

CLAVES HOSPITALARIAS EN LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

SOME KEYS ASPECTS OF THE HOSPITAL SYSTEM IN THE PROVINCE OF CÓRDOBA, ARGENTINA

Roberto Tafani
Abogado, Prof. titular Univ.
Nac. de Río Cuarto

Juan. C. Estario
Prof. titular FCM UNC

Gabriel Acevedo
Prof. Adj. ESP FCM UNC

Gustavo Martínez
Méd., Munic. de Córdoba

María Cristina Cometto
Lic. en Enfermería, Prof. E.
de E. FCM UNC

Ruth Fernández
Prof. titular FCM UNC.

Ana Antuña
Dra. y Prof. FCM UNC

Nuria Gaspio
Dra. en Bioquímica, Prof.
Univ. Nac. de Río Cuarto

Resumen

El objetivo de este trabajo es describir el sistema hospitalario de la Provincia de Córdoba, en relación a la oferta de recursos humanos, la producción de los establecimientos, y el funcionamiento del sistema de referencia. Se utilizaron métodos cualitativos. La observación participante documental de fuentes oficiales secundarias para la descripción de la estructura de personal, la producción de servicios y los flujos de derivaciones. Entrevistas en profundidad e informantes claves en las visitas a los establecimientos. El alcance es descriptivo y el diseño es retrospectivo y transversal. El estudio presenta un marco conceptual referido a la Gestión Sanitaria, enfatizando la aparición del concepto de Gobierno Clínico que requiere tanto la gestión por procesos de patologías y vías no clínicas así como la conectividad o existencia de redes tanto entre hospitales como entre estos y los centros de atención primaria. Ambos temas aparecen como problemáticos en el sistema hospitalario Cordobés. En ese contexto el sistema hospitalario aparece como una red segmentada en el interior, con mayor presencia de perfiles especializados en Capital, donde la actividad se concentra en un menor número de establecimientos y con una racional logística agregada, pues la distribución de recursos humanos, se focaliza en las instituciones con mayor trabajo y servicios producidos. La ocupación de

Trabajo recibido:
agosto 2008
Aprobado: octubre 2008

camas resulta razonable en Capital en oposición al Interior. Aparece sin embargo, insuficiente la articulación de la red institucional de Hospitales, que impide un funcionamiento armonioso del sistema, pese a los esfuerzos grandes que cada institución hace separadamente. La dotación de recursos humanos tiene una magnitud acorde a la demanda asistencial a resolver. Bajo los supuestos restrictivos utilizados que miden sólo la consulta externa, egresos, prácticas y cirugías, los hospitales aparecen funcionando cercanos a unos dos tercios de su capacidad, con fuertes asimetrías entre regiones y entre establecimientos. Los problemas de los recursos humanos disponibles refieren a su profesionalización, capacitación, desgaste profesional, desactualización operativa y la asimetría en la formación relativa a los perfiles de los servicios. Esta situación se agrava por la desarticulación de la red hospitalaria, la desorganización administrativa del manejo de patologías, la asimetría entre la organización formal y funcional de los establecimientos, y las restricciones derivadas del marco regulatorio público dentro del cual funciona el sistema.

Abstract

Objective: to describe the Hospital System of the Córdoba Province, as regards availability of human resources, output of services, and role of the provincial system of reference. A qualitative approach was selected, using participant observation of official secondary document sources for the description of personnel structure, service output and interhospital transfer flow, plus depth interviews and key informants. The study is of the descriptive type, with a transversal retrospective design. The conceptual framework Healthcare Management, with an emphasis on Clinical Government, including process management of pathologies and non-clinical channels, and networking between hospitals and between hospitals and primary care centers, two current problem areas in the provincial hospital system. There is a fragmentation of the system outside Córdoba city. In the capital city, activity concentrates in a smaller number of establishments, with more rational bed occupation, higher density of specialized profiles and better allocation of human resources to those with higher demand and service output, a contrast with the rest of the province. However, a deficient articulation of the institutional hospital network hampers coordination of the system, despite individual efforts by institutions. Availability of human resources matches healthcare demands. By restrictive criteria measuring only external consultation, releases, treatments and operations, hospitals are working at two-thirds of their capacity, with marked disparities between regions and establishments. Main deficiencies in human resources are related to professionalization, exhaustion, dating of operative skills, and disparities in specialized professional training. This state of affairs is made worse by faulty network coordination, lack of organization in pathology management, disparities between formal and functional organization of establishments and restrictions arising from the system public regulatory framework.

El sistema hospitalario de Córdoba¹

El Problema

El problema de este trabajo es la falta de conocimiento sobre las condiciones operativas de los hospitales de la Provincia de Córdoba en relación a la dotación de recursos, potencial productivo, condiciones laborales y el funcionamiento de la red asistencial.

Objetivo General

El objetivo general es describir la composición de los recursos humanos en forma global, por región (Capital e

¹ Este artículo es un breve resumen de un informe detallado y mayor que obra en la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Ciencias Médicas de la UNC.

interior) y por establecimiento así como la demanda atendida, medida según la producción efectiva de los establecimientos en relación al potencial instalado y el funcionamiento del sistema de referencia en la Provincia.

Objetivos Específicos

- Analizar la distribución y necesidad de recursos humanos en el sistema hospitalario cordobés
- Describir diferencias en la producción de los establecimientos en relación a su capacidad potencial instalada.
- Describir problemas de coordinación y gestión en la red sanitaria

Material y Métodos

Se usó metodología cualitativa, basada en la observación participante documental. Hubo revisión de datos oficiales, el uso de entrevistas en profundidad, informantes claves y grupos focales de discusión. Las unidades de análisis fueron el IPAD, los 10 hospitales más importantes de la Capital y los 24 efectores del interior². Los datos fueron tratados con técnicas estadísticas descriptivas y correlacionales. El alcance es descriptivo y el diseño retrospectivo y transversal.

Los datos surgieron de fuentes primarias, en el caso de la información brindada por los directivos de cinco hospitales relevados³. Fuentes secundarias⁴ permitieron acceder a datos sobre la plantilla de personal, el listado de los hospitales, la dotación de camas hospitalarias, la nómina de especialidades que integran la oferta de servicios hospitalarios y el número global de consultas, internaciones y prácticas realizadas, por cada establecimiento. Con esa información se describió la dotación de personal de la planta funcional del Sistema Hospitalario de la Provincia, así como la demanda efectivamente atendida, medida según la producción de los establecimientos en consulta externa, egresos, cirugías y prácticas.

Seguidamente se seleccionaron estándares, validados por la bibliografía, referidos a la necesidad de recursos humanos y producción de servicios, para establecer la capacidad potencial de atención de los Centros Hospitalarios en consultas, internaciones y prácticas. Con esos indicadores se comparó la actividad asistencial efectivamente realizada y se estimó la brecha con la capacidad asistencial potencial que poseen dichos establecimientos.

Marco Conceptual: Gestión y Conectividad de Redes

En la década de los 90s, varias instituciones sanitarias contrataron expertos en finanzas o dirección de empresas para gerenciarlas. Los resultados fueron cuestionables. Algunas terminaron en redes capitadas, sufriendo la intermediación innecesaria o con problemas de integración estructural, ante la alienación de las direcciones médicas encargadas de la gestión clínica de los establecimientos. En el sector público la cuestión de la gestión remite a una historia hospitalaria donde los establecimientos parecían ser burocracias reactivas antes que organizaciones con una dirección efectiva. En ese contexto resulta relevante

2 La Provincia de Córdoba posee en Capital: 4 hospitales polivalentes de adultos, 1 de enfermedades infecciosas, 1 neuropsiquiátrico, 4 dedicados a la atención materno infantil, 1 Instituto para la atención del alcoholismo y la drogadicción (IPAD) y otros efectores menores. El interior cuenta con 20 hospitales polivalentes, 2 colonias para pacientes psiquiátricos, un instituto dermatológico y un hogar de ancianos.

3 El Relevamiento in situ de cinco hospitales dependientes del Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, tres del área capital y dos del interior se hizo para contrastar la información disponible en la administración provincial, en relación a la dotación de recursos humanos y la productividad de los mismos.

4 Provistas por la Secretaría General de la Gobernación y Control de Gestión del Gobierno de la Provincia de Córdoba.

investigar sobre como funcionan las cumbres estratégicas de los hospitales, los problemas en la integración de las líneas medias con los núcleos operativos así como los cambios que se han verificado en los últimos años, para intentar corregir las limitaciones de un enfoque, que pareció descuidar las especificidades de las empresas sanatorias, y las características de la nueva gestión sanitaria.

Una caracterización por etapas, aún simplificando la realidad, ayuda a construir el sentido de la organización sanitaria, cuya complejidad es desde ya enorme. La bibliografía parece sugerir, que desde los años cuarenta hasta mediados de los sesenta, aparece en las primeras estructuras hospitalarias la figura del administrador, cuya función esencial era el control del gasto y del presupuesto. En este período, la gestión clínica estaba separada de la administración. Los médicos trataban los pacientes sin ningún tipo de organización. El gobierno del establecimiento y la gestión clínica eran mundos separados.

Posteriormente en la década de los setenta aparece la figura del director médico que se une a la del administrador para intentar un puente entre ambos. Hacia los ochenta, con la crisis fiscal y la restricción presupuestaria agudizada aparece el "gerencialismo" que se asienta en una estructura piramidal con un enfoque jerárquico divisional, caracterizado por un fuerte control del gasto sanitario. En esta década, se produce una fuerte presión sobre la práctica médica, con una perspectiva que tiende a reducir la organización a una definición de flujos futuros descontados. Prolifera la idea vacía de eficiencia, porque no está clara ni la eficacia ni la efectividad de muchas intervenciones. Fue una etapa de conflictos debido, por un lado, a la orientación de la cultura de gestión hacia los costos y beneficios mientras por el otro se reafirmaba la tradición de una cultura médica basada en una práctica pura, o sea desvinculada de los costos.

Un nuevo enfoque, comienza a mediados de los años noventa. Es un modelo que surge de la necesidad de los gestores de integrar la cultura clínica con la cultura de la gestión. Se busca reducir el conflicto. Eliminar la reducción de los establecimientos a una hoja de resultados financieros sin conocimiento de las dificultades operativas sanitarias. Se habla de Gobierno Clínico. La entidad debe ser gestionada en forma eficiente, pero a partir de la centralidad de la propia gestión clínica. En este nuevo enfoque, el director médico actúa como líder del equipo de gestión. No es más como antes, ni un apéndice marginal del administrador, ni un subordinado de la línea media gerencial. Ahora, forma parte de la propia cumbre estratégica. Desde su lugar, debe estimular la descentralización en la organización y conseguir que los profesionales se involucren en la toma de decisiones basadas en información clínica y económica.

Los últimos años, replantearon así, el papel clásico de la conducción hospitalaria y la dirección médica por varias razones. En primer lugar, por el gran cambio de la ciencia y la tecnología médica que hizo de las burocracias públicas sistemas poco aptos para acompañar la dinámica del nuevo entorno. En segundo lugar, por la comprensión de los propios directores médicos de la necesidad de cambiar hacia el hospital de día, hacia la cirugía ambulatoria, hacia la reducción de los tiempos de internación y hacia la atención domiciliaria para los enfermos crónicos. Todas esas perspectivas eran extrañas para los expertos en finanzas preocupados por armar carteras óptimas de activos financieros con las cápitales de los seguros públicos y los fondos no comerciales de enfermedad como las obras sociales.

En la actualidad, la teoría impulsa que cada director médico sea un líder, y logre un equipo de trabajo cohesionado. Que cada uno en la organización haga lo que tiene que hacer. Que busque conseguir los objetivos del trabajo, el desarrollo de los colaboradores, y mantener al grupo unido. Los líderes eficaces, se afirma, dan forma y objetivos al grupo. Comprenden que una organización es una red de nodos conversacionales. Que lo central son los recursos humanos motivados que se comunican y negocian entre sí. Que las personas mediante su percepción sobre lo cotidiano, generan el clima organizacional

para llevar adelante la misión de la empresa. Los hospitales y sanatorios en definitiva, son presentados como organizaciones complejas en sus formas de gobierno y dirección. Son empresas del conocimiento. Como tal, exigen una gestión basada en la combinación de la gestión empresarial y clínica.

Lo que interesa destacar en todo caso, es que ese gobierno clínico, que incorpora la clínica a la gestión y hace gestora a la clínica, tiene como una de sus líneas fuertes la gestión por procesos. Esto implica movilizar la organización, estabilizar los procesos, descentralizar la ejecución, y delegar responsabilidades a quienes deciden operativamente en el día a día. Se trata de coordinar por normalización al mismo tiempo que se busca agilizar y flexibilizar las respuestas. Hacer que cada uno de los profesionales se implique en los resultados y los recursos para lograrlos. A eso se llama hoy Gobierno Clínico. Es la nueva esperanza del sector.

Ahora bien, la eficiencia refiere no solo a procesos bien gestionados sino también al entorno institucional donde eso ocurre. En el sector de la sanidad, la falta de eficiencia suele estar vinculada a una distorsión en la relación stock-flujos. Distintos niveles de complejidad estructural (stock de recursos), suelen emplearse inapropiadamente para generar el producto (flujo de servicios) que se espera de ellos. Esto, en el sector hospitalario se traduce en dos problemas, por un lado, las unidades de menor complejidad derivan lo que deberían atender, con lo cual se produce una sub-utilización de sus recursos. Esto se verifica en la brecha que existe entre el producto potencial y el efectivamente logrado en esos establecimientos. De hecho, esta investigación intentó arrojar luz sobre esa diferencia y la posible existencia de establecimientos que actúan con un alto nivel de congestión mientras otros funcionan con excesiva capacidad ociosa. En segundo lugar, las unidades de complejidad mayor, al ser congestionadas con una casuística simple, generan una asignación improductiva de recursos, colas de espera innecesarias y distorsiones en el perfil de atención esperado para las unidades de complejidad elevada.

Dicho de otra forma, una inadecuada relación entre la estructura (stock de recursos) y los procesos de atención (flujos de servicios) se traduce en el sistema hospitalario en un funcionamiento deficiente de la red de atención. Enfocar así el problema desde la conectividad del sistema, por otro lado, genera interés sobre la búsqueda de formas de cooperación inter-institucional que alivien el problema. Se plantea la cuestión de conciliar valores y alinear objetivos entre los agentes principales de la práctica asistencial y la función gestora. (Oteo L., 2006).

Puesto de otra forma, el armado de la redes (la conectividad) es una condición necesaria, junto al liderazgo institucional, para hacer funcionar en forma efectiva y eficiente el sistema de salud. Esto implica que la política comunicacional es clave para la cohesión interna del sistema. El modelo de "economía de la información" que parece subyacer en la realidad de la red, tiene como objetivo estudiar las consecuencias de la asimetría de información entre agentes, sobre la forma en que éstos se organizan y sobre la eficiencia de la relación que establecen. (Stadler y col. 1994)

Dicho esto sin embargo, bien pueden existir otras alternativas que expliquen el mal funcionamiento de las redes hospitalarias. Una de ellas es la de buscar una racionalidad institucional, que plantee que el problema no es la información, sino la función objetivo de las redes, que actúan con buena información en un contexto político que no sostiene el universalismo en sus modos de actuar. En ese sentido, el concepto de capital social

que refiere a las redes de relaciones sociales que pueden aumentar el capital humano⁵ (Bagnasco y col 2003) sirve para ilustrar el punto. El capital social facilita la red de relaciones entre las organizaciones públicas, que a su vez, pueden mejorar tanto la dotación infraestructural, como

⁵ Conocimientos y habilidades empleables en el mercado laboral

la producción de los servicios⁶.

Lo que los autores dejan claro, sin embargo, es que los análisis de redes que subestiman la política, impiden distinguir en que condiciones el capital social puede tener un impacto favorable y en que otras la red de relaciones puede generar una situación desfavorable, basada en el clientelismo, la corrupción y hasta economías criminales. (Bagnasco y col. Op. Cit). En otras palabras, siempre hay un potencial particularista en las redes. El capital social y las redes, son recursos que pueden ser utilizados por los actores para perseguir sus intereses. Nada garantiza que esos intereses sean los que persiguen el bienestar general. El capital social puede generar confianza e información, pero en otras situaciones, las consecuencias pueden ser incluso opuestas. Lo que interesa en todo caso, es la capacidad de la política para funcionar en base a una lógica universalista, que pueda orientar el particularismo inscripto en las redes.

En el ámbito hospitalario, las oportunidades para la distorsión de los intereses universalistas abundan. Es fácil suponer que una vez obtenido el presupuesto, se puede producir una selección adversa de rechazo de pacientes más graves y de mayor costo. Dicho de otra forma, algunas unidades institucionales, pese a su mayor complejidad, en un contexto de auto-gestión de recursos y facturación a terceros pagadores, podrían preferir cirugías rentables que no requieren internación, que no se complican, que se infectan menos y que en definitiva consumen pocos recursos relativos, y postergar simultáneamente las intervenciones complejas, caras y que resultan poco atractivas en un enfoque reductor de costos y maximizador de ingresos⁷.

En todo caso, es preciso aclarar que las redes y organizaciones se encuentran todavía fragmentadas, aún en países de mayor avance relativo sanitario, como España. Esto, debe colocar en perspectiva los problemas que se han encontrado en la conectividad inter-hospitalaria en la Provincia de Córdoba, los cuales si bien son de larga data, son indudablemente de difícil solución. Por otro lado, la falta de conectividad institucional efectiva, motiva la investigación hacia el significado de la cooperación en sanidad, los mecanismos que la estimulan o la inhiben, el papel de la contratación externa y las

condiciones necesarias para la cooperación entre niveles.

Estos temas que sugieren que una mejora en la conectividad apoyaría la inteligencia institucional y la calidad de la atención, parecen realzar su importancia ante los cambios del contexto sanitario que muestran que el ciclo de innovación tecnológica se acorta y que existe todavía una insuficiente gestión de los procesos de evaluación de innovaciones emergentes (Sólo un 25 % de las tecnologías son evaluadas por agencias estatales sanitarias). (Oteo L. Op cit.) Contra ese marco conceptual se intentó observar y describir algunos trazos del sistema hospitalario Cordobés. Los resultados se resumen a continuación.

Resultados

a) Distribución De Personal

La distribución del personal fue analizada según grupo ocupacional, según tipo de carga horaria contratada, y la cantidad de horas ofertadas por hospital. Se puede resumir que:

1) La distribución del número de agentes (grupos 71, 72, 73, 74, y 75) en los hospitales de Córdoba Capital (CC) y del Interior Provincial (IP), presenta una estrecha relación al nivel ocupacional. Sobre una planta total de

6 En Córdoba por ejemplo, un conocido Hospital de Niños, opera en red con otras instituciones, consigue el traslado de importantes cirujanos, y da cuenta así de intervenciones de altísima complejidad, aunque sin contar con todos los profesionales en su planta. Este es un ejemplo además, de como las políticas sanitarias, son más eficientes, cuando se forman y se actúa a través de una estrecha colaboración entre actores públicos, y entre éstos y los actores privados.

7 Este segundo paradigma se le hizo notar a uno de los autores en la ciudad de Santiago del Estero (Julio 2007) durante una clase de Economía de la salud por parte de los Mastrandos de la carrera de Salud Pública. Nuestro reconocimiento hacia ellos.

2596 profesionales del código 71 (Médicos, Bioquímicos, Psicólogos, Odontólogos y otros), una mayoría de ellos (53%) se desempeña en los hospitales de Córdoba Capital contra el 47 % que aparece en el interior. Respecto a los cargos del grupo 72 (Enfermeras Universitarias y Nivel Terciario, Lic.en Kinesiología, Fisioterapia y Fonoaudiología), corresponden a los hospitales de Capital el 28,2% mientras en el interior esa cifra llega al 21,0 %. Si se toma en cuenta la relación con el total de cargos de la provincia resulta claro que los agentes con cargo 72 se ubican predominantemente en Córdoba capital (62,7%) respecto al interior provincial que sólo tiene el 37,3%.

Los cargos del grupo 73, (Técnicos Universitarios en radiología, laboratorio, hemoterapia) se distribuyen también mayoritariamente en los hospitales de Capital (64,7 %) respecto al Interior (35,3 %).

2) La segunda característica además de una mayor concentración del personal en Córdoba Capital refiere al hecho de que el personal Auxiliar de enfermería con capacitación, grupo 74, representa un 24,7 % en los hospitales de Capital contra un 41,7 % en el Interior. Resulta importante destacar que relacionando la distribución del grupo 72 (enfermeras profesionales), con la del grupo 74 (auxiliares de enfermería) se observa que la atención de enfermería esta más profesionalizada en Capital que en interior. El nivel ocupacional Idóneo y auxiliar por otro lado(grupo 75), representa un 4,6 % en los hospitales de Córdoba capital y un 3,2 % en el interior provincial.

3) Entre los establecimientos hospitalarios de Capital, se observa también una relativa concentración institucional de los cargos. Cinco centros dan cuenta del 70% del total de los agentes asignados (Hospital Córdoba, de Niños, San Roque, Materno Neonatal y Maternidad Provincial). En el interior en cambio, no se observa un panorama similar ya que solamente en dos casos hay una concentración de cargos superior al 10 % del total.

En suma los recursos humanos están distribuidos en forma desigual, siendo Córdoba Capital el lugar de concentración de los recursos profesionales contratados bajo el código 71, el sitio donde la enfermería se encuentra más profesionalizada y el ámbito donde se encuentra una fuerte concentración institucional de cargos que contrasta con la dispersión de los mismos en diversos establecimientos del interior.

b) Producción del sistema hospitalario

Si se analiza la producción del sistema hospitalario medida por los servicios finales: consultas externas, egresos, prácticas complementarias y cirugías se pueden observar las siguientes características:

1) La relación entre consultas y egresos presenta valor bajo (17/1). Esa cifra no se debe ni a la restricción de oferta, ni a la alta resolución del sector de atención primaria de la salud ni a una cartera con una mezcla de casos de morbilidad severa. Más bien se interpreta el resultado como reflejo de un agrupamiento de instituciones altamente heterogéneas con una alta dispersión en sus productos finales.

2) En relación a las consultas y egresos, si bien las mismas se encuentran distribuidas en partes similares entre Capital y el interior de la Provincia hay un patrón de concentración institucional más acentuado en Capital, lo cual muestra que este segmento de la oferta, opera con una mayor intensidad, una mayor definición de perfiles institucionales especializados, con una complejidad mayor y como una red de referencia del resto de los establecimientos de la provincia.

3) Tanto en las consultas como en los egresos el peso de la atención materno infantil y pediátrica es central para entender la distribución de los servicios ofrecidos.

4) Al relacionar la cantidad de servicios finales, con las horas hombre financiadas públicamente, los resultados de las regresiones estadísticas muestran que el sistema tiene una racionalidad distributiva agregada, puesto que más de cuatro quintas partes de la variación de las horas hombre disponibles en los establecimientos, se explican

por el volumen de actividad en consultas y egresos producidos.

5) Al analizar las características de la internación, nuevamente se observa no solo un mayor nivel de camas y pacientes días promedio en la ciudad de Córdoba, sino que parece existir un cuadro inverso en términos de ocupación de capacidad entre la Capital, con alta congestión de sus recursos y el Interior que presenta en general bajos niveles de ocupación de sus camas.

6) Las cirugías por su parte, que también parecen más concentradas en relación a las consultas en la Capital, tienen una expresión pediátrica importante que vuelven a destacar la centralidad de la atención materno infantil en la Provincia.

La conclusión final, es que el sistema hospitalario de la Provincia refleja, en su morfología y comportamiento organizacional, una red segmentada en el interior con mayor presencia de perfiles especializados en Capital, donde la actividad se concentra en un menor número de establecimientos y con una racional logística agregada, pues la distribución de recursos humanos se encamina a fortalecer las instituciones con mayor trabajo y servicios producidos. Si bien la ocupación de camas parece razonable en Capital en oposición al interior, hasta aquí nada se dice respecto a la relación entre el producto potencial y el real obtenido en cada institución. Para eso es necesario establecer pautas de comportamiento estándar y comparar con los resultados efectivamente obtenidos lo que será el problema abordado en el apartado siguiente.

c) Estimación de la capacidad potencial

Se hizo una estimación de la capacidad potencial de atención del sistema hospitalario, tanto de los profesionales médicos como de profesionales y auxiliares de enfermería, para consultas externas, egresos, prácticas complementarias y cirugías (mayores y menores). La correlación entre los datos de horas disponibles (oferta) contra la demanda de horas médicas requeridas para el cumplimiento de las actividades asistenciales analizadas (consultas externas, egresos, prácticas y cirugías), según estándares de producción óptima propuestos, sugieren que el sistema hospitalario estaría operando casi al 70 % de su capacidad es decir cercano pero debajo de los estándares aceptados para el nivel óptimo (80 %). En el caso de enfermería, por otro lado, se estaría trabajando en la atención de internados en el límite máximo de la capacidad potencial, es decir al 100%. Esto implica una relativa capacidad excedente en el caso de los médicos y una ligera sobre demanda de personal de enfermería.

Es preciso aclarar sin embargo, que este promedio general puede ocultar distorsiones derivadas de una asignación asimétrica de recursos humanos, que lleva a que haya establecimientos, que estarían desempeñándose en algunos servicios, con una marcada congestión y por tanto generando listas de espera prolongadas y demanda insatisfecha y otros hospitales con una apreciable capacidad excedente. En un hospital se observó que teniendo tres veces más de horas financiadas que otro establecimiento la diferencia en consultas era apenas del 12 %.

Así, el cuadro encontrado sugiere que no es posible generalizar sobre la productividad de los recursos humanos médicos. Más bien, hay hospitales donde la oferta es grande y la producción regular y otros donde la oferta de horas de este personal es más restringida y se mantiene una producción elevada de servicios. Habría que profundizar el análisis para entender, que representan esas diferencias a la luz de la mezcla de casos (complejidades diferentes de pacientes) que atienden esos hospitales.

En resumen, se puede afirmar que hay una homogeneidad mayor en el comportamiento de los hospitales de Córdoba que en el interior. En Capital aparece un caso de altísima utilización de la capacidad que es el Hospital Pediátrico del Niño Jesús, el que atiende una gran cantidad de consultas con una oferta de horas profesionales relativamente reducida, en relación al resto de los establecimientos que tienen una performance de

producción parecida. En el interior, el cuadro es de mayor variabilidad existiendo en algunos casos una dotación de horas de personal abundante con una producción reducida y viceversa. Esta situación no implica hacer juicios sobre uno y otra, por carecerse de información, sobre la mezcla de casos que atiende uno y otro establecimiento. Sin embargo deben llamar la atención las diferencias para estudiar en mayor profundidad la razón de ser de las brechas y las distancias detectadas.

d) Relevamiento in situ de hospitales

Más allá de los porcentajes e indicadores referidos, el estudio incluyó una serie de visitas in situ y entrevistas con informantes claves. Se buscaba aprender sobre los problemas existentes tanto en relación a la situación de sus recursos humanos, como a la integración de la gestión con la clínica, así como la situación de articulación inter-institucional entre los establecimientos para configurar la red asistencial.

Se presentan aquí los resultados obtenidos del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Hospital Córdoba, Hospital Materno Neonatal, Hospital Pasteur de Villa María y del Hospital Regional de Villa Dolores. Estos establecimientos fueron seleccionados siguiendo criterios de localización geográfica, perfil hospitalario y nivel de complejidad.

1) Surge del relevamiento efectuado, que los problemas en relación a los recursos humanos se vinculan, más que a su cantidad, a aspectos relacionados con el desgaste profesional, la desactualización operativa de los mismos y la asimetría en la formación relativa a los perfiles de los servicios en los que prestan sus funciones.

2) Se detectaron asimismo cuestiones de contexto institucional que parecen agravar los problemas del desgaste del personal caracterizados por la desarticulación de la red hospitalaria y la falta de organización administrativa en el manejo de las patologías.

3) Adicionalmente, existe la presión sobre los recursos humanos derivada de la asimetría entre la organización formal y funcional de los establecimientos que exige esfuerzo y dedicación por un lado, pero que no provee las posiciones institucionales por el otro, sobre-exigiendo así al personal en contribuciones voluntarias de esfuerzo no reconocidas debidamente por la institución.

4) El análisis indica que resulta importante enfocar a los hospitales dentro de un esquema de equilibrio general dentro de la red, y como un conjunto complejo de procesos interrelacionados y articulados en su totalidad.

5) En la actualidad el desafío hospitalario parece radicar en superar las fragmentaciones y trabajar en una única gestión de pacientes, que facilite la asignación de los recursos de la forma lo más eficiente posible. En ese sentido los jefes de servicio siguen sin entender su papel de gerentes administrativos. Los jefes de departamentos por su parte, se siguen comportando como jefes de servicio y sin cumplir el papel aglutinador que les corresponde. Los directores hospitalarios entonces tienen que seguir interactuando con jefes de servicios no coordinados, lo que potencia el trabajo ineficiente y elimina potenciales sinergias operativas de una agenda directiva demasiado abarrotada por la desorganización.

6) Habría que definir el perfil de las jefaturas de servicios y de los departamentos. Es preciso encontrar también, mecanismos que construyan legitimidad para las jefaturas. Se observó que los profesionales no consiguen construir el capital social necesario. Se está lejos de armar equipos de alto rendimiento. Hay una competencia sorda, y de hecho, entre los propios colegas de trabajo. Algunos no quieren asumir la responsabilidad de conducción de los departamentos pero tampoco se sienten representados por nadie que los reemplace en el cargo por ellos rechazado.

7) Se detectaron propuestas de departamentalizar los hospitales. Sin embargo, ante una demanda espontánea, no canalizada institucionalmente desde la red, que termina en los departamentos ambulatorios de hospitales de alta complejidad, con la demanda

adicional existente sobre estos establecimientos derivada de dar servicios de trasplante a todo el noroeste del país, sin la posibilidad de organizar la agenda quirúrgica asignando un día a la semana para la mediana complejidad por la falta de contención en otros hospitales, todo indica que pensar en soluciones departamentales que requieren una sintonía fina en la articulación, parece demasiado alejado en la actualidad.

8) Parece necesario repensar también, los roles de los establecimientos. Explicitar la división del trabajo entre los hospitales y establecer metas de cumplimiento. Es preciso realizar un control de gestión de la red en su conjunto y dejar de actuar como si cada nivel superior fuera en realidad, un subsidio implícito al esfuerzo no realizado en otras partes del sistema. Sin una perspectiva como la mencionada, y sin una gestión global que impida el desarrollo desigual de los procesos, la distorsión en la planta de recursos humanos y el funcionamiento sub-óptimo se vuelve inevitable.

Conclusiones y Recomendaciones

El sistema Hospitalario de Córdoba tiene capacidad ociosa y listas de espera. También presenta una desigual utilización de la dotación de recursos humanos profesionales financiada. La conclusión es que los pacientes esperan, los establecimientos no pueden producir al nivel de complejidad para el cual están preparados, la red de referencia y contrarreferencia funciona como un mecanismo de subsidios implícitos de los establecimientos congestionados para con aquellos con bajas tasas de utilización de su mano de obra, y la falta de articulación adecuada de los establecimientos entre sí, lleva a la ineficiente utilización de la estructura que el sistema dispone. Los problemas son centralmente de procesos y no de estructura. Se recomienda:

a) Recursos Humanos

1. Fortalecer la profesionalización del personal de enfermería, priorizando el interior. Los recursos humanos están distribuidos en forma desigual en relación a su capacitación. En Córdoba Capital la enfermería se encuentra más profesionalizada, a estar por la relación entre enfermeras profesionales y las auxiliares de enfermería en cada zona.

2. Aumentar el número de enfermeras. Los indicadores de utilización de dotación de personal indican que enfermería trabaja a plena ocupación y en algunos casos sobrecupando la dotación del personal. Esto debe afectar la calidad de las prestaciones y conduce a agravar el problema detectado de desgaste de personal.

3. Profundizar el estudio sobre el problema de la eficiencia en el uso de los recursos humanos. Hace falta comprender porque hay una relación de tres a uno en horas financiadas, con casi imperceptibles diferencias en la producción de consultas entre ciertos establecimientos.

4. Designar el personal necesario para poner en funcionamiento los quirófanos del Hospital Tránsito Cáceres y aumentar la capacidad quirúrgica del Hospital Misericordia. El congestionamiento de los Hospitales de alta complejidad como el Hospital Córdoba, San Roque, el de Niños de la Santísima Trinidad se debe también en parte a la subutilización de la capacidad instalada en Capital. Hay desperdicio institucional de recursos por falta de una relación adecuada entre personal y los insumos físicos. De esa manera se producen también ineficiencias, no por falta de colaboración de los recursos humanos sino porque la función de producción está inadecuadamente planteada. Médicos sin insumos o estructura sin médicos para efectivizar procesos conducen a la misma situación de desperdicio institucional de los recursos invertidos.

5. Fortalecer el personal para el desarrollo de los procesos administrativos de gestión en forma simultánea al de las vías clínicas. Los Hospitales son entidades que deben gerenciar no solo el riesgo clínico, sino también el complejo marco regulatorio público, la información de enfermedades y costos, la gestión administrativa de los pacientes y las patologías, así como el mantenimiento preventivo de los equipamientos. Eso requiere

la presencia en planta no sólo de abogados, contadores e ingenieros sino también un sistema de información adecuado a la gestión de los pacientes y patologías, antes que el registro de la producción intermedia hospitalaria, que no permite comparaciones entre sí, dada la ausencia de información sobre la severidad de los casos tratados.

6. Capacitar al personal de mantenimiento. El personal de planta encargado del mantenimiento, sufre una permanente depreciación por los cambios en los procesos de atención. La tecnología evoluciona rápidamente y los requerimientos de los procesos operativos clínicos de procesos logísticos de apoyo complejos son cada vez mayores. Es preciso plantear un sistema de capacitación continua al personal de mantenimiento.

b) Planificación Estratégica, Gestión por Procesos y Control de Gestión

7. Mejorar la articulación de la red de referencia. Hay un patrón de concentración operativa institucional más acentuado en Capital, mostrando que en esa área de cobertura el sistema funciona con mayor intensidad, especialidad, complejidad y como referencia del resto de provincia. El peso de la atención materno- infantil y pediátrica es central para entender la distribución de los servicios ofrecidos. Cumplir esa Misión dentro de la red requiere que el resto de la misma contenga la cirugía y la complejidad intermedia.

8. Aumentar el control de gestión sobre los establecimientos del interior que parecen llevar adelante inadecuadamente los procesos que tienen como Misión. La descaracterización de sus funciones mediante la simplificación de la mezcla de casos atendida, hace que en algunos casos los hospitales del interior funcionen excesivamente como derivadores de casos hacia Capital, congestionando los hospitales de alta complejidad y sub-utilizando la propia estructura instalada en el interior.

9. Obtener información sobre la mezcla de casos y la severidad de los pacientes que se atienden en cada establecimiento, para poder hacer evaluaciones comparativas de su producción y la utilización de sus recursos. En la actualidad la información disponible no permite esa estimación y las conclusiones se deben apoyar en supuestos, que pueden ocultar importantes diferencias en la intensidad del uso de los recursos disponibles.

10. Fortalecer la línea media de los establecimientos. Los hospitales tienen directores expertos en describir problemas, pero que trabajan en soledad o rodeados de pequeños grupos de colaboradores. Eso no es suficiente para gestionar entidades tan complejas. Se necesitan niveles de decisión intermedios. Se requiere establecer una estructura de líneas medias, que conecten las cumbres estratégicas a los núcleos operativos que llevan adelante los procesos clínicos.

11. Fortalecer la capacidad de gestión por procesos en los hospitales. Eso implica el planteo de un plan estratégico que establezca el mapa de procesos priorizados. La estabilización, documentación, descripción de los flujos de actividad, planteo de actividades iniciales y finales, recursos utilizados, secuencia de su participación, estimación de indicadores centinelas y establecimiento de estándares para su posterior mejora gradual.

12. Ampliar la protocolización de los procesos clínicos y desarrollar los manuales de procedimientos de los procesos administrativos de gestión. Esos aspectos deben servir para movilizar la organización y armar equipos de alto rendimiento.

Bibliografía

1. BAGNASCO A., PISELLI F., PIZZORNO A y C. TRIAGLIA (2003), "El Capital Social Instrucciones de Uso". pp 8 y pp. 39 Fondo de Cultura Económica.
2. OTEO LUIS ÁNGEL (2006), "Gestión Clínica: Gobierno Clínico". Editado por, Díaz de Santos, España
3. STADLER I. y D. PÉREZ CASTRILLO. (1994) "Introducción a la economía de la información". pp 11. Editorial Ariel S.A. Barcelona.
4. VIEYTES R. (2004). "Metodología de la Investigación en Organizaciones, Mercado y Sociedad". Editorial de las Ciencias. Argentina