

Desde esta perspectiva, el que opera en lo social es un planificador que sabe a priori lo que va a producirse al final. Las acciones están vistas como programas prefijados. Este es un modelo que produce eficiencia, la que es mono dimensional y lineal y por lo tanto sólo tiene sentido en contextos estables.

2.7.c) Pensando en redes

La entrada en esta cultura de la complejidad lleva a visualizar el universo como una red de interacciones. La epistemología clásica nos legó la metáfora piramidal. Esta pirámide poseía en la cúspide un centro de poder del cual dependían las decisiones, al igual que lo que se debía saber y decir. No sólo creímos en esta metáfora, sino que contribuimos a sostenerla con nuestro accionar.

Como ejemplo, la creencia sostenida de que las instituciones, entre ellas el hospital, funcionan porque el director está en su puesto a las ocho de la mañana, en lugar de pensar que su funcionamiento depende de la responsabilidad de cada uno de los que la integran, incluido el director. Pero sucede que, frente al pensamiento jerárquico, aparece la posibilidad de buscar las pautas de conexión.

Surgen, entonces, otras formas de concebir la relación entre las personas: las redes y las concepciones heterárquicas. Esta concepción aleja de las formas jerárquicas, que tratan de imponer la autoridad de la verdad única.

Desde esta nueva perspectiva, el conocimiento es el producto de la forma singular de la relación entre las personas y su mundo. Es el resultado de la interacción global del hombre con el mundo al que pertenece, el mundo de la diversidad donde la "integración" sólo puede aspirar a legalizar la legitimidad de las diferencias, reconocerle el territorio de lo polimorfo, de lo multiforme, la diversidad de sentidos.

Debe tenerse sin embargo en cuenta que los cambios no suceden de un día para otro. Se trata de un proceso que ya está iniciado, que tiene avances y retrocesos, que implica una migración epistemológica. Ésta no se produce abruptamente; está acompañada por momentos de entusiasmo por lo nuevo; otros, de miedo por lo que se dejó; algunos, en que lo diferente a emprender resulta difícil de realizar y por lo tanto nos tienta a regresar a las formas conocidas.

El punto clave de este modo de pensar el mundo es el de reflexionar permanentemente con otros; replantear la propia red de relaciones para no padecer la paradoja de "querer trabajar en redes mientras vivimos aislados"

La noción de red social implica un proceso de construcción permanente tanto individual como colectiva. Es un sistema abierto, multicéntrico, que a través de un intercambio dinámico

entre los integrantes de un colectivo (familia, equipo de trabajo, barrio, organización, tal como el hospital, la escuela, la asociación de profesionales, el centro comunitario, entre otros) y con integrantes de otros colectivos, posibilita la potencialización de los recursos que poseen y la creación de alternativas novedosas para la resolución de problemas o la satisfacción de necesidades. Cada miembro del colectivo se enriquece a través de las múltiples relaciones que cada uno de los otros desarrolla, optimizando los aprendizajes al ser éstos socialmente compartidos.

La red como sistema abierto, implica que admite el ingreso y el egreso de las singularidades que lo componen, así como la posibilidad de cambios en las funciones que éstas desempeñan. Así alguien que “cura” es en otra situación “paciente”; alguien que enseña puede en otro momento ser alguien que aprende, y a la inversa alguien que deriva pueda luego recibir una derivación contra referida. Esta característica hace que la red rechace a la compartimentación.

La multicentralidad de la red modifica el paradigma de la pirámide, donde todo debía converger a y partir de un centro único. También cuestiona el paradigma del archipiélago, según el cual cada unidad, aislada de otra, funciona por sí misma sin ninguna conexión entre sí.

La propuesta no es la de poner orden al caos, o de dejar librada la organización a su suerte, y lo que es más grave a los recursos y capacidades de cada uno, sino la de pensar una organización en red, la cual remite a la noción de heterarquía anteriormente mencionada.

Se debe entonces remarcar que la red apela permanentemente a la reciprocidad; esto es, se debe asumir que cuando se convoca a la red se debe esperar ser a la vez, convocado; cuando se solicita ayuda, saber que nuestra ayuda será también solicitada.

Una vez adentrados en la noción de red social surge el gran interrogante: ¿cómo trabajar en las redes?, ¿cómo fortalecerlas?, ¿cómo reconocerlas?, ¿cómo definir las?

La búsqueda de la fórmula para crear ese escenario transformador hace que muchas veces no se aprovechen las oportunidades que los ámbitos de trabajo: el hospital, el centro de salud, el consultorio, la comunidad, nos brindan.

Si bien existen recursos metodológicos para implementar una estrategia de trabajo en red, las mejores intervenciones se realizan cuando se produce una opción sobre articulaciones y vínculos preexistentes.

Se habla así de descubrir y apelar a las redes y de reconocer su preexistencia a nuestra mirada y en tal sentido los administradores debieran agudizar su capacidad de observación y plantear sobre los senderos transitados, los ejes organizadores de la tarea.

Desde esta perspectiva el accionar de los administradores, hará que su funcionamiento se promueva y se potencie, incrementando indudablemente la calidad, eficacia y la eficiencia de su gestión.

La organización es visualizada como una red compleja de relaciones entre las distintas partes que la conforman. Cada parte conoce dinámicamente a cada una de las otras.

El valor de un elemento lo determinan los nexos, la red de relaciones y el estado de los otros miembros. Las estructuras son objeto de percepción, red de relaciones percibidas y no realidades físicas. El significado de las partes está determinado por el conocimiento previo del todo. El todo está en cada parte y éstas a la vez están en el todo, lo conocen y pueden reproducirlo.

La organización se transforma en un conjunto de pequeñas organizaciones, administradas con un máximo de interdependencia. La conexión de las partes está dada por un intenso sistema de comunicación, en el que todas las informaciones son distribuidas igualmente por todos los sectores.

Cada una de las partes sabe bien que pasa en las otras. Las personas forman parte de un sistema social común, comparten ideas y objetivos, tienen polivalencia funcional y sentimiento de pertenencia, sin forzar la conformidad. Se reduce la gerencia intermedia. Los liderazgos son alternativos, variables y aún voluntarios.

2.7.d) Caracterización del trabajo en red en el campo administrativo

La administración en su afán por crear instrumentos sociales con fines determinados, adoptó el enfoque de redes para diseñar organizaciones utilitarias en el campo de la producción de bienes y servicios.

El trabajo en red es una estrategia vinculatoria, de articulación e intercambio entre instituciones y/o personas, que deciden asociar voluntaria y concertadamente sus esfuerzos, experiencias y conocimientos para el logro de fines comunes. Para actuar hoy en los sistemas así establecidos es necesario comprender y vivenciar esta nueva forma de actuación.

La red es el resultado de esa estrategia y constituye una modalidad organizativa y de gestión, que adoptan los miembros que deciden esa vinculación, cuyas características dominantes son: la adaptabilidad, la flexibilidad, la apertura, la horizontalidad, la fluidez y la espontaneidad de las relaciones.

La Real Academia define a las redes, entre sus acepciones, como un conjunto y trabazón de cosas que obran a favor o en contra de un fin o de un intento.

La esencia del trabajo en red es la decisión voluntaria de dos o más personas, instituciones o áreas institucionales, de desarrollar una tarea en común, en procura de objetivos compartidos explícitos, manteniendo la identidad de los participantes.

El vínculo así generado tiene carácter horizontal, de relación entre pares, acotado por los acuerdos normativos que entre ellos establezcan, por fuera de las regulaciones burocráticas de las respectivas instituciones a las que pertenecen o puedan pertenecer.

Las redes pueden ser vistas como sistemas, en cuyo caso puede decirse que se trata de sistemas bien definidos ya que tienen una clara finalidad, pero están abiertos en sus límites, quedando a criterio de sus miembros y de los acuerdos que entre ellos establezcan, el dimensionamiento y la conformación última de la red.

La modalidad de gestión en red constituye un importante cambio en el paradigma acerca de la administración de sistemas, superador del anterior ya que resulta inclusivo de la participación, la interdisciplina y la articulación intersectorial.

En muchos países y en particular en Argentina, el desarrollo histórico de los sistemas de salud generó formas administrativas mixtas o plurales con organizaciones dependientes del subsector público estatal, de la seguridad social y del ámbito privado, conformando subsistemas de servicios cuyos relacionamientos están fuertemente restringidos por las propias normativas de las respectivas dependencias subsectoriales, afectando la efectividad y la eficiencia global.

Reconciliar reglas y circuitos puede resultar muy difícil, no obstante, la buena voluntad, en tanto que la red ofrece un camino simplificado de superación.

2.7.e) Finalidades del trabajo en red

Para la generación de una red es imprescindible que exista una finalidad explícita, de interés para las instituciones y las personas que han de conformarla (ideario compartido).

Estos fines no reemplazan ni colisionan con los fines de las organizaciones participantes, ni con las funciones o estructuras formales existentes, sino que en general los complementan, aunque introducen cambios profundos en su concepción y funcionamiento.

Los fines pueden ser muy disímiles, algunas redes son de defensa de derechos, otras son utilitarias para mejorar la producción de bienes o servicios, otras para el intercambio, por citar algunos ejemplos. Algunas pertenecen al campo de la educación, otras de la salud, o de la comunicación; algunas vinculan centros de investigación y la excelencia de las ciencias y otras al mundo del arte, estableciendo incluso entre ellas nexos hasta ahora inimaginados. En nuestros días, muchas de ellas funcionan apoyadas en la cibernética.

La intención del trabajo en red es aunar esfuerzos, evitar duplicaciones, alcanzar por complementariedad una mayor capacidad resolutive, ser más eficaces y eficientes en lo que se hace como producto del intercambio y la colaboración. Casi todas las redes en salud tienen entre sus fines la actualización, la nivelación y la educación continua de sus miembros.

Una advertencia de los administradores respecto de la construcción de organizaciones en red es que se procure no normatizarlas ni regularlas demasiado, a fin de no caer nuevamente en esquemas burocráticos rígidos, perdiendo las cualidades de la flexibilidad y la voluntariedad que caracteriza a las redes.

Con frecuencia el trabajo en red se orienta al mediano o largo plazo, aunque siempre atento a los problemas de la coyuntura. La propia consolidación de una red requiere tiempos prolongados más allá de las urgencias. Sin embargo, las redes responden con prontitud a los hechos que las provocan o demandan su respuesta, visualizándose en oportunidades y por este mecanismo en la plenitud de su presencia, como puede verse por ejemplo en las redes de defensa de derechos. (Ver ANEXO I)

2.7. f) Diversos niveles de abordaje

Tradicionalmente cuando se habla de redes en salud se piensa en la red de establecimientos “como sistemas escalonados de complejidad creciente” o en el hospital como red “expresada en las interacciones de sus estructuras formales”. Se trata por lo tanto de cambiar estas concepciones con un nuevo sentido, expresado en la noción de red como fuera anteriormente definida.

Resulta interesante pensar que la noción de redes tiene aplicación no sólo para las organizaciones de la oferta de salud sino también para el término demanda de la ecuación, expresado en las relaciones de las personas y de la comunidad a la que pertenecen.

Es por ello que para el momento aplicativo se consideró conveniente reconocer en salud al menos los siguientes niveles de redes:

- Red personal
- Red comunitaria
- Red institucional
- Red de servicios
- Red intersectorial

2.7. g) El concepto de las redes de atención a la salud

Las redes de atención a la salud son organizaciones poliárquicas de conjuntos de servicios de salud, vinculados entre sí por una misión única, por objetivos comunes y por una acción cooperativa e interdependiente, que permiten brindar una atención continua e integral a determinada población, coordinada por la atención primaria de la salud prestada en el tiempo cierto, en el lugar cierto, con el costo cierto, con la cualidad cierta y de forma humanizada y con responsabilidades sanitarias y económicas por esta población.

Pasos para la construcción de una red



Los elementos de las redes de atención a la salud

- La población
- La estructura operacional
- Los modelos de atención a la salud

Un cambio fundamental en la gestión en redes de atención a la salud

- De la gestión de la oferta
-  Gestión de la base poblacional

La atención a la salud basada en la población, es la habilidad de un sistema de atención, que establece las necesidades de salud de una población específica, según la estratificación de los riesgos, implementando y avalando las intervenciones sanitarias relativas a esta población y proveer cuidado para las personas en el contexto de sus valores y de sus preferencias.

Las evidencias sobre las redes de atención a la salud

- Mejoran los resultados sanitarios en las condiciones crónicas
- Disminuyen las referencias a especialistas y a hospitales
- Aumentan la eficiencia de los sistemas de atención a la salud
- Producen servicios más costo/efectivos
- Aumentan la satisfacción de las personas usuarias

Construcción de redes comunicacionales en las organización

La comunicación es por excelencia, la forma de relacionarse y crear vínculos entre las personas. Cuando se organiza de forma adecuada la comunicación dentro de una organización/institución posibilita un mejor desarrollo laboral, articula, armoniza, da coherencia y cohesionan; da fortalezas para el desarrollo interno de la institución y posibilita

mejorar, en una segunda etapa, la Comunicación externa que direcciona y difunde a la comunidad en general.

Plan para crear o fortalecer redes de salud

Problema	Visión	Objetivos Específicos	Actividades Operativas	Con Quienes (socios, responsables)	Metas (tiempos estimados de implementación de cada acción)	Obstáculos para llevarlos a cabo (enemigos)	Indicadores para Monitoreo y Evaluación

2.8. Responsabilidad civil del odontólogo de guardia

Los problemas vinculados a los odontólogos de guardia abarcan distintos aspectos éticos, bioéticos y jurídicos de la relación odontólogo paciente, durante el horario de guardia.

El estudio de los derechos personalísimos y de los derechos humanos es donde más se aproximamos el mundo jurídico al área de la bioética y es allí donde comienza el enlace entre bioética y derecho.

La guardia no es una especialidad dentro de la medicina, sino más bien un modo de prestar servicio, **“una de las formas de ejercer la profesión”** (Morello A. y Morello G.1996)

Es más, ni siquiera se trata realmente de un modo, sino que dentro de la denominación **guardia médica** se engloban distintas situaciones, que bien categoriza Morello A., Morello G. distinguiendo las diversas situaciones de la guardia pasiva y la guardia activa, y dentro de esta última la que se presta hacia adentro de la institución, cubriendo la totalidad de los horarios de la jornada frente a los pacientes que se encuentran ya en la institución sanitaria a fin de brindarles atención permanente y la que se abre hacia la comunidad con el objeto de dar atención a situaciones de urgencia o emergencia.

La guardia *perse* requiere una práctica mínima debido a la vacancia general de la entidad sanatorial. Ante casos de mayor gravedad o urgencias se debe convocar al resto del sistema para dar una práctica integra (Lorenzetti R.L. 2016).

Si bien no es una especialidad la guardia, si cabe hablar de **especialistas en guardias médicas**. El derecho juzga con mayor severidad al experto, al especialista, quien tiene acentuadas responsabilidades en función de su mayor conocimiento sobre la materia específica en la que trabaja.

Si bien sería deseable que en las guardias se hallen los médicos más experimentados, que serán sin dudas aquellos con mayor arsenal de respuestas ante las variadísimas situaciones a enfrentar, la realidad muestra que en ellas trabajan los más jóvenes, que recién ingresan a la institución. En la mayoría de los casos debidamente acompañados y respaldados por especialistas a los cuales recurrir en caso de necesidad.

El odontólogo de guardia es contratado para un tiempo limitado determinado por “la guardia” terminada esta el profesional se retira. Durante ese transcurso atiende a personas que luego debe dejar por finalizar el periodo de la guardia. Este abandono no resulta ilegítimo por que la contratación del odontólogo es para el espacio temporal de la guardia que si está debidamente identificado, supone implícitamente esta modalidad temporal que el paciente conoce o debería conocer.

Si el odontólogo debe cuidar el traspaso de la guardia debiendo informar adecuadamente a quienes lo sucederán lo actuado y los requerimientos del enfermo, por eso extrema particular importancia las anotaciones en el libro de guardia de todas las circunstancias del paciente y actuaciones del profesional sobre el mismo.

Cuando el odontólogo de guardia integra una organización su deber es informar y preparar para el traspaso del enfermo para que no sufra daños derivados de los cambios profesionales. El resto de los cuidados estará a cargo de la entidad sanatorial, esto es que la entidad provea otro facultativo, otro personal auxiliar para la continuidad general de las prácticas.

Cuando hablamos de “responsabilidad” tiene varios significados, tanto en lenguaje jurídico como en el corriente. Aquí nos referimos a la responsabilidad civil de los médicos de guardia, y en especial cuando ésta reconoce un factor subjetivo de atribución basado en la culpa.

Para que haya ilícito civil debe haber daño, definido como “lesión, menoscabo, mengua, agravio de un derecho subjetivo que genera responsabilidad”.

2.9. Historia, definición y sistemas de Triage

Desafortunadamente, gran parte del desarrollo del conocimiento de la humanidad se ha dado por las Guerras, es así como, la definición de Triage o Triage (se puede escribir de las dos maneras) se le acuña a Dominique - Jean Larrey, cirujano de la Guardia Imperial de Napoleón en los primeros años de 1800, él decía que los soldados que presentaban heridas más graves deberían ser atendidos primero.

A continuación, la historia del triage, un corto recorrido histórico que ha contribuido a la definición del Triage y al desarrollo de los diferentes sistemas que hoy se conocen, además, de los ámbitos intrahospitalarios y extra hospitalarios en que se ha desarrollado el Triage.

En la guerra de independencia de Grecia en 1827, el cirujano británico John Wilson clasificó los heridos en leves, graves y fatales. Mientras que en el continente americano (años 1861-1865), en la guerra civil americana, un soldado llamado Jonathan Letterman diseñó un plan de evacuación con tres niveles, el primer nivel en donde se atendían a los lesionados a 100 metros del campo de batalla, el segundo a pocos kilómetros y el tercero un lugar en donde tenía la capacidad de albergar de 2000 a 3000 heridos.

En la segunda guerra mundial, entre los años de 1939 y 1945, se estableció el triage en 3 categorías, primera categoría heridos leves; segunda categoría, los que están gravemente heridos y necesitan medidas de reanimación y procedimiento quirúrgicos y la tercera categoría los irremediamente heridos (es decir, los que se iban a morir).

En la Guerra de Corea entre los años de 1950 y 1953, el triage experimenta un gran avance con la puesta en marcha de un sistema de transporte por niveles de complejidad, es decir, cuando el herido era de primer nivel era transportado por vía aérea, lo anterior, redujo tiempo entre la lesión y el tratamiento definitivo. Todos los acontecimientos históricos anteriores hacen referencia al entorno extra-hospitalario.

El triage hospitalario, fue referenciado por primera vez en 1965 por el norteamericano Richard Weinerman, él escribió que el Triage era un método que se basaba en identificar y priorizar los pacientes que necesitaban atención urgente, los que no, eran derivados a otros niveles asistenciales; luego, en Australia en 1975, en el Hospital Box Hill, se estructura el triage hospitalario de 5 niveles con códigos de color y directrices en cuanto al tiempo de espera recomendado y el tiempo de espera máximo.

En conclusión, **el concepto de Triage es entendido como un sistema de selección y clasificación de pacientes en el servicio de urgencias, basado en sus necesidades terapéuticas y los recursos disponibles para atenderlo.** (Ver ANEXO II)

3. OBJETIVOS

3.1. Objetivo general

Desarrollar un proyecto de gestión en un servicio de guardia odontológica de un hospital de la provincia de Buenos Aires para mejorar la calidad de atención.

3.2. Objetivos específicos

- Analizar el contexto de la atención odontológica en el área de influencia de un hospital zonal especializado en odontología infantil del sistema público de la provincia de Buenos Aires.
- Caracterizar las problemáticas asociadas al proceso de atención en un servicio de guardia odontológica.
- Desarrollar un plan de intervención sobre los problemas identificados.

4. HIPÓTESIS

La planificación de un modelo de gestión de un servicio de guardia odontológica de un hospital de la Provincia de Buenos Aires provocará mejoras en la calidad de la atención.

5. PROCESOS METODOLÓGICOS

5.1. DISEÑO

Se realizó un estudio descriptivo, transversal con un componente cualitativo y cuantitativo para trazar el estado de situación de un periodo dado.

5.2. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

La provincia de Buenos Aires está estructurada geopolíticamente en 135 municipios. Tiene una población de 17.875.743 habitantes y una densidad de 58.6 h/km (Fuente INDEC, IGN).

La Región Sanitaria (RS) constituye el ente rector de la gestión de políticas, planes y programas de salud dispuestos por el nivel central del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (MSBA), en forma conjunta con los municipios, hospitales provinciales y nacionales de área geográfica.

5.3. VARIABLES

a.1 Factores situacionales

La provincia está dividida en 12 RS cuenta con los siguientes hospitales con guardias Odontológicas:

- Hospital Odontológico Dr. Ramón Carrillo. Sánchez de Bustamante 2529, C1425 CABA.
- Guardia Odontología UBA 24hr. Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires. Marcelo Torcuato de Alvear 2125, C1122AAG, C1122 AAG, Buenos Aires.
- Guardia odontológica Laferrere 24hs. Piedra Buena 6158, B1757 Gregorio de Laferrere, Provincia de Buenos Aires.

Se describe a continuación el nombre de la organización

El hospital fue creado por decreto ley 5222 el 30 de octubre de 1947 como hospital escuela, inaugurándose en forma oficial el 19 de noviembre de 1950 como Hospital Zonal Especializado en odontología Infantil.

En el año 1991 se crea el Programa Regional de Salud Bucal (decreto 2.472/91), en la jurisdicción de la región sanitaria XI del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Este programa sumó al grupo etario adulto en la atención de urgencias y emergencias odontostomatológicas solo, en el horario nocturno, sin dejar de privilegiar a la población infantil y adolescente.

El programa se desarrolló bajo el subprograma intrahospitalario y el subprograma hospital de 24hs, bajo determinadas innovaciones de cobertura, misión y función, coexistiendo dos establecimientos con distinta adecuación horaria.

En el año 2008 se suma la atención del adulto a la urgencia las 24hs.

En el año 2017 se disuelve la atención de adultos durante la guardia de día, intentando recuperar la identidad del hospital odontopediátrica y conservar la atención del adulto en las urgencias, sólo durante el horario nocturno y las 24hs fines de semana y feriados.

La configuración de este hospital es de una burocracia profesional, la parte clave es la estandarización de habilidades, se categoriza la necesidad del usuario en función de las contingencias que indica la rutina o programa estándar a aplicar y se aplica o ejecuta ese programa. El tipo de descentralización es horizontal.

a.2 Estructura del sistema:

Actores externos

- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (MSBA)
- Director provincial de hospitales
- Director de salud bucal
- Director Hospital Zonal Especializado de Odontología Infantil
- Directores asociados del Hospital Zonal Especializado de Odontología Infantil “Dr. A Bollini”

Actores internos

- Jefe de servicio del Hospital Zonal Especializado de Odontología Infantil “Dr. A Bollini” (1)
- Jefe de guardia del Hospital Zonal Especializado de Odontología Infantil “Dr. A Bollini” (1)
- Jefe de Servicio Social (1), trabajadores sociales (3)
- Psicólogas (2) musicoterapeutas (2)

a.3. Marco Jurídico

Los profesionales de guardia son regulados por la ley 10471. (Ley10471, publicación 13/1/1987, número de boletín oficial 20915).

Los administrativos y asistentes dentales son regulados por la Ley 10.430. (Ley 10430, publicación 16/1/1987, número de boletín oficial 20918).

5.4 INDICES DE TABLAS Y GRÁFICOS

5.4.1. CANTIDAD DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA GUARDIA EN EL PERIODO 2019 – 2021

Tabla 1. Cantidad de pacientes según día de la semana valor promedio año 2019 día.

2019 DÍA	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Enero	110 (4)	134 (5)	68 (5)	126 (5)	96 (4)	148 (4)	137 (4)
Febrero	103 (4)	104 (4)	62 (4)	74 (4)	86 (4)	144 (4)	155 (4)
Marzo	118 (4)	113 (4)	66 (4)	59 (4)	78 (3)	209 (5)	198 (5)
Abril	144 (5)	160 (5)	91 (4)	107 (4)	112 (4)	164 (4)	136 (4)
Mayo	104 (4)	111 (4)	79 (4)	107 (4)	88 (4)	137 (4)	174 (4)
Junio	135 (4)	88 (4)	79 (4)	112 (4)	83 (4)	178 (4)	147 (4)
Julio	148 (5)	137 (5)	112 (5)	102 (4)	64 (4)	157 (4)	134 (4)
Agosto	143 (4)	87 (4)	65 (4)	119 (5)	98 (5)	183 (5)	97 (4)
Septiembre	123 (5)	105 (4)	74 (4)	85 (4)	61 (4)	127 (4)	171 (5)
Octubre	111 (4)	121 (5)	33 (3)	145 (5)	73 (4)	126 (4)	131 (4)
Noviembre	119 (4)	82 (3)	60 (4)	78 (4)	48 (3)	178 (5)	144 (4)
Diciembre	123 (5)	157 (5)	71 (4)	90 (4)	64 (4)	159 (4)	160 (5)
TOTAL	1481 (52)	1399 (52)	860 (42)	1204 (51)	951 (51)	1910 (51)	1784 (51)
PROMEDIO	28	27	18	24	19	37	35
PROFES.	1	1	1	1	1	2	2
RESIDENTE						1	1

REFERENCIA: (3), (4), (5) cantidad de días de la semana en el mes

Tabla 2. Cantidad de pacientes según día de la semana valor promedio año 2019 noche.

2019 NOCHE	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Enero	155 (4)	173 (5)	213 (5)	205 (5)	177 (4)	168 (4)	133 (4)
Febrero	162 (4)	162 (4)	160 (4)	155 (4)	158 (4)	141 (4)	108 (4)
Marzo	142 (4)	150 (4)	145 (4)	162 (4)	202 (5)	189 (5)	167 (5)
Abril	213 (5)	139 (4)	118 (3)	151 (4)	145 (4)	148 (4)	117 (4)
Mayo	147 (4)	81 (3)	154 (5)	169 (5)	171 (5)	140 (4)	125 (4)
Junio	125 (4)	126 (4)	131 (4)	141 (4)	127 (4)	168 (5)	197 (5)
Julio	179 (5)	145 (5)	199 (5)	119 (4)	137 (4)	115 (4)	100 (4)
Agosto	128 (4)	134 (4)	123 (4)	198 (5)	193 (5)	165 (5)	126 (4)
Septiembre	199 (5)	132 (4)	143 (4)	131 (4)	158 (4)	131 (4)	154 (5)
Octubre	153 (4)	111 (5)	158 (5)	200 (5)	150 (4)	122 (4)	106 (4)
Noviembre	171 (4)	130 (4)	157 (4)	126 (4)	205 (5)	197 (5)	116 (4)
Diciembre	242 (5)	139 (5)	102 (4)	157 (4)	175 (4)	158 (4)	171 (5)
TOTAL	2016 (52)	1622 (51)	1803 (51)	1914 (52)	1998 (52)	1842 (52)	1620 (52)
PROMEDIO	39	32	36	37	38	35	31
PROFES.	2						
RESIDENTE	1						

REFERENCIA: (3), (4), (5) cantidad de días de la semana en el mes

Tabla 3. Cantidad de prestaciones por mes 2019 día

Cod. /Mes DÍA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOT PRES
10700 (Cons Insp)	209	172	233	225	224	230	202	178	152	188	183	212	2400
10701 (Medicac)	294	287	275	220	187	199	261	240	188	211	153	201	2716
10702 (Traumat)	14	24	37	39	19	23	40	19	29	34	26	29	333
10703 (Apertura)	343	308	383	402	355	366	380	339	346	309	296	361	4188
10704 (Cement)	24	17	25	19	15	11	23	12	21	24	19	27	237
10705 (Inactiv)	60	49	70	89	65	69	67	58	75	49	48	66	765
10706 (Urg.Ortod)	6	3	5	10	4	4	7	8	4	8	11	15	85
10707 (Hem/Alv)	2	7	12	10	4	15	9	0	2	5	4	1	71
10708 (Reimp)	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
10709 (Rx)	9	14	18	20	29	6	14	12	13	10	6	14	165
10710 (Drenaje)	8	8	4	10	5	9	4	15	2	6	6	8	85
107011 (Sutura)	0	0	0	2	1	0	0	0	0	0	2	2	7
10.01.01 (Exod.)	19	11	5	13	11	8	10	11	10	19	8	11	136
0114 (Interco)	5	20	16	7	19	1	2	8	19	6	8	13	124
0119 (Inter / serv.)	2	5	4	1	9	1	1	0	1	0	0	3	27
TOTAL PREST / MES	995	925	1087	1067	947	942	1020	901	862	869	770	963	11348

Tabla 4. Cantidad de prestaciones por mes 2019 noche

Cod. /Mes NOCHE	ENE	FEB.	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	TOT PRES
10700 (Cons/Insp)	451	388	444	398	355	310	364	416	376	402	212	531	4647
10701 (Medicac)	237	163	204	147	177	154	174	211	158	182	201	132	2140
10702 (Traumat)	30	28	32	28	18	38	30	29	19	18	29	21	320
10703 (Apertura)	476	400	466	407	393	435	387	382	435	349	361	441	4932
10704 (Cement)	30	18	30	22	17	17	31	21	21	20	27	28	282
10705 (Inactiv)	72	70	46	46	62	56	35	40	48	41	66	40	622
10706 (Urg Ortod)	4	4	14	16	2	15	15	10	8	8	15	2	113
10707 (Hem/Alv)	24	17	12	12	11	16	15	21	16	14	1	5	164
10708 (Reimp)	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	4
10709 (Rx)	15	21	16	24	17	17	11	18	7	12	14	18	190
10710 (Drenaje)	19	13	16	15	11	12	10	12	13	22	8	24	175
107011 (Sutura)	0	1	1	2	1	1	2	0	1	0	2	0	11
10.01.01 (Exod.)	4	5	11	5	7	6	2	3	3	9	11	0	66
0114 (Interco)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	13	0	13
0119 (Inter/ ser)	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	3	0	4
TOTAL PREST/ MES	1363	1128	1292	1124	1073	1077	1076	1163	1105	1077	963	1242	13683

Tabla 5. Cantidad de niños atendidos en guardia diurna/nocturna por mes 2019

MES	DIURNA	NOCTURNA		
	NIÑOS	NIÑOS	ADULTOS	TOTAL
Enero	807	273	951	1224
Febrero	728	241	805	1046
Marzo	841	294	863	1157
Abril	914	257	774	1031
Mayo	800	242	745	987
Junio	822	291	724	1015
Julio	854	266	728	994
Agosto	792	295	772	1067
Septiembre	746	273	775	1048
Octubre	740	278	722	1000
Noviembre	703	293	809	1102
Diciembre	824	294	840	1134
TOTAL	9571	3297	9508	12805
PROFESIONALES POR GUARDIA	1	3		

Tabla 6. Cantidad de pacientes y prestaciones por mes diurnas 2019

CODIGOS	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGO.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	TOTAL:
T.PRES.	995	925	1087	1067	947	942	1020	901	862	869	770	963	11348
T.PAC.	807	728	841	914	800	822	854	792	746	740	703	824	9571

Tabla 7. Cantidad de pacientes y prestaciones por mes nocturnas 2019

CODIGOS	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGO.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	TOTAL:
T.PRES.	1363	1128	1292	1124	1073	1077	1076	1163	1105	1077	963	1242	13683
T.PAC.	1224	1046	1157	1031	987	1015	994	1067	1048	1000	1102	1134	12805

Tabla 8. Cantidad de pacientes según día de la semana valor promedio año 2020 día

2020 DÍA	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Enero	84 (4)	114 (4)	96 (5)	109 (5)	125 (4)	139 (4)	128 (4)
Febrero	96 (4)	102 (4)	57 (4)	94 (4)	104 (4)	185 (5)	128 (4)
Marzo	64 (4)	41 (3)	24 (2)	43 (2)	38 (3)	109 (4)	97 (3)
Abril	55 (4)	28 (3)	37 (4)	53 (4)	48 (4)	39 (4)	63 (4)
Mayo	63 (3)	57 (4)	33 (3)	55 (3)	11 (3)	67 (4)	100 (5)
Junio	80 (5)	60 (5)	49 (4)	56 (4)	48 (4)	69 (4)	82 (4)
Julio	46 (4)	59 (4)	42 (4)	90 (5)	34 (3)	79 (4)	87 (4)
Agosto	107 (5)	59 (4)	65 (4)	54 (4)	77 (4)	102 (5)	94 (5)
Septiembre	87 (4)	98 (5)	86 (5)	72 (4)	95 (4)	95 (4)	95 (4)
Octubre	101 (4)	78 (4)	57 (4)	87 (5)	85 (5)	101 (5)	88 (4)
Noviembre	106 (5)	101 (4)	86 (4)	* 89 (4)	81 (4)	101 (4)	126 (5)
Diciembre	109 (4)	127 (5)	83 (5)	104 (5)	90 (4)	119 (4)	122 (4)
TOTAL	998 (50)	924 (49)	715 (48)	906 (49)	913 (46)	1205 (51)	1210 (50)
PROMEDIO	20	19	15	18	20	24	24
PROFES.	1	1	1	1	1	2	2
RESIDENTE						1	1

REFERENCIA: (3), (4), (5) cantidad de días de la semana en el mes.

* A partir del jueves 19/11 se incorporó un profesional de guardia más a los jueves de día.

Tabla 9. Cantidad de pacientes según día de la semana valor promedio año 2020 noche.

2020 NOCHE	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Enero	173 (4)	149 (4)	193 (5)	166 (5)	227 (5)	165 (4)	122 (4)
Febrero	138 (4)	135 (4)	174 (4)	142 (4)	139 (4)	191 (4)	131 (4)
Marzo	144 (3)	101 (5)	89 (4)	111 (4)	43 (2)	93 (3)	114 (4)
Abril	71 (3)	57 (3)	60 (4)	85 (4)	65 (4)	37 (4)	71 (4)
Mayo	41 (3)	30 (2)	17 (3)	46 (3)	57 (3)	46 (3)	70 (4)
Junio	81 (5)	77 (5)	34 (4)	60 (4)	85 (4)	52 (4)	75 (4)
Julio	72 (4)	69 (4)	51 (5)	98 (5)	119 (5)	25 (2)	86 (4)
Agosto	93 (5)	95 (4)	78 (4)	77 (4)	100 (4)	57 (4)	120 (5)
Septiembre	91 (4)	81 (4)	111 (5)	73 (4)	102 (4)	0 (4)	87 (4)
Octubre	69 (4)	116 (4)	73 (4)	110 (5)	137 (5)	79 (5)	99 (4)
Noviembre	107(5)	106 (4)	84 (4)	98 (4)	129 (4)	74 (4)	147 (5)
Diciembre	103 (4)	116 (5)	92 (5)	72 (5)	131 (4)	91 (4)	124 (4)
TOTAL	1183 (48)	1132 (48)	1056 (51)	1138 (51)	1334 (48)	910 (45)	1246 (50)
PROMEDIO	25	24	21	22	28	20	25
PROFES.	2	2	2	2	2	2	2
RESIDENTE	1	1	1	1	1	1	1

REFERENCIA: (3), (4), (5) cantidad de días de la semana en el mes

 A partir del 19 de marzo comenzó la pandemia COVID19

Tabla 10. Cantidad de prestaciones por mes 2020 día

Cod. /Mes DÍA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Total Prest
10700 (Cons / Insp)	225	239	112	62	84	126	105	160	149	183	207	241	1893
10701 (Medicación)	196	210	115	92	135	122	122	146	126	150	151	157	1722
10702 (Traumat)	28	28	14	15	15	26	16	27	21	24	18	24	256
10703 (Apertura)	300	307	168	177	147	179	180	203	240	242	265	276	2684
10704 (Cementado)	14	17	9	5	3	2	3	3	3	1	3	4	67
10705 (Inactivación)	80	38	19	16	30	24	36	41	62	29	82	94	551
10706 (Urg. Ortod)	11	6	3	18	20	39	29	58	50	43	66	37	380
10707 (Hem/Alveol)	2	4	8	3	1	2	4	2	1	2	5	4	38
10708 (Reimplante)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10709 (Rx)	6	8	3	4	6	14	10	10	15	10	4	2	92
10710 (Drenaje)	7	15	5	2	10	8	13	7	4	8	9	6	94
107011 (Sutura)	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	3
10.01.01 (Exod.)	11	7	4	3	4	5	11	7	12	12	25	15	116
0114 (Interconsulta)	3	2	8	1	3	0	0	0	0	0	2	6	25
0119 (Int. otro Serv.)	5	0	1	1	2	0	1	1	3	1	0	0	15
TOTAL PREST / MES	888	883	469	399	460	547	530	665	686	705	838	866	7936

Tabla 11. Cantidad de prestaciones por mes 2020 noche

Cod. /Mes NOCHE	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Total prest
10700 (Cons / Insp)	461	453	289	142	110	204	219	204	146	178	206	182	2794
10701 (Medicación)	173	143	120	127	119	151	194	246	254	250	267	257	2301
10702 (Traumat)	26	19	2	13	9	6	12	19	12	17	24	33	192
10703 (Apertura)	470	345	249	177	89	149	198	240	194	264	293	279	2947
10704 (Cementado)	61	16	7	6	1	8	4	6	2	4	10	1	126
10705 (Inactivación)	70	39	13	23	8	28	27	37	20	37	49	35	386
10706 (Urg. Ortod)	13	5	6	1	2	2	4	1	0	3	1	6	44
10707 (Hem/Alveol)	17	7	7	2	0	2	4	2	4	10	3	9	67
10708 (Reimplante)	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
10709 (Rx)	20	7	6	2	6	6	8	3	2	12	5	7	84
10710 (Drenaje)	30	24	5	5	8	6	10	11	4	24	11	13	151
107011 (Sutura)	0	0	0	0	0	12	0	0	0	1	0	0	13
10.01.01 (Exod.)	5	5	4	4	0	0	4	5	3	6	10	5	51
0114 (Interconsulta)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0119 (Int. otro Serv.)	0	0	0	0	0	1	3	1	0	1	4	4	13
TOTAL PREST / MES	1348	1063	709	502	352	575	687	775	641	807	883	831	9173

Tabla 12. Cantidad de niños atendidos en guardia diurna / nocturna por mes 2020

MES	DIURNA	NOCTURNA/DIA		
	NIÑOS	NIÑOS	ADULTOS	TOTAL
Enero	569	298	897	1195
Febrero	419	236	814	1050
Marzo *	239	146	519	665
Abril	216	87	359	446
Mayo	280	67	240	307
Junio	321	111	353	464
Julio	319	117	403	520
Agosto	422	148	481	629
Septiembre	465	138	407	545
Octubre	455	160	523	683
Noviembre	497	187	558	745
Diciembre	522	165	564	729
TOTAL	4724	1860	6118	7978
PROFESIONALES POR GUARDIA	1	3		

* En marzo comenzó la pandemia Covid 19

Tabla 13. Cantidad de pacientes y prestaciones por mes diurnas 2020

	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGO.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	TOTAL:
T.PRES.	888	883	469	399	460	547	530	665	686	705	838	866	7936
T.PAC.	795	766	416	323	401	444	437	558	628	597	690	754	6809

Tabla 14. Cantidad de pacientes y prestaciones por mes nocturnas 2020

CODIGOS	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGO.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	TOTAL:
T.PRES.	1348	1063	709	502	352	575	687	775	641	807	883	831	9173
T.PAC.	1195	1050	665	446	307	464	520	629	545	635	745	729	7930

Tabla 15. Cantidad de pacientes según día de la semana valor promedio año 2021 día

2021 DÍA	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Enero	108 (4)	99 (4)	83 (4)	84 (4)	120 (5)	120 (5)	136 (5)
Febrero	104 (4)	151 (4)	115 (4)	132 (4)	135 (4)	105 (4)	103 (4)
Marzo	163 (5)	140 (5)	101 (5)	113 (4)	98 (4)	91 (4)	108 (4)
Abril	70 (4)	68 (4)	82 (4)	113 (5)	113 (5)	123 (4)	95 (4)
Mayo	77 (5)	64 (4)	57 (4)	68 (4)	49 (4)	129 (5)	133 (5)
Junio	79 (4)	87 (5)	92 (5)	73 (4)	78 (4)	117 (4)	97 (4)
Julio	83 (4)	91 (4)	73 (4)	83 (5)	114 (5)	135 (5)	129 (4)
Agosto	115 (5)	96 (5)	76 (4)	104 (4)	52 (4)	83 (4)	123 (5)
Septiembre	85 (4)	95 (4)	76 (5)	114 (5)	67 (4)	116 (4)	127 (4)
Octubre	104 (4)	67 (4)	83 (4)	66 (4)	118 (5)	135 (5)	153 (5)
Noviembre	138 (5)	109 (5)	59 (4)	100 (4)	66 (4)	135 (4)	133 (4)
Diciembre	65 (4)	83 (4)	107 (5)	91 (5)	101 (5)	126 (4)	101 (4)
TOTAL	1191 (52)	1150 (52)	1004 (52)	1141 (52)	1111 (53)	1415 (52)	1438 (52)
PROMEDIO	23	22	19	22	21	27	28
PROFES.	1	1	1	2	1	2	2
RESIDENTE						1	1

REFERENCIA: (3), (4), (5) cantidad de días de la semana en el mes.

Tabla 16. Cantidad de pacientes según día de la semana valor promedio año 2021 noche

2021 NOCHE	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Enero	96 (4)	121 (4)	109 (4)	95 (4)	157 (5)	88 (5)	94 (4)
Febrero	94 (4)	97 (4)	94 (4)	106 (4)	128 (4)	86 (4)	108 (4)
Marzo	129 (5)	127 (5)	158 (5)	106 (4)	122 (4)	112 (4)	122 (4)
Abril	67 (4)	83 (4)	81 (4)	112 (5)	114 (5)	65 (4)	53 (3)
Mayo	120 (5)	85 (4)	68 (4)	58 (4)	74 (4)	48 (5)	72 (5)
Junio	84 (4)	126 (5)	108 (5)	58 (4)	80 (4)	47 (4)	80 (4)
Julio	93 (4)	101 (4)	116 (4)	104 (5)	130 (5)	75 (5)	78 (4)
Agosto	159 (5)	148 (5)	79 (4)	66 (4)	113 (4)	77 (4)	130 (5)
Septiembre	118 (4)	124 (4)	123 (5)	123 (5)	122 (4)	80 (4)	109 (4)
Octubre	119 (4)	139 (4)	112 (4)	140 (4)	150 (5)	99 (5)	142 (5)
Noviembre	190 (5)	153 (5)	120 (4)	145 (4)	117 (4)	101 (4)	105 (4)
Diciembre	160 (4)	162 (4)	178 (5)	200 (5)	100 (5)	95 (4)	153 (4)
TOTAL	1429 (52)	1466 (52)	1346 (52)	1313 (52)	1407 (53)	973 (52)	1246 (50)
PROMEDIO	27	28	26	25	27	19	25
PROFES.	2	2	2	2	2	2	2
RESIDENTE	1	1	1	1	1	1	1

REFERENCIA: (3), (4), (5) cantidad de días de la semana en el mes.

Tabla 17. Cantidad de prestaciones por mes 2021 día

Cod. /Mes DÍA	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Total Prest.
10700 (Cons / Insp)	255	282	299	175	115	177	183	167	164	153	179	221	2370
10701 (Medicación)	147	111	141	209	204	161	187	176	170	220	164	139	2029
10702 (Traumat)	23	27	10	30	12	22	21	18	16	24	29	26	258
10703 (Apertura)	266	278	239	245	261	228	318	258	312	330	301	234	3270
10704 (Cementado)	16	2	4	1	1	9	2	4	0	2	7	9	57
10705 (Inactivación)	120	67	95	49	53	68	79	73	90	85	96	78	953
10706 (Urg. Ortod)	43	38	32	9	6	6	9	12	6	5	5	4	175
10707 (Hem/Alveol)	4	5	0	5	3	4	4	3	2	3	4	5	42
10708 (Reimplante)	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
10709 (Rx)	12	11	5	10	15	8	8	8	18	12	6	12	125
10710 (Drenaje)	4	11	2	9	11	13	15	10	9	17	11	10	122
107011 (Sutura)	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2
10.01.01 (Exod.)	21	28	24	25	19	18	7	11	12	25	8	12	210
0114 (Interconsulta)	9	98	125	10	0	0	0	2	0	0	0	0	244
0119 (Intr.otro Serv.)	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2
TOTAL PREST / MES	920	958	976	778	703	714	834	742	799	876	810	751	9861

Tabla 18. Cantidad de prestaciones por mes 2021 noche

Cod. /Mes NOCHE	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	Total Prest
10700 Cons/Insp)	210	197	236	147	113	152	220	314	213	210	224	291	2527
10701 (Medic.)	306	262	294	194	170	176	152	138	190	176	241	209	2508
10702 (Traumat)	24	25	22	17	12	11	22	35	21	32	17	19	257
10703 (Apertu)	282	265	345	247	246	285	310	331	388	468	434	494	4095
10704 (Cement)	3	3	4	3	2	1	1	2	3	2	4	12	40
10705 (Inactiv)	26	24	50	24	17	12	22	29	30	39	30	48	351
10706 (Urg. Ort)	4	2	0	1	3	1	2	4	7	6	7	4	41
10707 (Hem/Alvl)	11	6	11	9	9	6	14	16	13	5	12	11	123
10708 (Reimpl)	0	1	2	0	1	0	0	0	0	2	0	0	6
10709 (Rx)	10	4	13	6	3	4	6	6	10	7	11	5	85
10710 (Drenaje)	25	19	22	19	13	14	16	15	10	15	31	32	231
107011 Sutura)	1	0	1	1	0	1	0	0	0	2	0	0	6
10.01.01 (Exod.)	7	4	5	1	1	1	6	1	3	10	13	7	59
0114 (Intercons)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0119 (Int.otr Serv)	0	0	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	4
TOTAL PREST / MES	909	812	1009	669	590	665	772	891	888	974	1024	1132	10335

Tabla 19. Cantidad de niños atendidos en guardia diurna/nocturna por mes 2021

MES	DIURNA	NOCTURNA/DIA		
	NIÑOS	NIÑOS	ADULTOS	TOTAL
Enero	750	177	583	760
Febrero	845	156	557	713
Marzo	814	221	655	876
Abril	664	144	431	575
Mayo	577	135	390	525
Junio	623	132	451	583
Julio	708	156	541	697
Agosto	649	206	568	774
Septiembre	700	190	638	828
Octubre	726	258	622	880
Noviembre	731	218	713	931
Diciembre	670	311	737	1048
TOTAL	8457	2303	6886	9189
PROFESIONALES POR GUARDIA	1	2		
RESIDENTE		1		

Tabla 20. Cantidad de pacientes y prestaciones por mes diurnas 2021

	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGO.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	TOTAL:
T.PRES.	920	958	976	778	703	714	834	742	799	876	810	751	9861
T.PAC.	750	845	814	664	577	623	708	649	700	726	731	670	8457

Tabla 21. Cantidad de pacientes y prestaciones por mes nocturnas 2021

CODIGOS	ENE.	FEB.	MAR.	ABR.	MAY.	JUN.	JUL.	AGO.	SEP.	OCT.	NOV.	DIC.	TOTAL:
T.PRES.	909	812	1009	669	590	665	772	891	888	974	1024	1132	10335
T.PAC.	760	713	876	575	525	583	697	774	828	880	931	1048	9189

5.4.2. CANTIDAD DE PACIENTES Y PRESTACIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO 2019 – 2021

Gráfico 1

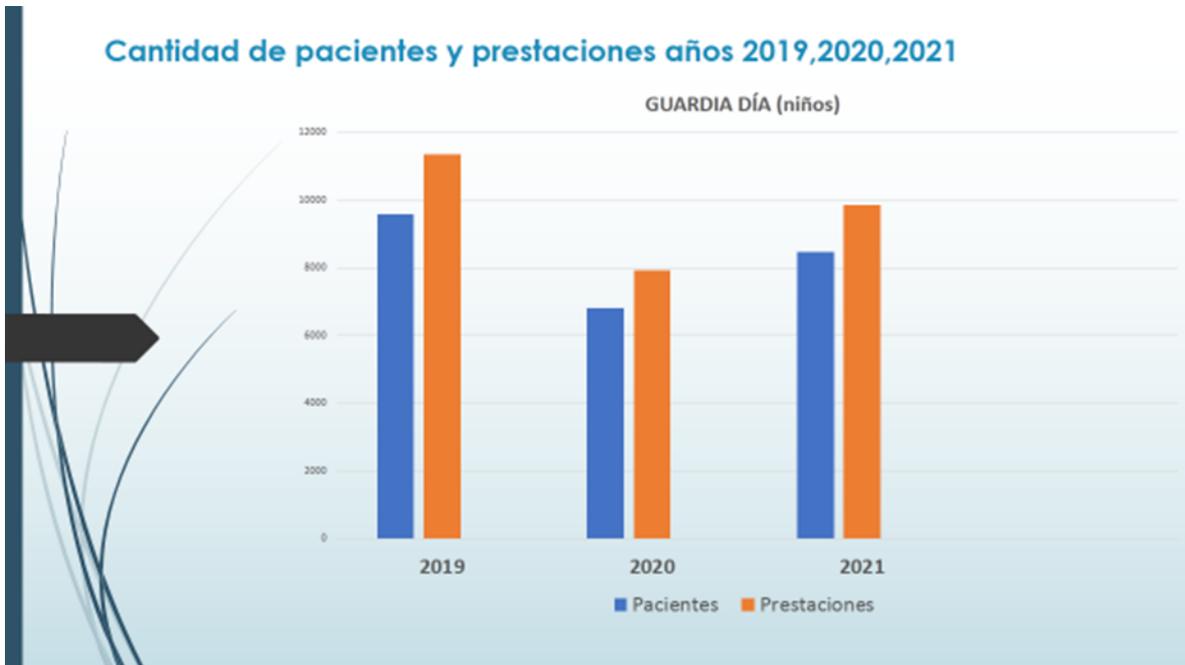


Gráfico 2

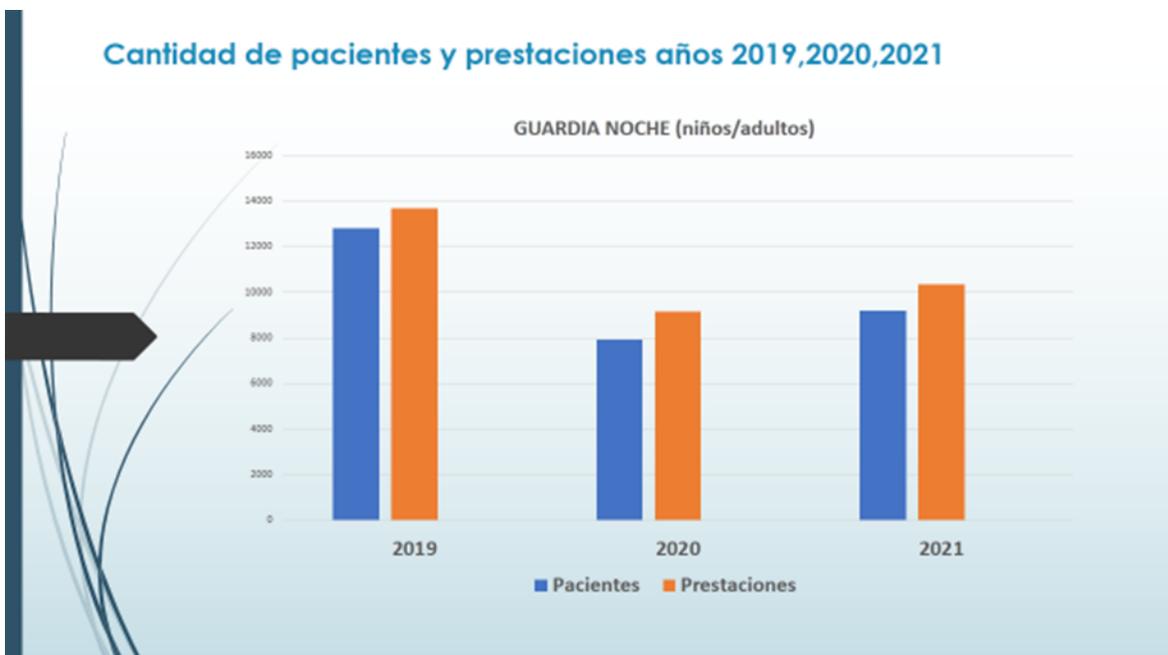


Gráfico 3

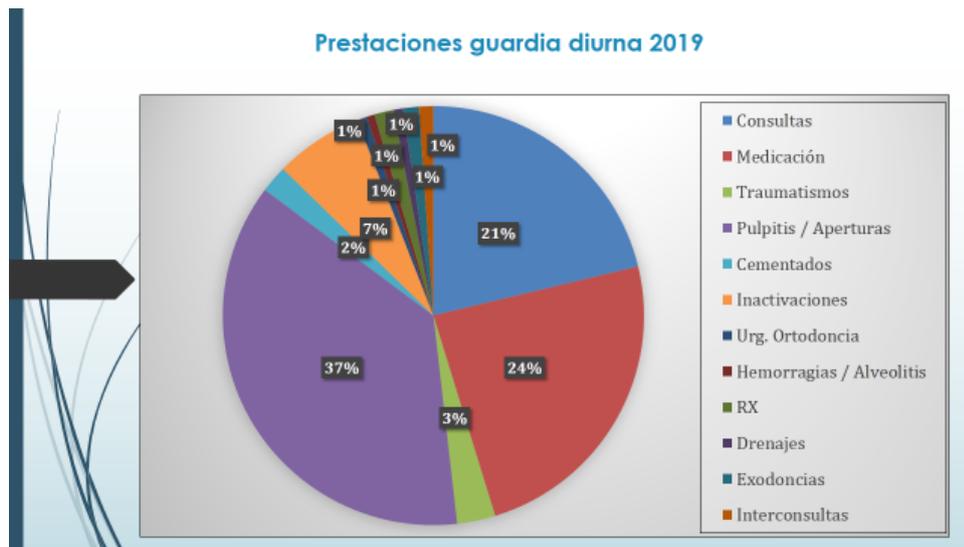


Gráfico 4



Gráfico 5



Gráfico 6

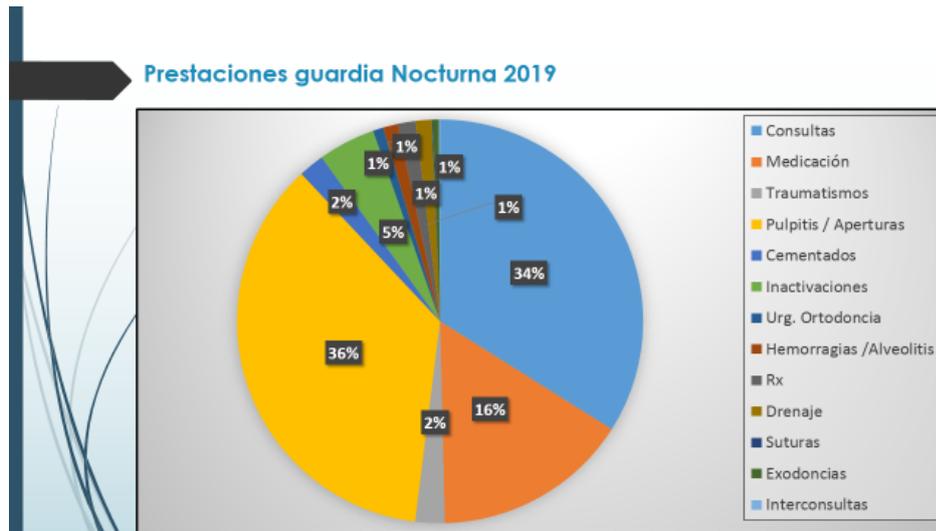


Gráfico 7

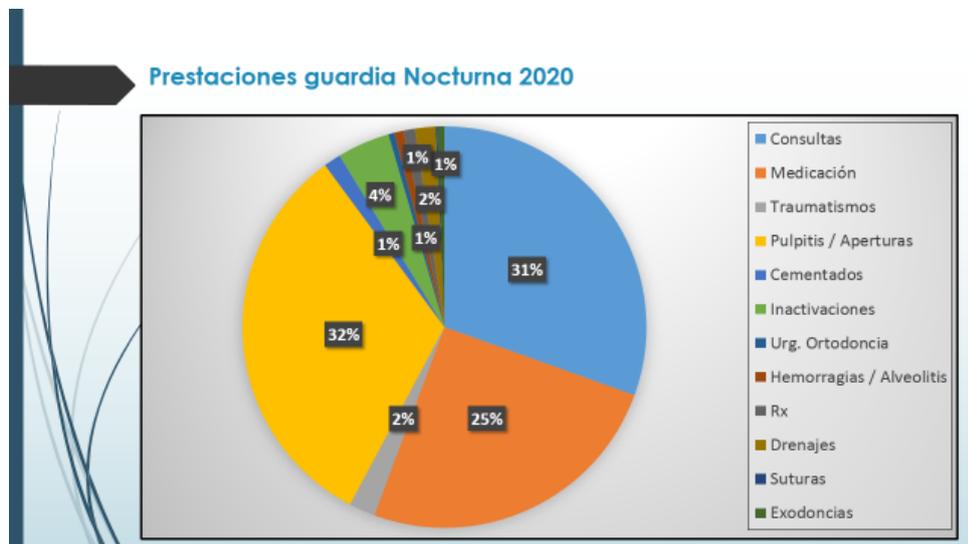


Gráfico 8



6. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

La intervención, del tipo de una tecnología social fragmentaria, propone un rediseño de los procesos en el contexto actual y con la revisión de los recursos disponibles para alcanzar mejoras en medidas críticas como la disminución del valor giro-paciente. Esta supone cambiar en tal grado que el cambio se pueda implementar, controlar y evaluar.

El nuevo diseño se refiere a un patrón de comunicación y relación entre los procesos de los actores involucrados en la toma e implementación de las decisiones.

Las alternativas seleccionadas fueron consideradas como la mejor solución disponible en la situación actual. La condición bio-social de los pacientes y ambiental del universo de trabajo, referido a la situación de las organizaciones, limita inevitablemente las alternativas disponibles y establecen un límite máximo posible para el alcance del propósito establecido.

Las funciones y procesos propuestos fueron consideradas como elementos relativos de la decisión en la búsqueda de un denominador común, concebido como medio para el logro del objetivo final, la mejora de la calidad de atención. La decisión final dependerá del peso que se dé a estos elementos relativos como del juicio crítico aplicado en la evaluación. (Simon, H.A., 2011, pp. 7-8)

La parte clave de la guardia es el personal operativo; sin embargo, el personal no operativo participa en el objetivo buscado por este estudio en la medida que influye en las decisiones del personal operativo y no sólo en la distribución de funciones y autoridad. El éxito en la estructura y funcionamiento de la organización dependerá de la manera en que las decisiones y el comportamiento se ven influenciados dentro de la organización hacia un modelo coordinado y efectivo.

La especialización horizontal, como división del trabajo es una característica básica del diseño. Sin embargo la división de las funciones de la toma de decisiones entre el personal operativo y el directivo permite una mayor pericia, coordinación de los empleados que operan el proyecto y comunicación de los efectos de las decisiones al director, dado por la especialización vertical.

El personal de apoyo, encargado del trabajo no profesional del modelo a aplicar (limpieza, reparaciones) es importante en este tipo de organizaciones y responde a una jerarquía administrativa paralela descendente, más parecida a la estructura de las organizaciones maquinales.

Para este modelo de gestión el Director Administrativo deberá gestionar las anomalías de la estructura. El proceso de encasillamiento es imperfecto por problemas de coordinación por disputas interdepartamentales o entre los niveles.

Cobra importancia aquí el directorio o consejo donde se negocian las soluciones del proyecto en nombre de sus representados para que surja la solución. Así mismo los

administradores desempeñan un rol importante en los límites de la organización, entre los miembros internos y las partes de alcance fuera de la organización para proteger la autonomía de los profesionales, mantener los contactos de enlace, controlar las presiones externas y favorecer el desarrollo del proyecto.

Por otra parte se reformulará la coordinación de la guardia como puesto de enlace para resolver situaciones complejas, algunos aspectos de los procesos de decisión y negociación interministerial en conjunto con el Director administrativo.

La selección de esta cadena de actividades o diseño de intervención, implicó la selección consciente o inconsciente de las acciones determinadas por la planificación entre todas aquellas posibles, que incluyen los cursos de acción anteriores, para los diferentes actores sobre los cuales ejerce influencia o autoridad como límite o guía de las actividades de quienes efectivamente deberán operar el modelo.

Este proceso busca reemplazar una parte de la autonomía de la decisión basada en la costumbre o en la tradición por un proceso de decisión organizacional para: a) especificar funciones o sea la naturaleza y el alcance de sus actividades y b) determinar que recurso humano tendrá poder para tomar nuevas decisiones y coordinar las actividades de los individuos en la organización.

Cada una de las funciones se concibió como un repertorio de programas normativos o conjunto de habilidades del recurso humano experto que integra cada proceso de la función, que se aplica a una contingencia también normalizada.

Para esa normalización se aplica la reorganización de la patología en los grupos de personas relacionadas a partir del diagnóstico de salud bucal.

Este encasillamiento reduce los recursos y la toma de decisiones continuas que se necesitarían para el tratamiento de cada caso singular. Este proceso permite separar las tareas de las operaciones para asignarlos a recurso humano individual experto relativamente autónomo. Este proceso de encasillamiento reconoce, así mismo, la característica de incertidumbre típica en las ciencias de la salud y en la administrativa, -lo que Simon denomina desconocimiento del detalle en el puesto de cada profesional- ante la variabilidad de la respuesta en este tipo de pacientes. (Mintzberg, H., 2000, pp. 397-398)

El resultado de los procesos que integran cada una de las funciones es más difícil de medir que en una organización con un diseño estructural tipo máquina, es por ello que el modelo incluye un sistema de evaluación del desempeño con base en el establecimiento y cumplimiento de objetivos verificables en tiempos significativos y alcanzables.

El evaluador deberá tener en cuenta factores como si las metas eran razonablemente alcanzables, si el o los individuos a cargo fueron facilitadores del cumplimiento así como los motivos para la obtención de resultados. Asimismo el responsable de la evaluación deberá determinar si los responsables de operar el nuevo modelo persistieran en la consecución de

actividades o funciones del modelo anterior, aun frente a situaciones que demandaran su modificación.

Se adoptará una evaluación exhaustiva formal anual complementada e integrada por revisiones periódicas o de avances semestrales. Estos informes breves permitirán la identificación de problemas o barreras que impidan un desarrollo eficaz. De igual forma contribuyen a mantener una vía de comunicación entre el operador y su responsable superior para hacer posible una inmediata reorganización de prioridades y reorganización de objetivos ante cambios inesperados de situación.

La evaluación contemplará aspectos de la estructura (tecnología física de los lugares de emplazamiento del proyecto), de los procesos de implementación y de los resultados obtenidos a través de indicadores cuali-cuantitativos:

Los datos serán transcritos siguiendo una escala tipo Likert de 4 opciones:

- 0= Mala
- 1= Regular
- 2= Buena
- 3= Muy buena

Objetivo: lograr una mejora en la calidad de atención del usuario.

Tecnología de operación: Atención ambulatoria.

Función: Tratamiento según *standards* específicos que rigen la emergencia y la urgencia odontológica en el sistema público de la provincia de Buenos Aires.

Producto: Paciente que recibe una práctica mínima debido a la vacancia de la entidad hospitalaria y/o sanatorial.

6.1 MODELO DE GESTIÓN PARA UNA GUARDIA ODONTOLÓGICA DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

Los problemas que fueron citados *ut supra*, en las páginas 10,11 y 12, llevan a una demora importante en la atención de los pacientes, disminuyendo el giro paciente dentro de la guardia.

Teniendo en cuenta los objetivos mencionados, la propuesta es adquirir las herramientas necesarias para abordar el dinamismo de las guardias odontológicas, promoviendo la capacidad de evaluar, tratar y prevenir una posible complicación posterior que, por la intensidad o gravedad de sus manifestaciones, requiere de una atención inmediata.

De esta manera se busca que, el escenario presentado, nos permita revisar y adecuar de forma constante, prácticas más seguras para el ejercicio profesional. Desarrollando un plan estratégico orientado a mejorar la calidad de atención en un servicio de guardia odontológica en efectores de salud públicos.

Las actividades operativas estarán dadas por:

a). Tecnología física:

- Implementación de un sistema informático que permita el registro de los pacientes que acuden a la guardia, a los fines de obtener un correcto almacenamiento de los mismos, reducir gastos operativos, y evitar la pérdida y excesivo tiempo de búsqueda. Así como también, las reincidencias de los pacientes.
- Incorporación de una esterilizadora propia en la sala, lo que generaría una recuperación de los tiempos operativos en la atención del paciente.
- Ser un área cardioprotegida, contar con un equipo de primeros auxilios de vías aéreas y desfibrilador (DEA).
- Contar con un servicio de emergencias en caso de que surja alguna complicación con los pacientes, más allá de la incumbencia odontológica.

b). Recurso humano profesional

- Realizar un convenio de interconexión directa con un receptor de salud de alta complejidad, para derivar los casos de traumatología maxilofacial que no pueden ser resueltos en la guardia. Así como también los flemones con compromiso general que necesitan de una internación.

c.) **Recurso humano de apoyo auxiliar**

- Sumar al equipo de guardia un enfermero para colaborar con las situaciones de emergencia que se pueden presentar en la consulta.
- Incorporar un técnico radiólogo en la guardia nocturna,
- Personal administrativo por las noches para recupero de prestaciones de SAMO y SUMAR.
- Contar con un personal pasivo de mantenimiento para subsanar complicaciones de equipamiento.
- Trabajar con los otros servicios de odontología, sobre todo de adultos, para el trabajo en red (hospitales provinciales y CAPS municipales) para derivaciones con protocolos.
- Armar un sistema de triage odontológico. Cambiar la atención por orden de llegada, por la atención de prioridad según patología.

En la guardia odontológica se adaptó el triage médico.

Emergencia: situación de salud que requiere de atención inmediata.

Urgencia: situación de salud que requiere atención dentro de un período de tiempo razonable.

Para armar este triage es necesario destacar que existe una diferencia en la aplicación de ambos conceptos, en la medicina y en la odontología. Si bien, los conceptos son idénticos, las patologías comprendidas en cada uno, difieren:

En odontología, hablar de emergencias, refiere a: hemorragias, traumatismos dento alveolares, flemones con compromiso general del paciente. Y hablar de urgencias refiere a: abscesos, pulpitis, alveolitis, caries, gingivitis, pericoronaritis, aftas, cementados, ortodoncia, restos radiculares. **ANEXO II**

d.) **Tiempos para implementar el modelo propuesto (metas)**

Las acciones tendientes a mejorar la problemática que este modelo propone, van a depender en mayor medida de decisiones que corresponden a las autoridades competentes enmarcadas en un conjunto de políticas públicas, que poco dependen del jefe de guardia.

El abordaje de las políticas de salud que determinan las características del funcionamiento del sistema sanitario sigue siendo problemático, porque las necesidades de las instituciones son multidimensionales, los efectos adversos tienden a ser acumulativos, los recursos son limitados y las soluciones a menudo se hallan fuera del marco del sector salud. En consecuencia, llevar a cabo transformaciones que refuercen la importancia del sistema de salud como institución social central, capaz de crear oportunidades diferenciales en el diseño

y la prestación de bienes y servicios, requiere un abordaje sistémico de las políticas públicas y de su formulación.

e.) Indicadores para monitoreo y evaluación

Se realizarán revisiones periódicas referidas a aspectos de la estructura (tecnología física de los lugares de emplazamiento del proyecto), de los procesos de implementación y de los resultados obtenidos a través de los indicadores cuali-cuantitativos:

Los datos serán transcritos siguiendo una escala tipo Likert de 4 opciones:

- 0= Mala
- 1= Regular
- 2= Buena
- 3= Muy buena

7. CONCLUSIONES EMERGENTES Y DESAFIOS PENDIENTES

La sociedad postmoderna vive una etapa de transformación donde el desorden, el caos, la intransigencia, con alto grado de intensidad, conforman una constante a la que no es ajeno el sistema sanitario.

La crisis de este sistema afecta a la práctica odontológica; los progresos y la transformación tecnológica en las Ciencias de la Salud facilitan logros de alto impacto, pero a su vez enfrentan a los profesionales con situaciones inéditas que provocan conflictos morales, jurídicos y de gestión.

Por otra parte, la medicalización de la sociedad incluye no solo la incidencia de la odontología en tanto tratamiento y asistencia, sino que supone la configuración de roles y pautas sociales de comportamiento. El progreso incrementa la probabilidad de nuevos daños, el mal uso y el sobredimensionamiento de la aparatología y las técnicas de alta sofisticación, así como la prescripción excesiva de medicamentos.

El sistema educativo también es alcanzado por las transformaciones de la postmodernidad ya sea en la metodología de la enseñanza como en los resultados del proceso. En este sistema está involucrada la sociedad toda. En este trabajo se revisarán los efectos en los pacientes y en los profesionales tratantes.

La tecnología informática, la red del sistema de información disponible es arrasadora y de calidad irregular. Cualquier paciente y cualquier profesional tienen acceso inmediato al conocimiento de una situación de desviación o enfermedad que los aqueja.

La inclusión de la gestión en red posibilitaría un importante cambio en el paradigma de la administración, superador de la tradición, inclusivo de la participación, la interdisciplina y la articulación con los diferentes sectores.

Si bien la concepción general de los procesos salud-enfermedad no es nueva, conocimientos empíricos existieron en épocas anteriores respecto a la relación de la Ciencias de la Salud con las condiciones sociales y económicas de grupos específicos, aunque rara vez eran sujeto de discusión teórica.

Como fenómeno biológico la causa de la enfermedad pertenece al ámbito de la naturaleza, pero en el hombre se busca entender el modelo explicativo en otra dimensión. El avance del conocimiento científico desde la modernidad determina que la enfermedad no existe como naturaleza pura, sino que siempre está mediatizada y modificada por la actividad social y por el medio cultural que esa actividad crea.

La existencia de la enfermedad tiene una configuración definida entre otros factores por el modo de vida, la estructura, la cultura y la psicología de una sociedad. Es así como en la medida en que la enfermedad es afectada por las condiciones sociales y las relaciones en las que vive el ser humano, es un fenómeno social comprensible sólo en un contexto biosocial.

La consideración de la salud como valor social implica el conocimiento de cómo ese valor es definido y que jerarquía ocupa en los diversos grupos sociales, en la naturaleza de sus deseos y en la esperanza con respecto a la salud.

Para una gran cantidad de casos no hay acuerdo respecto de la designación o del diagnóstico y del tratamiento entre los profesionales de la salud. Hay diferentes escuelas y paradigmas científicos, diferentes opiniones acerca de la interpretación o del manejo de síntomas y signos, por lo que la designación así como los métodos usados para manejarlos o para aliviar su dolor variarán en medida considerable.

A partir de estos criterios se deduce, en más casos de lo que puede parecer, que el paciente diagnosticado o tratado de cierta manera depende en parte del estado de salud y en parte de la preferencia del agente profesional que elige y del sistema de referencia en el que está inserto.

Lo que el paciente reconoce como síntoma o enfermedad es en parte una desviación del modelo de normalidad, variable cultural e histórica establecida por la experiencia cotidiana. En el proceso de atribuir significado a esa desviación utiliza los significados e interpretaciones que le proporcionan su vida social y su entorno sociocultural.

En este trabajo se hace referencia a la situación de riesgo en la consumición de servicios de salud sin diferencias si son urgencias o emergencias determinada por la asimetría en la información y a la situación especial en la relación paciente profesional, llamada de agencia ya que es el agente odontólogo es quien debe iniciar la demanda, por eso la toma de decisiones acerca de las situaciones de salud del paciente están a cargo de un profesional o agente.

La evolución hacia un nuevo modelo, basado en la información, el consentimiento y en la autonomía, que no es puramente biológico y que interactúa con otra dimensión como la social, supone conflictos en la práctica profesional.

La transición demográfica, el aumento de la expectativa de vida, determinan modificaciones en la prevalencia de patologías y en la demanda de atención; situación que determinó que en la institución estudiada, originariamente destinada a la población infantil, aumentara la cobertura a la población adulta y a aquella con capacidades diferentes.

Se definió el concepto guardia odontológica y su tipología como activa y pasiva así como su misión jurídicamente definida como la realización de una práctica mínima ante la vacancia general en la entidad sanatorial o el consultorio privado, por lo tanto no deberían existir rechazos a la atención que constituyan la figura de abandono de persona.

Así mismo se diferenciaron los constructos emergencia – urgencia, diferencias necesarias para armar un triage basado en las necesidades prevalentes y los recursos disponibles para atenderlas.

El análisis de la información permitió determinar que las causas más frecuentes de consulta son urgencias por cuadros infecciosos, hemorragias y consecuencias adversas a cirugías dentarias.

La distribución mensual de las consultas fue constante y no presenta estacionalidad en un rango entre 800 y 1000 personas por mes, sin embargo se observó un notable aumento de las consultas nocturnas. Así mismo este estudio describió un aumento de la gravedad y complejidad de las derivaciones recibidas, traumatismos y procesos infecciosos buco maxilo faciales de causa odontogénica que exceden la función de la guardia y requieren una ágil derivación.

Se observaron debilidades en los procesos administrativos de admisión y derivación, éstos fueron considerados clave para la continuidad de la atención, consumo innecesario de insumos y demoras para la atención.

Por lo tanto las modificaciones propuestas del modelo estudiado tienen el propósito de disminuir las demoras y problemas descritos en momentos de alta demanda para aumentar el valor giro paciente y mejorar la calidad de atención.

La organización estudiada permitió determinar fallas en los mecanismos de coordinación entre el personal operativo de la guardia, el resto de los empleados que operan el proyecto y que incluye el de apoyo en la comunicación de los efectos de las decisiones a los directivos de la institución.

Puede cuestionarse si todo lo posible en término de unidades de atención odontológica tiene sentido hacerse: es decir es un interrogante si el rendimiento marginal de la atención no es muy bajo en función de la salud real en relación al costo, debido a los rendimientos decrecientes frente a las limitaciones biológicas.

Las características estructurales del mercado de los cuidados de la salud representan intentos compensadores para superar situaciones de asignaciones subóptimas derivadas de la no comerciabilidad de muchos riesgos y de la información imperfecta.

Estos rasgos explican que los intentos no llegan a satisfacer el modelo de funcionamiento ideal (competencia perfecta) y constituyen a su vez una barrera adicional a la optimalidad.

La idea dominante implícita o explícita es que es el Estado, al menos en sus actividades económicas, el encargado de remediar esta disfuncionalidad, sobre todo en aquellas personas que se encuentran en una posición desfavorable con barreras al acceso a la atención.

DESAFÍOS PENDIENTES

Ante la existencia de desigualdades significativas en materia de salud bucal, es necesario que las políticas de salud bucal incorporen la investigación trasnacional y refuercen las actuaciones en la salud pública con impacto en factores comunes de riesgo.

Lograr una articulación en la discrepancia entre directivos ante la escasez de recursos privilegia la eficiencia y profesionales del núcleo operativo la eficacia. Esta contraposición determina a una baja de la calidad del producto final con disminución de la accesibilidad a la guardia.

La operación del modelo propuesto permitiría mejorar los procesos de decisión - que diariamente están atravesados por una serie de mediaciones- para el cumplimiento de los objetivos propuestos y para hacer compatibles varios objetivos que satisfagan a los grupos intervinientes.

La información obtenida a partir de la muestra constituye un insumo técnico para que planificadores, financiadores y equipos asistenciales tomen conciencia sobre la condición de sujetos de derecho de los niños y la población adulta que asiste a la institución estudiada, de la protección jurídica y el fundamento económico para el proceso de toma de decisiones.

Su implementación permitiría el desarrollo de políticas con perfiles de uso racional de los recursos en la intervención de la Salud Bucal que incluya las prácticas odontológicas pertinentes a las necesidades relevadas.

Por lo tanto, la reconversión de los procesos estudiados generaría valor a una lógica organizacional de un modelo de gestión para una guardia odontológica en una institución pública.

Este trabajo basado en la evidencia obtenible, en los valores de la población, con un análisis con características de validez y exactitud, pretendió transformar la información en conocimiento para que constituya un instrumento de aplicación general en el marco de interacción de la ciencia epidemiológica, jurídica y económica aplicada a la salud.

8. BIBLIOGRAFÍA

La organización FDI. Declaración de principios. Salud bucodental y determinantes sociales de la salud. Aprobada por la Asamblea General. 30 de septiembre de 2013, Estambul, Turquía.

Gómez Centurión R. C. Castrejón Pérez R. C. *Salud bucal en el curso de vida*. Instituto Nacional de Geriátría. Institutos Nacionales de Salud. México.
Recuperado de [http://www.pieies.utelca.cl/.../Salud%20Bucal%20en%20el%20Curso%20de%20Vida%20\(R\)](http://www.pieies.utelca.cl/.../Salud%20Bucal%20en%20el%20Curso%20de%20Vida%20(R)) (consultado 29/9/2016).

Comisión de la OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud y de la Conferencia de Río de Janeiro, Brasil, 19-21/10/ 2011. Recuperado de <https://www.umaza.edu.ar/archivos/files/Declaraci%C3%B3n%20de%20Río%20sobre%20DSS.pdf>. (Consultado 29/9/2020)

Giraldo A. (2004). *Gestión clínica: un modelo integrador para la gestión*. Artículo. Revista Ecos de grado y postgrado. Vol1. N°3.

Organización Mundial de la Salud. Centro de prensa. Salud bucodental. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>. (Consultado 27/8/2016).

Federación Dental Internacional. Congreso Mundial 2015. *El cuidado dental y la salud oral para la longevidad saludable en una sociedad que envejece*. Tokio, Japón, 13-15/ 03/ 2015.

Garay O. E. (2002) *Responsabilidad Profesional de los Médicos Ética, Bioética y Jurídica: Civil y Penal* PARTE IV "Responsabilidad Civil del Médico de guardia" pag. 831-851

Dabas E. Perrone N. (1999). *Redes en salud*.

Arrow, Kenneth J. (1981). *La incertidumbre y el análisis del bienestar de las prestaciones médicas*. Información Comercial Española, (574), 47-63.

Coriat, B. Weinstein, O., (2011). *Nuevas teorías de la empresa*. Buenos Aires Ed. Lenguaje Claro.

Chandler, A. (1992). *Organizational capabilities and the economic history of the industrial enterprise*. Journal of Economic Perspectives, vol 6, pp.70-100.

Cyert, R.M. & March J.G. (1963). *Behavioral Theory of the Firm*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

Latsis, S.J. (1972). Situational determinism in economics. British Journal for the Philosophy of Science, (23), 207-245.

Leibenstein, H. (1975). *Aspects of the efficiency theory of the firm*. The Bell Journal of Economics, vol 6, 580-606.

March, J., Simon, H. (1993). *Organizations*. Cambridge (MA): Blackwell Publishers.

Mintzberg, H. (1993). *Structure in Five. Designing effective organizations*. Englewood Cliffs, N.J: Prentice Hall

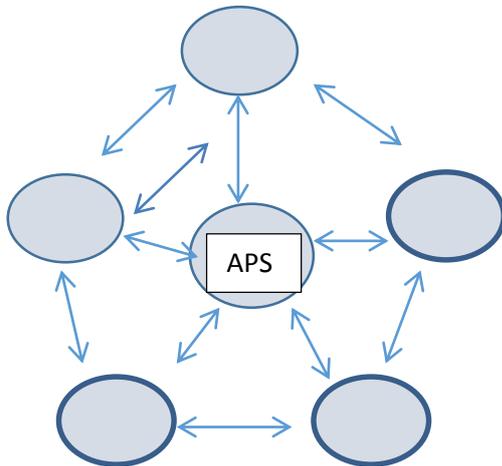
- Mintzberg H. (2000). *La estructura de las organizaciones*. Buenos Aires: Ed. Ariel.
- Simon, H. (2011). *El comportamiento administrativo: un estudio de los procesos de decisión en las organizaciones administrativas*. 1ª. Ed. Buenos Aires. Ed. Errepar
- Varo J. (1999). *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios. Un modelo de gestión hospitalaria*. Madrid. Ed Díaz de Santos.
- Piovano S. Squassi A. Bordoni N. (2010). Revista de la Facultad de Odontología (UBA). *Estado del arte de indicadores para la medición de caries dental*. Vol. 25 N° 58. Recuperado de <http://www.odon.uba.ar/revista/2010vol25num58/art4.pdf> (Consultado 30/9/2021).
- Castro A. (2013). *Urgencias hospital de 24 hs*. Revista del Hospital de Odontología Infantil "Dr. Adolfo M. Bollini" ISSN 2344-939X Año I – Numero I – páginas 16-18.
- Wikipedia historia del triage. Recuperado de <https://es.wikipedia.org/wiki/Triage>.
- Argentina, Ley 10471. *Nuevo régimen para la Carrera Profesional Hospitalaria*. Fecha de publicación: 13/01/1987. Boletín Oficial: 20915. (Consultado 31/08/22).
- Argentina, Ley 10470. *Régimen para el Personal de la Administración Pública de la Provincia de Buenos Aires*. Fecha de publicación: 16/01/1987. Boletín Oficial: 20918. (Consultado 31/08/22).
- Sheiham A., (2005). *Salud bucal, salud general y calidad de vida*. Recuperado de <https://www.studocu.com/cl/document/universidad-de-chile/salud-publica/paper-salud-bucal/32804646>. (Consultado 31/08/2022).
- Habermas J. (1989). *La transformación estructural de la esfera pública. Habermas y la Teoría de la Acción Comunicativa*. Cap.4. Recuperado de http://www.unavarra.es/puresoc/pdfs/tesis/alustiz/02B-Capitulo_Cuarto.pdf
- Kuhn T. (1985). *La estructura de las revoluciones científicas*. Recuperado de http://epistemologiadelascienciassociales.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/114/2014/10/Kuhn_La_Estructura_de_las_revoluciones_Cientificas.pdf (Consultado 25/06/2018).
- Freeman E. (2010). *La teoría de los stakeholders*. Recuperado de <https://hazrevista.org/rsc/2005/09/edward-freeman-la-etica-consiste-en-hacer-cosas-por-los-demas-y-por-uno-mismo/>.
- Russell L. Ackoff (2002). *Planeamiento Estratégico* (p.17 - 20). Recuperado de Biblioteca Nacional de Maestros <http://www.bnm.me.gov.ar>
- Morello G. y Morello A. *El médico de guardia. Caracterización, modalidades y condiciones en que se desempeña. Responsabilidad civil*. L.E.P. 1996
- Lorenzetti R. L. *Responsabilidad civil de los médicos*. 2ª ed. Revisada. Rubinzal – Culzoni. Santa Fe. 2016.
- Von Bertalanffy L. (1976) *Teoría general de los sistemas. Fundamentos, desarrollo y aplicaciones* fe. Fondo de Cultura Económica Buenos Aires.

9. ANEXOS

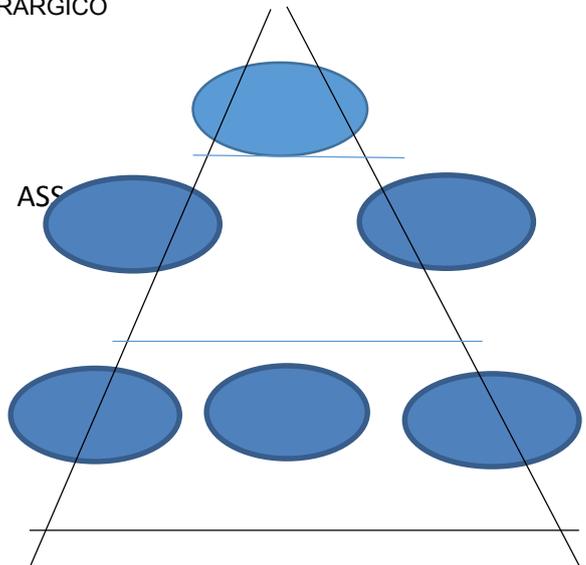
ANEXO I

DE LOS SISTEMAS FRAGMENTADOS PARA LAS REDES DE ATENCIÓN A LA SALUD

REDES POLIARQUICAS
DE ATENCIÓN A LA SALUD



SISTEMA FRAGMENTADO
Y JERÁRGICO

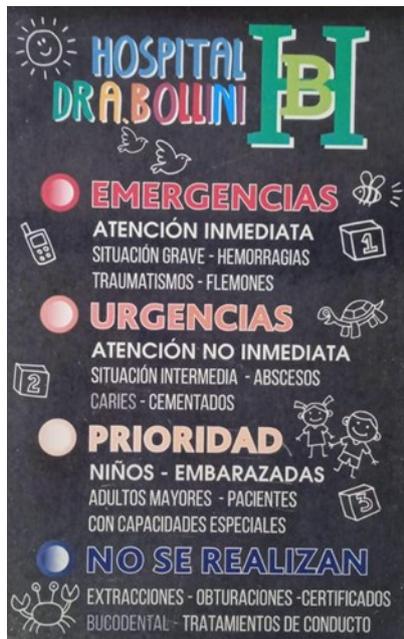


LAS DIFERENCIAS ENTRE LOS SISTEMAS FRAGMENTADOS Y LAS REDES DE ATENCIÓN A LA SALUD

SISTEMA FRAGMENTADO	RED DE ATENCIÓN A LA SALUD
ORGANIZADO POR NIVELES JERÁRQUICOS	ORGANIZADO POR UNA RED POLIÁRQUICA
ORIENTADO PARA LA ATENCIÓN A CONDICIONES AGUDAS	ORIENTADO PARA LA ATENCIÓN A ADICCIONES AGUDAS Y CRÓNICAS
ORIENTADO PARA INDIVIDUOS	ORIENTADO PARA UNA POBLACIÓN
EL SUJETO ES EL PACIENTE	EL SUJETO ES AGENTE DE SU SALUD
REACTIVO	PROACTIVO
ÉNFASIS EN LAS ACCIONES CURATIVAS	ATENCIÓN INTEGRAL
CUIDADO PROFESIONAL	CUIDADO INTERDISCIPLINARIO
GESTIÓN DE LA OFERTA	GESTIÓN DE BASE POBLACIONAL
FINANCIAMIENTO POR PROCEDIMIENTOS	FINANCIAMIENTO POR CÁPITA O POR UN CICLO COMPLETO DE ATENCIÓN A UNA CONDICIÓN DE SALUD

ANEXO II

TRIAGE ODONTOLÓGICO



ANEXO III

TRABAJO EN RED

