

ADMINISTRACION DE SALUD

ELEMENTOS
PARA LA GERENCIA HOSPITALARIA

Sergio A. Herra Sánchez, M.B.A.*
Nuria Rodríguez Sama M.B.A.**

SUMMARY

This is a historial review about the conception of the hospital, his management, some characteristics of hospitals, some indicators and some aspects of administration proposed.

INTRODUCCION

El origen de la atención de pacientes en hospitales se pierde en la antigüedad. Conociéndose acerca de establecimientos de salud en Babilonia, India, cinco siglos antes de Cristo. También se ubican en Ceilán, Grecia, Roma. En la época cristiana se ubican como nosocomios (asilos para enfermos) y gerentocomios (albergues para ancianos). Posteriormente se ubican en órdenes religiosas y militares. El nacimiento del hospital como sitio de atención al enfermo se ubica en la

primera mitad del siglo XIX, debiendo ubicarse actualmente como un sistema abierto, con actividades propiamente asistenciales y actividades de apoyo, lo que ha traído mayor complejidad al funcionamiento hospitalario. Los hospitales son, de todas las empresas públicas o privadas, las instituciones más complejas para administrar; existen identificados más de 300 empleos diferentes, distribuidos en una diversidad de unidades o departamentos, en general independientes, los cuales si no están bien conducidos, transforman esos servicios de salud en verdaderas "Torres de Babel". El hospital es una organización que moviliza la capacidad y el esfuerzo de amplia variedad de grupos de personal profesional, semiprofesional

y no profesional con el objeto de proporcionar servicio altamente personal. Su principal actividad el proporcionar al paciente servicios médicos, quirúrgicos y de enfermería y su preocupación más importante es la vida y salud del paciente. Objetivo principal de la organización y que forma la base de todas las actividades del hospital general, asimismo el empleo del recurso humano en el Hospital es numeroso y complejo. La división del trabajo es extensa. Así mismo la relación entre profesionales de las ciencias de la Salud y administradores son relativamente independientes y eso hace que aumenten las marcas distintivas del hospital. Se debe programar la actividad del hospital de tal forma que funcione acorde a las

* Catedrático Asociado, Escuela Autónoma de Ciencias Médicas. Universidad Autónoma de Centro América.

** Escuela Ciencias Exactas y Naturales. Universidad Estatal a Distancia (UNED).

características del mismo. Se propone el siguiente índice provisional:

Introducción: Información General sobre la programación del mismo.

Organización: Establece un conjunto de actividades programadas con la finalidad de hacer que la institución alcance los objetivos propuestos. Se puede encontrar en su contenido: Organigrama, posición, localización, competencia, descripción de cargos, funciones o puestos. Los hospitales han desarrollado un sistema de coordinación interna intrincado, pues nada se realizaría si no hubiera coordinación entre sus integrantes y continuidad en sus operaciones. Fundamentalmente, el hospital es un sistema más bien humano que mecánico y aunque puede poseer equipo elaborado e impresionante, o una gran variedad de recursos físicos y materiales, no tiene sistemas físico-mecánicos para manejar y procesar su trabajo, asimismo el hospital es una organización oficial, casi burocrática, la cual como todas las organizaciones orientadas hacia una misión, depende en gran parte de sistemas oficiales, reglas y reglamentos explícitos formulados por escrito y con una autoridad oficial para el control del comportamiento y las relaciones laborales de sus miembros. Aún así se tienen insumos (pacientes), que son sometidos a un proceso durante su hospitalización y egresa un producto (paciente tratado). A su vez, el hospital forma parte del subsistema de atención en salud, en donde debe considerarse el medio ambiente, el comportamiento, la herencia, los servicios de atención de salud, la responsabilidad por la prestación de servicios de salud. Asimismo se da un carácter autoritario, re-

sultante de las fuerzas históricas originadas cuando la profesionalización y la especialización estaban en sus etapas iniciales y el funcionamiento del hospital estaba en íntima relación con el carácter religioso y militar. Se puede supervisar un hospital, típicamente, bajo los estilos X-Y de McGregor:

TEORIA X:

El ser humano promedio tiene aversión al trabajo. Al ser humano se le debe obligar, controlar, dirigir o amenazar con un castigo, con objeto que haga el esfuerzo suficiente para alcanzar las metas institucionales. El ser humano promedio prefiere ser dirigido y evitar la responsabilidad.

TEORIA Y:

El desgaste físico y mental es igual en el esfuerzo de trabajo que en el juego o en el descanso. El control externo y la amenaza del castigo no son los únicos medios para lograr que la gente trabaje para alcanzar los objetivos de la organización. El compromiso con los objetivos es una función de las recompensas asociadas con su logro. Las personas promedio aprenden, bajo las condiciones apropiadas, no sólo a aceptar, sino aún a buscar las responsabilidades. La mayoría de las personas son capaces de alcanzar un alto grado de imaginación, de ingenio y de creatividad en la solución de los problemas institucionales. Bajo las condiciones de la vida industrial total el potencial intelectual de las personas promedio, se utiliza sólo parcialmente. De acuerdo a Maslow, existen cinco sistemas básicos de necesidades, que explican gran parte del comportamiento humano, que tienen ínti-

ma relación con la administración de los hospitales:

Las necesidades insatisfechas afectan la motivación. El efecto del medio ambiente, en la motivación del individuo. La estructura del puesto, en donde los supervisores deben contribuir a satisfacer las necesidades del hospital y por ende del recurso humano. Se debe administrar la motivación. Se debe trabajar sobre las necesidades de los empleados iniciado en sus necesidades básicas o fisiológicas. Se deben satisfacer las necesidades de seguridad, de pertenencia y afiliación, de autoestima, de autorrealización. La motivación de los empleados afecta la conducción. Debe buscarse la motivación. La satisfacción del trabajo afecta las metas del hospital. El papel del director ejecutivo del hospital contemporáneo es uno de los más desafiantes, al ser sistemas abierto, y tener que reconocerse su entorno político, social y tecnológico. Se debe evaluar el ambiente, se deben formular estrategias, desarrollar políticas, conocer el diseño de la organización, poner en práctica las medidas requeridas y evaluar los proyectos o políticas implementadas. El producto de la organización - la atención al paciente - es individualizado más bien que uniforme e invariable. Debido a que el trabajo no es mecanizado ni uniforme y a que no puede planificarse con anterioridad y con la precisión automática de una línea de ensamblaje, la organización debe depender en gran parte de su personal, para hacer los ajustes cotidianos que la situación pueda requerir pero que no pueden ser pormenorizados o previstos por las reglas y regulaciones de una organización oficial, de tal forma que di-

fiere de la técnica de producción empleada, el hospital emplea una técnica de producción unitaria. Existe un promedio anual de cinco a diez consultas médicas por persona, ya sea con fines preventivos o curativos. También, dependiendo de la severidad de las enfermedades, se hace necesaria la hospitalización, dándose anualmente de 150 a 200 ingresos por mil habitantes y el tiempo viene a representar entre día y medio a dos días por habitante. El costo de la estancia hospitalaria es de 4 a 5 veces el ingreso diario per cápita. El costo total del sistema hospitalario representa del 2 al 3% del PIB. La tendencia a largo plazo en todo el mundo parece apuntar hacia una mayor participación del Estado en la propiedad de los hospitales. A medida que la tecnología médica se perfecciona y encarece, aumentando en consonancia lo que la población espera de ella, el establecimiento de hospitales requiere mayores recursos económicos, que sólo el gobierno puede facilitar. En el proceso de evolución del Hospital, este tiene asignadas tres grandes funciones: De atención médica integral: Además de dar respuesta a la demanda generada por la enfermedad, el Hospital debe proporcionar actividades de promoción, protección, recuperación y rehabilitación, así como de mejoramiento del ambiente. De educación: La calidad de la atención médica se mejora cuando paralelamente se desarrollan funciones de docentes. De investigación: Se debe dar investigación de dos tipos: médica y administrativa. Los hospitales se orientan más hacia la asistencia médica que hacia la enseñanza de la medicina, la superespecialización médica y tecno-

lógica, con la consiguiente falta de armonía con los otros servicios de salud pública y poca o ninguna preocupación por la formación de otros profesionales en salud no médicos. Los hospitales se clasifican de acuerdo a diversas características:

1. Por el tipo de enfermo que atiende:
 - Hospitales generales: aquellos que atienden todo tipo de enfermo.
 - Hospitales especializados aquellos que atienden un solo tipo de enfermos (Pediátricos, psiquiátricos y materno-infantiles).
2. Según niveles de atención del sistema de servicios de salud (regionalización de la atención de la salud):
 - Hospitales locales o (periféricos).
 - Hospitales regionales.
 - Hospitales nacionales.
3. Por el tiempo de permanencia de los enfermos:
 - Hospitales de agudos.
 - Hospitales de crónicos. (Límite de 22 días de internamiento.)
4. Por su capacidad (tamaño):
 - Hospitales pequeños: capacidad hasta 100 camas.
 - Hospitales medianos: capacidad entre 100 y 300 camas.
 - Hospitales grandes: capacidad mayor de 300 camas.
- 5) Según el tipo de construcción:
 - Hospitales verticales.
 - Hospitales horizontales.
- 6) Según la entidad propietaria:
 - Hospitales públicos.
 - Hospitales privados.
 - La planificación, aplicada a las uni-

dades médicas, se refiere a preveer la estructura física de dichos establecimientos, a determinar previamente sus metas, definir sus atributos y los resultados que se esperan obtener y diseñar las estrategias.

Componentes en el contexto hospitalario:

- Demanda: Incluye las variables que caracterizan usuarios de los servicios hospitalarios que son en realidad, variables inherentes a los usuarios de los servicios que brinda el Sistema Local o el Sistema Nacional, según sea el tipo de hospital.
- Variable demográfica: Estructura por edad, sexo y zona.
- Variable epidemiológica:

Morbilidad general y específica según grupos etáreos, sexo y zona.
Mortalidad general y específica según grupos etáreos, sexo y zona.
Factores relacionados.

- Necesidades:
Reales.
Sentidas.

• Demanda efectiva: Relación entre el número de pacientes atendidos y los rechazados.

- Oferta:
Cantidad y tipo de recurso humano.
Cantidad y tipo de recurso físico.
Cantidad y fuente de recurso financiero.
Organización y administración de estos recursos.

• Disponibilidad de camas hospitalarias: Número de camas existentes en el hospital / Población del área de in-

fluencia.

- Distribución de camas por servicio de hospitalización: Número de camas existentes por servicio / total de camas del hospital.

Para hospitales generales se acepta la siguiente distribución de camas:

Servicio de Medicina: 20%

Servicio de Cirugía: 35%

Servicio de Gineco Obstetricia: 20%

Servicio de Pediatría: 25%.

- Composición del recurso humano por cama hospitalaria:

Cantidad de personas según tipo: (Médico, enfermera, auxiliares de enfermería, personal administrativo, totales y por servicio / Número de camas (Total y por servicios).

- Proceso:

Se produce al interactuar la demanda y la oferta. En este componente se evalúan la naturaleza y contenido de la atención.

Indicadores de Costo:

Gasto total por servicio de hospitalización / No. total de días cama ocupada (días paciente).

Gasto total en consulta médica / No. total de consultas médicas realizadas (ya sea general o especializada).

Gasto por actividad final / gasto total del hospital.

- Indicadores de utilización (rendimiento y productividad) de recursos. Total de horas de utilización en un mes / total de horas disponibles para la utilización en un mes (consultorio o quirófano).

No. total de horas trabajadas por mes / No total de horas contratadas por mes.

No. total de productos obtenidos durante un período / No de días del período.

No. de exámenes realizados en consulta externa según el tipo en un período / No. total de consultas médicas realizadas en ese período (o para hospitalización).

Cantidad de consultas médicas realizadas por grupo de edad / No. de egresos hospitalarios según grupo de edad.

- Porcentaje ocupacional o índice de ocupación de camas:

Total de camas ocupadas en un período / total de camas disponibles en el período.

- Promedio de estancia

No. total de días de estancia de los pacientes egresados / No total de pacientes egresados

Estancia corta: Menos de 10 días

Estancia larga: Entre 21 y 30 días

Estancia prolongada: Más de 30 días

Giro cama o índice de rotación de camas:

No. total de egresos en un período / No. total de camas disponibles en el período.

Tasa de mortalidad hospitalaria:

Bruta: Total de muertes: Total de muertes / total de egresos X 100.

Neta: Total de muertes luego de 48 horas de internamiento: Total de muertes de más de 48 horas / total de egresos.

- Tasa de mortalidad materna:

No. de muertes por complicaciones del embarazo, parto o puerperio / total de nacidos vivos en el hospital X100.

Tasa de mortalidad fetal tardía:

Total de muertes fetales tardías (28 semanas o más de gestación) ocurridas en el hospital / total de nacidos vivos en el hospital X 100.

Tasa de mortalidad del recién nacido: Total de defunciones de recién nacidos ocurridos en el hospital / total de nacidos vivos en el hospital X 100.

Porcentaje de mortalidad anestésica:

Defunciones por anestesia / total de pacientes que recibieron anestesia X 100.

Porcentaje de mortalidad post-operatoria:

Total de defunciones postoperatorias / total de operaciones quirúrgicas X 100.

Índice de necropsias:

Total de necropsias practicadas / total de defunciones hospitalarias X 100.

Se aceptan como valores normales los siguientes:

Hospital Universitario: 70%.

Hospital no universitario con departamento de Anatomía Patológica: 30%

Otros hospitales: 15%.

Índice de cesáreas:

Total de cesáreas realizadas / total de partos intrahospitalarios.

En general se acepta como normal el 12%.

La toma de decisiones del hospital deben ser tomadas por consenso (como resultado del análisis grupal, en donde se toma la mejor decisión), en este caso las acciones del coordinador deben ser: Procurar exponer con toda claridad los temas que han de analizarse.

Escuchar atentamente lo que dicen los demás.

Desconfiar de la validez de los acuerdos que se logran demasiado fácilmente.

Evitar la competencia y la discusión vana.

No permitir votaciones.

CONCLUSIONES

En esta revisión sobre el manejo hospitalario, se puede establecer la complejidad que significa su administración no siendo similar a la de las empresas. Debido a ello, la administración hospitalaria debe contemplar aspectos no tradicionales desde la diversidad de puestos, hasta los diversos tipos de supervisión. Estos aspectos deben tomarse en cuenta en el momento de proponer nuevos modelos de administración y gerencia hospitalarias así como el establecimiento de normas de evaluación. Incluso existen diferencias marcadas de acuerdo a los diversos tipos de hospital, y como los componentes en el contexto hospitalaria, varían según sus propias características, de ahí que la gerencia hospitalaria represente un reto ante los aspectos tradicionalmente expuestos.

RESUMEN

Se realiza una revisión histórica del concepto de hospital, su administración Interna, las características de los Hospitales, desde diversos aspectos, algunos de los indicadores utilizados en el contexto hospitalario, así como diversos criterios de su administración propuesta.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Appelbaum SH: Un esquema de dirección y motivación dentro del ambiente cerrado del hospital. En *Análisis de las Organizaciones de Salud*. Washington D.C.: OPS, 1987, p.99-113.
- 2) Bauerschmidt, A: Un esquema de dirección y motivación dentro del ambiente cerrado del hospital. En *Análisis de las Organizaciones de Salud*. Washington D.C.:OPS, 1987, p. 31-38.
- 3) De Moraes Novaes H: Problemas del hospital universitario moderno: factores institucionales en la crisis de los hospitales clínicos. En *Análisis de las Organizaciones de Salud*. Washington D.C.: OPS, 1987, p.31-38.
- 4) De Moraes Novaes H: La programación operacional del hospital y otras unidades. En:

Paganini JM y de Moraes H, editores. *Acreditación de Hospitales para América Latina y el Caribe*. Washington D.C.: OPS, 1987, p.106-131.

5) Donnelly JH, Gibson JL, Ivancevich JM: *Fundamentals of Management*, BPI / Irwin. Seventh Edition, Boston, 1990.

6) Georgopoulos BS, Mann FC: *El Hospital como una organización*. En *Análisis de las organizaciones de Salud*. Washington D.C.: CPS, 1987, p.19-30.

7) Longest B: *El director ejecutivo del hospital contemporáneo*. En *Análisis de las Organizaciones de Salud*. Washington D.C.: QPS, 1987, p.149-166

8) Sáenz Jiménez, Lenin. *El Hospital y la Salud*. En: *Administración de Servicios de Salud*. San José, C.R.: UNED, 1993 P. 365-417.

9) Schultz R, Johnson AC: *El hospital como subsistemas del sistema de atención de salud*. En *Análisis de las Organizaciones de Salud*. Washington D.C.: OPS, 1987. p. 237-249.

10) Vargas Fuentes. Mauricio: *Elementos para la gerencia hospitalaria*. En *Gerencia de Servicios de Salud*. ICAP, 1993. P. 95-133.

11) Villanueva Compañ, M: *La toma de decisiones en la administración hospitalaria*. En *Análisis de las Organizaciones de Salud*. Washington D.C.: OPS, 1987, p. 250-253.