

MAESTRÍA EN DIRECCIÓN DE EMPRESAS

FACULTAD DE CIENCIAS ECONÓMICAS

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

Trabajo Final de Maestría para optar al título de Magíster

Título:

PLAN DE INTERVENCIÓN SOBRE UNIDAD DE CUIDADOS CRÍTICOS DEL HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS JOSÉ DE SAN MARTÍN DE LA PLATA

Maestrando: Juan José Hirschfeld

Director: Ernesto Fabián Botana

LA PLATA, 05 de septiembre de 2023

Índice

| | |
|--|-----------|
| Aclaración sobre el contexto temporal de realización del trabajo..... | 4 |
| Introducción..... | 5 |
| 1.-Presentación del tema..... | 7 |
| 1.1.- Planteo del tema | 7 |
| 1.2.- Características del hospital objeto de estudio del Plan de Intervención..... | 9 |
| 1.2.1. <i>Visión</i> | 9 |
| 1.2.2. <i>Misión</i> | 9 |
| 1.2.3 <i>Valores</i> | 10 |
| 1.2.4. <i>Propósito</i> | 10 |
| 1.3.- Unidad de Cuidados Críticos | 10 |
| 2.-Objetivos y aspectos metodológicos | 12 |
| 2.1.- Objetivo General | 12 |
| 2.2.- Objetivos Específicos..... | 12 |
| 2.3.- Límites del estudio | 12 |
| 2.4.- Justificación | 13 |
| 2.5.- Proceder metodológico..... | 13 |
| 3.-Conceptos teóricos | 14 |
| 3.1.- Noción de salud..... | 14 |
| 3.2 Principales características del Sector Salud de la Argentina | 14 |
| 3.3 La salud como política pública | 16 |
| 3.4. Gestión administrativa en el ámbito de la salud..... | 17 |
| 3.5. Planificación organizacional | 18 |
| 3.6. Coordinación de la gestión organizacional..... | 19 |
| 3.7 La institución hospitalaria | 21 |
| 3.8. Cisne Negro (2011)..... | 24 |
| 4.-Diagnóstico de la problemática | 29 |
| 4.1.- Contexto general..... | 29 |
| 4.1.1. <i>Datos estadísticos de servicios del hospital</i> | 32 |
| 4.2.- Recursos humanos | 33 |
| 4.3.- Recursos económicos..... | 35 |
| 4.4.- Infraestructura | 36 |

| | |
|--|-----------|
| 4.5.- Algunas herramientas de análisis/gestión empleadas en un diagnóstico | 40 |
| 4.5.1. <i>Business Model Canvas</i> | 40 |
| 4.5.2. <i>Análisis Pestel</i> | 43 |
| 4.5.3. <i>Entorno competitivo</i> | 52 |
| 4.5.4. <i>Análisis FODA del servicio analizado</i> | 55 |
| 4.5.5. <i>Fortaleza competitiva</i> | 57 |
| 5.-Plan de intervención..... | 59 |
| 5.1.- Plan de intervención | 59 |
| Etapas del plan de intervención | 60 |
| <i>Diagnóstico inicial</i> | 61 |
| <i>Diseño del plan de intervención</i> | 63 |
| <i>Implementación del plan</i> | 66 |
| <i>Evaluación y ajuste</i> | 68 |
| Organización y funcionamiento | 70 |
| 5.9.- Gestión de pacientes | 72 |
| 5.10.- Funcionamiento frente a futuras crisis | 73 |
| Análisis de factibilidad del plan de intervención..... | 75 |
| Evaluación del plan de intervención | 76 |
| 6.-Conclusiones | 79 |
| 7.-Referencias bibliográficas | 82 |
| 7.1.- Bibliografía | 82 |

Aclaración sobre el contexto temporal de realización del trabajo

El presente trabajo final de maestría comenzó a realizarse durante el año en que fue declarada la pandemia global de Covid-19, y el grueso de su desarrollo se elaboró en los dos años posteriores. Ahora bien, los efectos de esta pandemia sobre los sistemas de salud y sobre los ámbitos sociales y económicos han quedado sin duda atenuados al momento de lectura de estas líneas. Sin embargo, y en gran medida por la propia recomendación del MBA de la Facultad de Ciencias Económicas, nada se ha restado al escrito de su original concepción, manteniendo en todo momento el "tono" propio y el contenido esencial de un documento elaborado en su mayor parte durante el aciago trienio 2020-2022, periodo marcado por las debidas alertas y los muy relevantes efectos sobre la gestión de las organizaciones de un escenario muy riesgoso e impredecible como el que trajo la Covid-19; máxime cuando tales organizaciones se trataran de establecimientos del ámbito de la salud como es el caso del objeto de análisis de este trabajo final de maestría.

Introducción

En el marco de la pandemia por el coronavirus originada en China en el mes de diciembre de 2019, que luego se expandió por Europa y todo el mundo, en la Argentina se han sancionado desde su comienzo distintas normativas de emergencia, destinadas a abordar y mitigar la presente crisis que involucra a las distintas personas y las diferentes sociedades que interactúan en el medio para dar respuesta a las demandas de la sociedad en el ámbito de la salud. Gran parte de las recomendaciones a los equipos de salud para hacer frente al virus fueron humanizarse en esta pandemia y ante las futuras crisis, buscar redactar protocolos de actuación que contemplen el trato humanizado en este contexto, fortalecer la dignidad del ser humano y proveer un trato digno al paciente desde una perspectiva de derechos humanos integral.

Las pandemias originadas por enfermedades infecciosas generan nuevos desafíos éticos en las organizaciones y en las prácticas de la salud pública. Durante las situaciones de crisis que se generan las capacidades humanas y los recursos materiales disponibles para dar respuesta a las necesidades suelen verse sobrepasados frente a la respuesta de atención que necesita la demanda de pacientes. La institución sobre la que se realiza el presente plan de intervención pertenece al ámbito de la salud pública, siendo un hospital de referencia a nivel interzonal del que se releva información para la toma de decisiones en un contexto declarado de pandemia global, la futura aplicación de prácticas profesionales acordes y un mejoramiento para las situaciones de crisis venideras que cíclicamente puedan aparecer y afectar en gran medida a la población en su conjunto.

El presente estudio evalúa la situación actual de la organización objeto de estudio, el Hospital Interzonal de Agudos José de San Martín de La Plata, y puntualmente la de su Unidad de Cuidados Críticos, en base a un diagnóstico interno que permite identificar un déficit en la gestión que atraviesa a la institución en su conjunto, llevándola por caso a no contar hoy con indicadores relevantes que permitan planificar, gestionar, organizar, dirigir y controlar mecanismos oportunos para poder brindar servicios eficientes y efectivos. Se centra especial atención en el área crítica como consecuencia de las condiciones internas

que impactan en el desarrollo de la atención de la salud. Son esas condiciones internas las que serán identificadas y analizadas a lo largo del presente documento.

El trabajo comienza con una breve presentación del tema a desarrollar, orientada a mostrar la situación general de la organización frente a la situación compleja de salud que supone la demanda de atención producida por el virus Covid-19, describiendo el servicio de área crítica con su desarrollo. Posteriormente, en relación con el concepto de gestión eficiente y efectiva que refiere a la capacidad de dar respuestas oportunas a la población, se describirán los conceptos teóricos que serán los lineamientos que permiten otorgar una estructura de referencia al análisis propuesto. Adicionalmente se procederá a la descripción de la relevancia que tiene el sector de la salud en la atención de las patologías críticas suscitadas en la actualidad.

Se definen luego los objetivos que dirigen el desarrollo del trabajo, su justificación, el alcance y los límites en los que se encuentra enmarcado. Finalmente se desarrollará el proceder metodológico seguido para su análisis.

En la parte final se incluirá el uso de las herramientas de gestión aplicadas con el estudio de la factibilidad del plan de intervención, junto a un modelo Canvas para análisis de una organización pública. Del mismo modo, se hará uso del modelo de rivalidad de Michel Porter, de un análisis de ponderación Pestel y de las fuerzas competitivas de la institución en relación con una organización privada, lo que permite plantear respuestas frente a una situación de crisis recurrente y cambiante. El trabajo culmina con conclusiones respecto de la propuesta de plan de intervención y mejora.

1.-Presentación del tema

1.1.- Planteo del tema

La aparición de patologías que afectan a la sociedad en la actualidad conlleva el surgimiento de nuevos conflictos y necesidades entre los distintos recursos del sistema de salud. Mediante la atención que se debe brindar en situaciones de afectación frente a enfermedades virales, cada vez resulta ser mayor la demanda que tienen en estas situaciones los hospitales públicos, y en especial las áreas críticas que son los servicios que debido a la complejidad de atención que representan son quienes deben dar respuestas oportunas a dicha demanda.

En la situación producida por la pandemia de Covid-19, las organizaciones de salud en particular son exigidas por una problemática diversa y compleja; siendo estas situaciones crisis cíclicas que se generan dentro del sistema, que deja en evidencia el inadecuado manejo de los recursos y hasta problemas básicos de infraestructura en los distintos centros de salud. Frente a este contexto, lograr aplicar un modelo de gestión en un hospital público constituye un verdadero desafío.

Entre las principales causas del déficit de gestión se encuentra el aumento de la demanda debido a la aparición de diversas patologías, especialmente las enfermedades virales. Además, la complejidad de la atención en las áreas críticas requiere recursos y personal altamente especializado, lo que puede dificultar la respuesta oportuna ante la demanda creciente. Por otro lado, la falta de una gestión adecuada ha llevado a un uso inadecuado de los recursos, y a problemas de infraestructura que limitan la capacidad de la Unidad de Cuidados Críticos objeto de este análisis para brindar una atención de calidad.

Estas deficiencias en la gestión tienen consecuencias negativas en el sistema de salud. Los pacientes experimentan tiempos de espera más largos, una calidad deficiente en la atención recibida y un mayor riesgo para su salud. Además, el personal de la Unidad de Cuidados Críticos se ve afectado por la carga de trabajo adicional, el estrés y el agotamiento.

Por tanto, los efectos del problema del déficit de gestión en la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Interzonal General de Agudos José de San Martín de La Plata pueden ser perjudiciales en varios aspectos.

En primer lugar, la falta de gestión eficiente puede resultar en un mayor tiempo de espera para los pacientes. Las demoras en la atención pueden tener consecuencias negativas para su salud, ya que pueden aumentar el riesgo de complicaciones o empeoramiento de su condición médica.

Además, la calidad de la atención brindada en la Unidad de Cuidados Críticos puede verse afectada debido a la falta de recursos, personal y una gestión adecuada. La falta de suministros y equipos necesarios, así como la escasez de personal capacitado, pueden contribuir a una atención deficiente. Esto puede tener un impacto negativo en los resultados de la atención a los pacientes, comprometiendo su bienestar y recuperación.

El déficit de gestión también puede llevar al agotamiento del personal de la Unidad de Cuidados Críticos. La falta de recursos y una gestión ineficiente pueden aumentar la carga de trabajo y el estrés en los profesionales de la salud. Esto puede resultar en una disminución de la calidad de la atención, ya que el personal agotado puede tener dificultades para brindar un cuidado óptimo y seguro.

Finalmente, el déficit de gestión puede incluso aumentar el riesgo para los pacientes. La falta de suministros y equipos necesarios puede poner en peligro su seguridad y bienestar. Además, la demora en la atención debido a la falta de una gestión eficiente puede tener consecuencias graves, especialmente en situaciones críticas donde cada minuto cuenta.

Con el fin de lograr el propósito de proponer una mejora, se estableció como objetivo principal la identificación de procesos claves y críticos que se desempeñan dentro de la Unidad de Cuidados Críticos, para de esta manera generar una propuesta de gestión eficiente orientada a controlar el uso adecuado de recursos que permita brindar un servicio eficiente y efectivo. Todo ello, orientado a reducir las deficiencias que se han diagnosticado y de este modo poder abordar la problemática detectada del déficit de gestión en la institución de salud objeto de estudio, lo que repercutirá en un mejoramiento para afrontar futuras crisis como la producida por la pandemia de Covid-19.

1.2.- Características del hospital objeto de estudio del Plan de Intervención

El Hospital Interzonal General de Agudos José de San Martín de La Plata pertenece a la región XI. Desde sus inicios en 1884, cuando se crea como la Casa de la Sanidad, y posteriormente con la incorporación de los pabellones en 1916, hasta la actualidad, el hospital fue evolucionando y convirtiéndose en uno de los más importante del país, siendo un hospital general de alta complejidad tanto en sus recursos humanos como tecnológicos, además de ser el hospital universitario de referencia de la provincia de Buenos Aires.

Pertenece al subsector público de la provincia de Buenos Aires, el cual se divide en doce regiones sanitarias, definiéndose como tales a la Red Asistencial integrada por todos los establecimientos públicos provinciales, ubicados en su zona de cobertura geográfica que cumplen funciones de servicios de Atención de la Salud en los tres niveles de prevención: Primaria, Secundaria y Terciaria, agrupadas de acuerdo con factores geográficos, demográficos y socioeconómicos.

1.2.1. Visión

El Hospital aspira a ser una institución de alta complejidad de relevancia en la Provincia de Buenos Aires, y lograr ubicarse en los primeros lugares a nivel nacional. Este lugar se alcanza centrando a la organización en las necesidades de la población, y brindando servicios de alta complejidad con un nivel de excelencia, basados en la mejora continua de la calidad de atención y en la medicina basada en la evidencia, privilegiando la accesibilidad a la atención de acuerdo a las necesidades, mejorando las condiciones y medio ambiente del trabajo de cada uno de los trabajadores, promoviendo el trabajo en equipo e insertados en una red prestaciones de complejidad creciente dentro del sistema de salud provincial y nacional.

1.2.2. Misión

La organización es responsable de desarrollar los servicios del hospital para hacer cumplir el perfil prestacional, el cual fue definido como: Hospital escuela de referencia provincial, para la patología aguda y crónica de alta complejidad en adultos, con desarrollo en Emergencias y Trauma, Trasplantes, Oncología y Servicios Clínicos, Quirúrgicos y de Diagnóstico especializados.

1.2.3 Valores

- El principal recurso son las personas.
- El paciente es el centro de referencia y de actuación de la organización.
- Experiencia, conocimientos profesionales y tecnológicos, con afán de superación e innovación.
- Accesibilidad a las prestaciones y asistencia humanizada, cuidando el entorno familiar.
- Seriedad, fiabilidad, credibilidad y comunicación.
- Vocación, compromiso y dedicación.
- Respeto mutuo, participación, trabajo en equipo y sentido de permanencia.
- Comunicación y solidaridad con compañeros y ciudadanos.
- La calidad es el instrumento adecuado para lograr resultados excelentes.
- Respeto al medio ambiente.

1.2.4. Propósito

Brindar Salud Pública, promoviendo el acceso de todos los pacientes y sus familias a la mejor calidad de atención disponible. Favoreciendo el desarrollo académico y científico de los profesionales del hospital en su totalidad. Velar por las condiciones laborales de todos los trabajadores del hospital.

1.3.- Unidad de Cuidados Críticos

La habitual denominación de Servicio de Área Crítica hace referencia a la complejización que presentan los pacientes que deben ser atendidos en los distintos servicios, considerados estos mediante una escala para su ingreso con un Glasgow igual o menor de 4 en 15 puntos, según lo establecido por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Los diferentes sectores de áreas críticas que forman parte de la muestra para el presente trabajo son:

Tabla 1. Sectores de áreas críticas

| SERVICIOS | CAPACIDAD OPERATIVA |
|----------------|---------------------|
| AREAS CRITICAS | |
| UTI | 14 camas criticas |
| UTIM | 14 camas criticas |

Estos servicios se encuentran en funcionamiento en forma ininterrumpida, aunque especializándose continuamente para dar respuestas a las necesidades de las distintas patologías que se abordan.

Los distintos servicios que integran la organización conforman cada uno una unidad polivalente que recibe derivación de alta complejidad fundamentalmente de la ciudad de La Plata y de toda la Provincia de Buenos Aires. Cada unidad está compuesta por una capacidad operativa que le permite, ante el requerimiento de mayor internación por la pandemia Covid-19, una guardia médica activa de 24 horas los 7 días de la semana; 4 turnos de enfermería de 6 horas de labor; y una residencia de Cuidados Críticos acorde a cada área, de cuatro años de duración con un ingreso promedio de 4 residentes por año. Se destaca la Unidad de Terapia Intensiva y Unidad de Terapia Intermedia como uno de los servicios de cuidados críticos con mayor presentación de trabajos científicos del país y de Latinoamérica en los congresos de la SATI (Sociedad Argentina de Terapia Intensiva), y en congresos internacionales como uno de los países de habla no inglesa.

Con la presencia de la pandemia se modificó el número total de camas críticas al doble de lo habitual en los distintos sectores. Las categorías diagnósticas cambiaron principalmente a patologías clínicas, ya que se suspendieron cirugías electivas y disminuyeron ostensiblemente los traumas.

La situación producida por el Covid-19 ocasionó grandes problemáticas en estas áreas críticas. En este sentido, el interés radicó en analizar las decisiones llevadas a cabo en los servicios y así determinar o detectar alternativas que permitan optimizar los distintos procesos de atención.

2.-Objetivos y aspectos metodológicos

2.1.- Objetivo General

Implementar un sistema de gestión optimizado en la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Interzonal General de Agudos José de San Martín de La Plata en un periodo de 12 meses, para mejorar la eficiencia operativa en al menos un 20% y fortalecer la capacidad de respuesta ante escenarios de crisis sanitaria.

2.2.- Objetivos Específicos

1. Diagnóstico: Evaluar el sistema de gestión actual de la Unidad de Cuidados Críticos durante los primeros dos meses, identificando fortalezas, debilidades y áreas de mejora.
2. Diseño: Diseñar un plan de intervención para mejorar la eficiencia operativa, basado en los hallazgos del diagnóstico, en un plazo de tres meses desde el inicio del proyecto.
3. Implementación: Implementar el plan de intervención diseñado, a lo largo de un periodo de seis meses, y verificar su correcta implementación a través de indicadores de gestión.
4. Evaluación: Evaluar los resultados de la implementación del nuevo sistema de gestión durante el último mes del proyecto, utilizando indicadores de eficiencia, como el tiempo de respuesta ante escenarios de crisis, y comparándolos con los obtenidos antes de la intervención.
5. Seguimiento: Establecer un sistema de seguimiento y control para monitorizar el rendimiento de la Unidad de Cuidados Críticos después de la implementación, con el fin de realizar ajustes si es necesario.

2.3.- Límites del estudio

El presente trabajo final de maestría toma como objeto principal de análisis la ya mencionada Unidad de Cuidados Críticos, dentro del contexto puntual de la sobre demanda de servicios de salud generada por la situación de pandemia por el Covid-19. En este sentido,

no se abordan las diversas problemáticas que pueden estar presentes en la gestión de otras áreas del hospital igualmente relevantes, máxime al considerar que se trata de un centro de salud de alta complejidad, de grandes dimensiones y, en consecuencia, con una estructura organizacional muy amplia, de un gran número de dependencias.

2.4.- Justificación

No obstante tratarse el programa de posgrado para el que se elabora el presente trabajo final de maestría de uno referido a la gestión “de empresas”, se considera justificada la elección del tema (y fundamentalmente, del objeto de estudio) no solo en que la problemática abordada es trasladable a una organización comercial (en definitiva, se trata de un caso de “exceso de demanda” que coloca a una organización bajo una situación de alto stress para el desempeño de sus funciones esenciales), sino que para su tratamiento respecto de una organización pública sin fines de lucro (el hospital público tomado como caso) es válida la aplicación y/o utilización de una serie de herramientas de gestión vistas en distintos módulos de la currícula del MBA

2.5.- Proceder metodológico

El análisis realizado sobre el objeto de estudio supuso el uso de información obtenida en campo de fuentes primarias.

Para interpretar la problemática identificada se realizó una somera revisión de literatura pertinente.

Con la disponibilidad de datos relevados y el marco interpretativo de la revisión teórica, se analizó la situación actual de la institución en general y del servicio del área crítica en particular, a fin de encontrar lineamientos para alcanzar los objetivos propuestos y brindar soluciones a la problemática detectada.

3.-Conceptos teóricos

Se enuncian en esta sección una serie de nociones teóricas al solo efecto de que sirvan de contexto para poder interpretar algo de la realidad de una organización como la que es objeto de estudio del presente trabajo. En ese sentido, se presentan someras menciones sobre noción de salud, características del sector salud en Argentina, salud como política pública, gestión administrativa en el ámbito de la salud, planificación organizacional y coordinación de la gestión organizacional, y una mención específica al evento de la pandemia por el Covid-19 como Cisne Negro en los términos de Nassim Taleb (2011).

3.1.- Noción de salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1946 la salud como el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedades o afecciones. Entonces, la noción de salud abarca aspectos subjetivos como son el bienestar físico, mental y social; aspectos objetivos como la capacidad para la función y aspectos sociales como ser la adaptación y trabajo socialmente productivo.

Además, señala la OMS que la asistencia sanitaria de calidad consiste en asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del enfermo y del servicio médico en su conjunto, para lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso.

3.2 Principales características del Sector Salud de la Argentina

El sistema de salud en la Argentina se encuentra estructurado en torno a tres sectores: el sector público, el sector de obras sociales y el sector privado, los que a su vez se hallan mutuamente interrelacionados (FIEL, 2007). De acuerdo con el Ministerio de Salud de la Nación (2005) el sector salud en Argentina muestra la tradicional fragmentación de los subsectores público, privado y de la seguridad social, con escasa complementariedad y articulación de sus instituciones y establecimientos. Por cada 10.000 habitantes el sector dispone aproximadamente de 27 médicos, 5,4 enfermeras, 1,2 parteras, 6,6 odontólogos y

3,2 farmacéuticos. El número de establecimientos con internación asciende a 3.310, con 155.749 camas o sea 4,31 camas por cada mil habitantes.

Los establecimientos sin internación suman 12.775 para todos los subsectores. El modelo de atención de la salud ha privilegiado desde hace décadas el desarrollo de las actividades centradas en la especialización y el uso de la alta tecnología, en detrimento de los programas de promoción y prevención y del desarrollo de redes de atención primaria. La organización sanitaria en la mayoría de los estados provinciales está basada en la atención de la enfermedad en los grandes centros hospitalarios.

Siguiendo a Maceira (2008), el sistema de salud en Argentina se encuentra fraccionado desde el punto de vista administrativo (descentralización provincial) y por tipo de cobertura (público, fondos de seguridad social y prepagas). Pero a su vez la segmentación se amplía hacia el interior de cada uno de los subsectores. De este modo el sector público se divide según jurisdicciones -nacional, provincial y municipal-, que no cuentan con la debida coordinación; el sector de la seguridad social se compone de un gran número de instituciones heterogéneas y con distinto alcance; y el sector privado, también incluye organizaciones y servicios de características muy diversas (Centrángolo y Devoto, 2002).

De acuerdo a la Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas (FIEL, 2007), tradicionalmente, los hospitales y centros de atención asumieron la obligación de ofrecer atención médica gratuita a toda la población que lo demandara. Este objetivo universalista tenía justificación hasta el surgimiento y posterior institucionalización del sistema de obras sociales, dado que no existía en el país seguro médico de ninguna clase. A partir de ese momento, sin embargo, y teniendo en cuenta que más de la mitad de la población tuvo en forma obligada cobertura de este tipo y que cerca de un 10% contrata seguros privados, perdió sustento el mantenimiento del objetivo inicialmente propuesto.

De acuerdo a Basile (2013), el sistema de salud argentino se encuentra conformado por un tipo de protección social y de salud para pobres, otra salud para sectores medios y otra para ricos a través de su poder de pago (empresas de medicina privada). Así, el sistema, en su propia constitución genera inequidades y desigualdades. El autor llama la atención sobre las condiciones estructurales indicando el aumento de la población que solicita los servicios del

sistema público de salud, debido a la falta de cobertura producto de la pérdida del trabajo o la precarización laboral. Debido a esta cuestión Basile (2013) señala que el sistema se encuentra con una “sobredemanda y emergencia permanente, incapacidad de respuesta integral, priorización de la enfermedad con lógica del Hospital como centro de la atención, deshumanización en el cuidado e inequidades en salud, con un desfinanciamiento crónico de inversión pública” (Basile, 2013, pág. 3).

3.3 La salud como política pública

Las políticas de salud constituyen un apartado de las políticas sociales. La definición de una política de salud implica necesariamente la definición de la salud como un problema público en el cual el Estado asume un rol activo y explícito (Tobar, 2012).

De acuerdo a Tobar (2012), se pueden incluir cuatro funciones básicas del Estado en salud:

1. **Informar:** A consumidores, a productores de bienes y prestadores de servicios y a aseguradores o financiadores de salud. Implica suministrar información para optimizar sus decisiones. Esto puede representar intentar convencer, pero no demanda la acción obligatoria de nadie.
2. **Regular.** Involucra considerar que el mercado por sí solo no asigna bien los recursos para producir salud. De modo que a la mano invisible del mercado hace falta contraponer la mano visible del Estado corrigiendo sus fallas.
3. **Financiar.** Es garantizar la prestación de servicios, sin importar si son brindados en instalaciones propias o contratadas, sean públicas o privadas. La financiación involucra tanto el pago de prestaciones en seguro con clientes y beneficios explícitos como el sustento de la oferta de servicios para toda la población, a través del gasto público.
4. **Proveer.** Es abastecer y proporcionar servicios, usando instalaciones de propiedad pública y personal asalariado de la administración pública. Esto es lo que ocurre con los Ministerios de Salud en la mayor parte de los países pobres; al igual que varios organismos públicos en muchos países con diversos niveles de ingreso. Una vez que una sociedad ha decidido financiar los servicios de salud con fondos

públicos, se presenta la disyuntiva de si proveerlos a través de las instalaciones públicas o pagar a productores privados para que los suministren.

3.4. Gestión administrativa en el ámbito de la salud

La gestión administrativa según este autor comprende la realización de acciones, con el fin de lograr determinados objetivos o resultados de la manera más eficaz y económica posible. Se trata de elegir las acciones en función del resultado que se espera alcanzar, teniendo control para su logro sobre los medios que se dispone, permitiendo la utilización óptima de los recursos junto a las acciones. Esta gestión es sumamente importante en todas las organizaciones sobre todo en las organizaciones de salud, ya que permite trabajar eficientemente cumpliendo el proceso de atención ejerciendo acciones específicas y cumpliendo con los objetivos propuestos, de una manera sistemática haciendo todas las tareas; desempeñando las actividades ejecutoras con el fin de alcanzar las metas que se proponen.

Siguiendo a Kaplan y Norton (2016), se puede plantear sobre una organización de salud que La gestión administrativa según este autor comprende la realización de acciones, con el fin de lograr determinados objetivos o resultados de la manera más eficaz y económica posible. Se trata de elegir las acciones en función del resultado que se espera alcanzar, teniendo control para su logro sobre los medios que se dispone, permitiendo la utilización óptima de los recursos junto a las acciones. De este modo se pueden relevar los indicadores de resultados futuros que crearán valor en la organización en general, en los pacientes, empleados, la tecnología y en los procesos de innovación.

En este sentido, como la plantea Chiavenato (2006), la gestión se apoya principalmente en el recurso humano para poder lograr los objetivos y metas dentro de una organización, permitiendo además con cada una de las actividades requeridas para la planificación, la organización, la dirección y el posterior control, lograr, frente a una situación de tensión o crisis como la producida por una situación de pandemia, superar los problemas presentes y futuros que se presentan en la atención de un servicio como el ofrecido por un hospital del ámbito público.

3.5. Planificación organizacional

Robbins y Couter (2014) reconocen la planificación organizacional como el acto de definir las metas de la organización, determinando las estrategias para alcanzarlas y delineando los planes para integrar y coordinar el trabajo. La planeación marca la dirección, permitiendo reducir la incertidumbre al anticipar los cambios, estableciendo los criterios para desarrollar un control preventivo, concomitante y posterior a la implementación de las acciones en concreto que se dispongan.

Este proceso expone los métodos necesarios para las actividades futuras que se desean realizar, mostrando los posibles desvíos que pueden ser considerados para alcanzar los objetivos o resultados esperados. Esta planificación es la determinación de acciones futuras, estableciendo los límites de quién debe decidir hacia dónde se dirige la organización, buscando reducir la probabilidad de riesgo y fijando con claridad cada una de las estrategias que sea necesario llevar a cabo.

Por su parte Vicente y Ayala (2008) determinan los objetivos como la descripción concisa sobre lo que se ocupa relevantemente la organización, destacando la identidad organizacional en conjunto que provee de bienes y servicios a todo su medio ambiente, con el que interactúa, considerando la relación de sus productos y/o servicios con sus clientes.

La estrategia que se desarrolla es la línea de acción o camino utilizada para alcanzar los objetivos y las metas que la organización se plantea, es la dirección en la que debe ir la institución para cumplir con el fin que debe otorgar, sirve de guía para la administración efectiva de todos los recursos involucrados dentro de un proceso que se lleva a cabo.

En forma similar Koontz (2013) define que en la estrategia se designan los grandes planes resultantes de la deducción de las acciones que se desarrollan, junto a las que se dejan de lado, logrando la determinación de los objetivos a largo plazo junto a los cursos de acción y la asignación de los recursos para el cumplimiento, mediante una estrategia definida, logrando que la organización se adapte a los factores de su entorno y logrando lo que se propone; en el caso de organizaciones como la de este trabajo, enfocado todo en los pacientes, proveedores, condiciones sociales, políticas, económicas y tecnológicas.

Además, según expone Chiavenato (2006), junto a la gestión están las políticas de acción que son afirmaciones centradas en base a los objetivos propuestos, funcionando como guías orientadoras de las acciones, proporcionando los marcos junto a las limitaciones que permiten marcar las áreas en que se desarrolla la gestión organizacional en su totalidad. Los procedimientos organizacionales según este autor son modos de ejecutar o llevar adelante los programas dentro de una institución, son planes que establecen una secuencia cronológica de las distintas tareas específicas, necesarias para realizar determinadas tareas, estableciendo un método para el manejo de actividades futuras.

Los procedimientos son la manera en que en la organización se llevan a cabo las distintas actividades, con un orden secuencial que se sigue en la realización de las distintas acciones, lo que para las organizaciones de la salud supone ejecutar todo de una manera muy similar, por caso, las prácticas que tienen que ver con intubación de un paciente crítico, la atención puntual en situación con riesgo de muerte, etc. Además, la estructura organizacional permite la unión de los diferentes procesos a muchos procedimientos que se desean lograr, facilitando el trabajo de los colaboradores y asignando los recursos a las diferentes actividades a realizar.

Por su parte Robbins y Coulter (2014) especifican la importancia del análisis de la estructura organizacional, siendo un proceso importante que permite dar marco a varios propósitos que se desarrollan, orientados hacia diseños estructurales que den un mejor apoyo facilitando el trabajo de los empleados, permitiendo lograr la eficiencia, y teniendo la flexibilidad para lograr el éxito en un ambiente dinámico como el actual. Todo esto resulta relevante en un escenario como el que una situación de pandemia plantea sobre una organización de salud.

3.6. Coordinación de la gestión organizacional

Para Chiavenato (2006) la coordinación de la gestión organizacional debe basarse principalmente en una comunión general de los intereses, lo que indica que hay un objetivo profesional por alcanzar, que debe guiar las acciones de todos los integrantes del equipo ya que la coordinación dentro del proceso de gestión es muy relevante, porque además de estar fundamentada en el principio de la organización, constituye uno de los elementos más

complejos del proceso administrativo total. Entendida como la acción de poner a trabajar dentro de un conjunto a diferentes componentes y elementos con el fin de obtener un resultado específico. Esto de la necesaria coordinación resulta también muy relevante el pensar en una organización como un hospital sometido a una situación de stress organizacional provocado por una pandemia.

En efecto, en la coordinación, cada colaborador cumple el rol de llevar a abordar una situación determinada en la que la tarea principal es tanto la planificación como la organización de las diversas tareas que permitan, mediante una apropiada articulación, poder brindar un producto o servicio óptimo. En función de esto, la dirección implica la unión del esfuerzo de todos los miembros de la institución para lograr las metas delimitadas, y para el caso de un hospital, del jefe del servicio depende la motivación, comunicación y la supervisión necesaria para orientar al equipo de trabajo en su conjunto por el camino del éxito, que no será otro que la atención eficiente y efectiva de los pacientes críticos que así lo requieran.

Para cumplir con todo esto, la comunicación es el intercambio entre las personas, que constituye uno de los procesos fundamentales de la organización, además de requerir un código compartido por todos los integrantes para enviar el mensaje en forma de señal a través de un canal eficiente para que un receptor que es quien lo recibe lo pueda decodificar e interpretar su significado (Chiavenato, 2006); lo que permite establecer una relación entre cada uno de los individuos que son parte de una organización, fomentando diversas acciones dentro de ella, y siendo todo prioritario para alcanzar los objetivos propuestos, en el marco de un proceso basado en la confianza, la autenticidad y la empatía que además logren disminuir las situaciones de conflictos muy típicas de organizaciones bajo stress.

En lo referente al control organizacional, se considera dentro de este proceso todas las acciones correctivas que deben ser implementadas a la hora de poder mejorar el desempeño profesional y laboral de cada uno de los integrantes dentro del equipo de trabajo, lo que torna relevante la medición de los resultados respecto de cómo determinar, comunicar y posteriormente utilizar los datos y la información. Como lo exponen Munch y Garcia (2007), que consideran el control como la evaluación y medición de la ejecución de los planes con el fin de lograr detectar y analizar las desviaciones, estableciendo las medidas

correctivas necesarias, tanto una estructura organizacional adecuada como su dirección no podrá verificar cuál es la situación real en la que se encuentran si no existe un mecanismo que informe si los actos van de acuerdo con los objetivos fijados dentro por la organización. Para el caso de un hospital en situación crítica, es fundamental contar con mecanismos de monitoreo así sugeridos.

3.7 La institución hospitalaria

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al Hospital como parte integrante de una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población asistencia médico-sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios llegan hasta el ámbito familiar. Se trata de organizaciones cuya actividad principal tiene que ver con la salud. Tiene como fin fundamental la satisfacción de las necesidades de salud de la población, entendida como el bienestar físico, psíquico y social y no la mera ausencia de enfermedad. En este sentido, busca brindar un servicio de salud óptimo para todos los miembros de una comunidad.

La característica que diferencia a este tipo de organización es la relación directa que presenta con el sujeto de atención “paciente”, quien es el usuario directo del servicio de atención que se brinda, siendo esto diferente en otro tipo de organización, por ejemplo en una empresa dedicada a la venta o producción de automóviles, donde la organización que brinda el producto no se encuentra en una cercanía tan estrecha como sí ocurre en el hospital.

Con la práctica profesional de cada uno de los agentes en el trabajo diario se estandarizan los distintos procesos para brindar el servicio, se tiene establecido y reglamentado los distintos servicios que se prestan (Infectología, Traumatología, Emergencia, Terapia Intensiva, Unidad Coronaria, entre otras). En este tipo de organizaciones es el “paciente” quien requiere un servicio y acude a la institución para dar respuesta a una necesidad de salud.

En el caso puntual del Hospital Interzonal General de Agudos José de San Martín de La Plata, institución donde funciona la Unidad de Cuidados Intensivos objeto de este trabajo, se trata

de una institución pública dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

La organización está categorizada por el Ministerio de Salud como de Alta Complejidad, ya que se da respuesta a diferentes patologías que para su accionar necesitan distintos tratamientos a través de varias tecnologías de alta complejidad (Resonador, Respiradores, Transductores, etc.) siendo el caso de las necesidades que presenta un paciente crítico en su demanda de atención. Según lo establece la Sociedad Argentina de Terapia Intensiva, un paciente crítico se define como el que presenta problemas de salud, reales o potenciales, que ponen su vida en riesgo y requieren observación y tratamientos continuos.

Actualmente hay que destacar que el tipo de paciente que ingresa en los centros de salud está cambiando de manera paralela a una influencia sociocultural, en aspectos como envejecimiento, nuevas enfermedades (el caso puntual del Covid-19); nuevos métodos de diagnósticos, tratamientos y multiculturalidad. Las áreas críticas desde la década del 80 fueron evolucionando en sus conocimientos, habilidades y destrezas, inicialmente derivadas de nociones en clínica médica, anestesiología y clínica quirúrgica, con el tiempo fue adhiriendo conocimientos de otras especialidades como neumología, neurología, neurocirugía, infectología, etc.

Actualmente los líderes de los servicios no solo tienen que contar con conocimientos estrictamente médicos, sino que deben poseer habilidades en gestión, docencia e investigación. Conjuntamente, como función importante tienen el deber de unificar los intereses del servicio con los institucionales; esto es requerido en mayor escala en los hospitales universitarios, ya que representan un ámbito en el que la medicina crítica se desenvuelve en su máxima capacidad, por lo cual el servicio sirve a los fines de la institución cumpliendo con su misión, y encontrándose a la vez contenido en esta.

Anteriormente el objetivo inicial del intensivista era restituir el desequilibrio fisiológico que compromete la vida del paciente. Con el paso del tiempo se fueron incorporando distintos desafíos que tanto el líder del servicio como los distintos profesionales que trabajan en el área deben resolver, llegando a ser nuevos retos para la especialidad, como los dilemas bioéticos, la exposición diaria al sufrimiento físico y moral del paciente y sus familiares, el

manejo de la gestión, la calidad y seguridad del paciente, la necesidad de optimizar los recursos, el conocimiento actualizado de tecnologías para el diagnóstico y tratamiento entre otras. Dentro de estos nuevos desafíos, durante la pandemia producida por el Covid-19, se presentó un auténtico reto para la planificación y preparación para estos eventos.

El papel de los profesionales intensivistas es importante en eventos de esta naturaleza por su capacidad y experiencia en planificación y organización. La preparación requiere de la capacidad y del número apropiado de personal, del espacio físico de las unidades de cuidados intensivos, suministros y medicamentos en todo el espectro de la gravedad del evento, desde el convencional hasta la contingencia y crisis. Preparación significa además desarrollar la capacidad de ampliar y crear áreas de cuidados críticos más allá de las unidades, lo que implica la formación y educación del personal de atención; además, adecuar la tecnología para la extensión y planificar los suministros y medicamentos necesarios.

El trabajo en los servicios de cuidados críticos dejó de ser el modelo del médico hegemónico. Por el contrario, en la actualidad consiste en el trabajo de un equipo multidisciplinario ya que participan en las actividades distintos profesionales de especialidades como enfermería, kinesiología, farmacia, infectología, terapia ocupacional, soporte nutricional, psicología, diagnóstico por imagen, entre otros.

Por todo lo expuesto, los servicios de áreas críticas deben ser concebidos como un área de trabajo multidisciplinario, integrado a los objetivos generales de la Institución y dispuesto a brindar servicio no solo a los pacientes y familiares, sino también a las diferentes especialidades que acuden a ella, como una herramienta clave en el proceso. Este equipo interdisciplinario es de vital importancia siguiendo una adecuada interacción con todos los profesionales que intervienen para conseguir el bienestar del paciente. En este sentido, un verdadero trabajo en equipo es efectivo, seguro e integrado, y a su vez es un aspecto fundamental para el desarrollo de las actividades en la unidad, siendo esta relación interpersonal basada en la confianza y el respeto mutuos.

Este equipo dentro de un servicio de cuidados críticos, actualmente se enfrenta a nuevos desafíos, como muy buen ejemplo de ello es una situación de pandemia; además de la

actualización continua en la práctica médica como los dilemas bioéticos, el manejo de gestión, la calidad y seguridad del paciente junto a la necesidad de optimización de recursos. Asimismo, al tener experiencia cotidiana con las actividades de priorización y clasificación de pacientes, ofrece una sólida presencia y liderazgo en la planificación de desastres, que es esencial para desarrollar un plan de los recursos de una unidad crítica cuando ésta es sometida a situaciones de elevada tensión organizacional por la demanda de servicios.

Conjuntamente teniendo en cuenta la Unidad dentro del Hospital, como función importante se unifica los intereses del servicio con los institucionales, esto es requerido en mayor escala en los hospitales universitarios, ya que estos representan un ámbito en el que la medicina crítica se desenvuelve en su máxima capacidad, por lo cual el servicio sirve a los fines de la institución cumpliendo con su misión, encontrándose a la vez contenido en esta.

Dentro de estos nuevos desafíos frente a las situaciones de crisis de salud a los que el servicio se ve sometido, durante el periodo de pandemia producto del Covid-19, se presenta un reto para la planificación y preparación para estos eventos. El papel de los intensivistas es importante en eventos de esta naturaleza por su capacidad y experiencia en planificación y organización. La preparación requiere de la capacidad de asignación de personal necesario, el espacio físico de la Unidad, suministros y medicamentos en todo el espectro de la gravedad del evento, desde el convencional hasta contingencia y crisis. Preparación significa además desarrollar la capacidad de ampliar y crear áreas de cuidados críticos más allá de la Unidad, a fin de poder hacer frente a una demanda excepcional, lo que implica la formación y educación del personal de atención, adecuar la tecnología para la extensión y planificar los suministros y medicamentos necesarios que permitan obtener un servicio de atención de calidad, eficiente y eficaz.

3.8. Cisne Negro (2011)

La pandemia del Covid-19 y las medidas que el gobierno nacional y provincial han tomado para lograr hacerle frente son las mayores fuentes de riesgo tanto financiero como económico, social y de salud que se ha afrontado. Las consecuencias de lo que está sucediendo a nivel mundial pueden ser mucho más desestabilizantes y devastadoras que las de la crisis de 2008. Frente a esta situación causada por el virus cabe la pregunta si ¿es

realmente imprevisible que algo así sucediera? ¿Contamos con herramientas de gestión que permitan pronosticar y mitigar eventos como este?

La aparición junto al posterior desarrollo del coronavirus constituye un claro ejemplo de evento cisne negro. Ya que se trata de un suceso extraño, con un gran impacto económico, social y de salud que afecta a la población en su conjunto. Aunque resulta difícil predecir cuál será el comportamiento de la epidemia en un futuro, ya se pueden observar los graves daños económicos y sociales que está dejando. Los interrogantes que plantea la enfermedad, unido a las dudas de la difusión de la información a nivel nacional, contribuyen a modular una percepción del riesgo y a generar un estado de alarma en la población. Desde este hecho, el establecimiento de políticas de comunicación, con la potenciación de los sistemas de salud pública a nivel local, regional y nacional permitirán prepararnos frente a lo improbable.

En el mundo actual, caracterizado por la incertidumbre continua inherente a la realidad a la que nos enfrentamos de forma continua, estando gobernados por lo imprevisible. Esta definición conceptual del enfoque filosófico de Taleb es aplicable, sin duda, a la epidemia del coronavirus que estamos viviendo, debido a que nos enfrentamos a un acontecimiento fortuito de gran repercusión en lo económico, político y social, frente a lo cual las experiencias obtenidas de escenarios previos frente a otras pandemias, así como las consecuencias posteriores resultan por el momento imposibles de predecir y de calcular.

Este tipo de evento se considera una rareza que no cumple las expectativas habituales por lo que puede definirse, siendo que el SARS-CoV-2 (el virus que provoca la Covid-19) entra de lleno dentro de esa rareza en parte debido a las incertidumbres que rodean su origen y su posterior accionar frente a las distintas variables virales producidas.

Otro aspecto que determina que la aparición y desarrollo de la pandemia es considerado como un suceso cisne negro es que produce un impacto importante a nivel social, afectando diferentes escenarios y asociaciones que interactúan en los diferentes planos de producción.

Mediante la utilización de la lógica los diferentes actores sociales se inventan explicaciones plausibles acerca de su origen cuando no hay evidencia científica que lo avale, para así hacer que el evento sea una consecuencia lógica y, por tanto, predecible de lo que está

sucedendo; lo que, en palabras de Taleb, constituye la predictibilidad retrospectiva, es decir, no se puede predecir antes de que suceda, pero una vez que el hecho ocurre, pensamos que “era lógico que ocurriera”. Sin embargo y teniendo en cuenta la información de la que se dispone, todavía es pronto para encontrar explicaciones más o menos científicas sobre las condiciones ideales que propiciaron que el virus se desencadenara como una enfermedad viral en el ser humano.

Se podría destacar que al final lo que no se sabe es más importante que lo que sí se sabe, hecho que está íntimamente relacionado con la epidemia que estamos sufriendo al tratarse de un evento inesperado, impredecible y desconocido; factores sustanciales que dificultan estimar cuál será su comportamiento futuro.

Es a partir de esta situación que se puede plantear que la mejor forma para acabar con los cisnes negros, independientemente del origen de este puntual, se base en la preparación de la sociedad y de las organizaciones que la componen en su conjunto, ya que dedicar recursos a mejorar la respuesta será sin duda más eficiente que pensar en qué, cómo y cuándo ocurrirá.

En la actualidad casi nadie puede albergar ninguna duda de que todas las economías resultarán afectadas en mayor o menor medida. De esta manera, se debe destacar cómo el impacto a nivel social se verá incrementado a merced de las previsiones económicas, influenciado entre otros factores por la reducción del consumo, el cierre de empresas con el consiguiente desabastecimiento o la reducción en el suministro de productos o de materias primas que están perturbando los mercados, alterando el comercio y el turismo.

A pesar de los avances conseguidos en la preparación y respuesta frente a la amenaza biológica producida por el virus, independientemente de su origen, se puede decir sin temor a equívoco que el mundo no está preparado para lo que nos está sucediendo a pesar de las continuas advertencias de los distintos países y gobiernos en sus diferentes niveles organizativos para prepararse frente a lo improbable a tenor de los antecedentes: ya sea la enfermedad por virus ébola, la gripe aviar y porcina (H5N1 y H1N1, respectivamente), entre otras enfermedades, que sorprendieron cuando surgieron y se desarrollaron como epidemias/pandemias en función de su gravedad e impacto en la población en su totalidad.

Teniendo en cuenta lo expuesto, resulta imperioso el desarrollado de una estrategia de bioseguridad, donde se incluyan las amenazas biológicas en su sentido más amplio. En esta línea, resulta necesario que la organización objeto del presente estudio desarrolle su estrategia propia de bioseguridad para hacer frente a los desafíos que supone la amenaza biológica, sea cual sea el origen de esta, bien para hacer frente a una enfermedad emergente o reemergente.

Por ello, se determina como imperiosa la necesidad de potenciar el sistema de salud público y en especial las Unidades Críticas que son los servicios que dan respuesta a la demanda de atención de pacientes críticos producto de la enfermedad viral, así como también establecer y fortalecer los sistemas de vigilancia epidemiológica a nivel local, regional y nacional, que contribuyen a reducir las posibles consecuencias derivadas de la aparición y desarrollo de un brote de enfermedad. Más aún si cabe cuando tiene carácter transmisible y los tratamientos y vacunas comienzan recién a estar disponibles solamente frente a las primeras cepas de un virus, resultando vital la colaboración organizacional en su conjunto para fortalecer la respuesta a las demandas de salud /enfermedades suscitadas.

En relación con lo anterior, resulta imprescindible la potenciación del sistema de salud pública en la provincia de Buenos Aires, junto a una vigilancia epidemiológica en coordinación con otros organismos y estructuras, que trabajen para lograr una estandarización de procedimientos que permita el adecuado empleo de las capacidades sanitarias operativas, colaborando en la determinación de las necesidades prioritarias de sanidad junto al desarrollo de una doctrina sanitaria conjunta de aplicación en Unidades Críticas en este tipo de escenarios.

Podría decirse que Sars-Cov-2 está en una fase donde quedan aún muchos interrogantes sin responder, resultando muy aventurado en estos momentos predecir cómo se comportará la epidemia en un futuro frente a la aparición de nuevas variantes o formas de aislamiento para mitigar el impacto en el contagio.

El mundo actual además de ser en extremo competitivo se encuentra regido por lo imprevisto, por lo que la principal lección aprendida de esta epidemia es que debemos hacer un esfuerzo de preparación frente a lo improbable para poder dar respuesta a los desafíos

que se generen sea cual sea el origen de estos. Potenciar los servicios de salud pública a nivel local, regional y nacional, constituye la base de la respuesta frente a un brote de enfermedad que tendrá una aparición multifocal de forma prácticamente sincrónica en este mundo globalizado en el que vivimos.

Se cierra entonces aquí las someras menciones a las cuestiones teóricas inherentes a este trabajo, procediendo a continuación a mostrar los elementos del diagnóstico realizado sobre la organización objeto de estudio.

4.-Diagnóstico de la problemática

4.1.- Contexto general

Desde el advenimiento de la situación de pandemia, se ha podido detectar una serie de problemas y complicaciones en los diferentes centros de salud que se han visto muy afectados para dar respuesta a la demanda que se presentó producto del virus. En este sentido, tomando como objeto la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Interzonal General de Agudos José de San Martín de La Plata se parte de un diagnóstico organizacional del servicio detectando varias complicaciones que afectan el tratamiento de los pacientes, y que repercute en un déficit de atención frente al sujeto que demanda servicios de salud en una situación particularmente compleja.

Se puede comenzar enunciando la precariedad con la que cuenta el Hospital Interzonal de Agudos General San Martín en toda su estructura organizacional, manifestando que es una situación preocupante, y para la que se puede distinguir, por caso, estas cuestiones:

1. Estado de la infraestructura: el revoque de las paredes se cae constantemente, la humedad hace estragos en los cielorrasos, los pisos están gastados y sobre las paredes los *graffitis* tapan la pintura. Las pérdidas de agua forman charcos en los pasillos, los residuos hospitalarios se encuentran esparcidos por el piso y los baños en condiciones deplorables. Los perros vagabundos ingresan al hall y recorren el edificio sin que el personal de seguridad lo advierta. Con las continuas faltas de medidas higiénicas de rigor se corre el riesgo de que proliferen enfermedades intrahospitalarias.
2. Déficit de insumos: Otra de las importantes carencias del hospital es la escasez de insumos, medicamentos y reactivos para efectuar análisis de laboratorio, cuestión esencial en un hospital. Esta situación no sólo se enfrenta en las áreas dedicadas a los exámenes clínicos, también en las salas de cirugía, donde no hay camisolines ni barbijos descartables y muchas veces hay limitaciones para conseguir gasas, alcohol, guantes de látex, analgésicos o antisépticos.

3. Tecnología: En cuanto a los dos tomógrafos que se encuentran en el Hospital San Martín (sólo existen tres en La Plata, los cuales no se utilizan no exclusivamente para esta ciudad, sino que satisfacen la demanda de pacientes provenientes de Quilmes, Avellaneda, Lomas de Zamora y otras localidades) se encuentran continuamente bajo reparaciones, y se espera que el Ministerio de Salud de la provincia de Buenos Aires se encargue de su reparación en su totalidad o su recambio.

Frente a un escenario como el de pandemia, la institución se enfrenta a una situación extraordinaria que implica la necesidad de dar respuesta a las demandas de atención que presentan las personas que acuden al hospital con las complicaciones de salud que ocasiona la presencia del virus.

Esta circunstancia compleja requiere de una respuesta lo más rápida posible para afrontar las diferentes situaciones de salud sobre todo en las áreas críticas, evidenciando la complejidad de estas en cuanto a sus recursos, insumos, y tecnologías. La situación de pandemia se fue desarrollando a nivel nacional y local de manera repentina aumentando de forma exponencial los casos de pacientes críticos.

Lo que generó inconvenientes en estos servicios producto de la falta tanto de personal, aumento en las operaciones que se desarrollan cada vez más complejas y críticas para dar respuesta a la necesidad de atención, además del aumento en la asignación de recursos como fármacos sedantes y anestésicos para mantener los pacientes críticos hemodinámicamente controlados. Frente a esta propagación de la pandemia y al análisis de situación es oportuno el desarrollo de un plan de intervención en este servicio que permita enfrentar una futura situación de crisis y sus efectos para lograr una gestión eficiente, óptima y oportuna.

Para continuar con la mención de elementos de diagnóstico situacional del hospital en el contexto de la pandemia, además de las cuestiones ya mencionadas se pueden sumar estas:

1. Infraestructura y condiciones de higiene: El estado de deterioro del hospital, desde la infraestructura básica hasta las medidas de higiene, representa un peligro significativo para la salud de los pacientes y del personal. El riesgo de enfermedades intrahospitalarias puede aumentar debido a la presencia de humedad, residuos esparcidos, perros vagabundos y

baños en mal estado. Las áreas críticas como la Unidad de Cuidados Intensivos deben ser prioritarias para las intervenciones de mejoramiento.

2. Escasez de insumos médicos: La falta de insumos esenciales, como medicamentos, reactivos de laboratorio, guantes, gasas, alcohol, entre otros, limita la capacidad del hospital para brindar atención de calidad y realizar procedimientos vitales. Esta escasez también obliga a reprogramar cirugías, lo que puede prolongar el sufrimiento de los pacientes y complicar su condición de salud.

3. Fallos tecnológicos: La constante necesidad de reparaciones de equipos esenciales, como los tomógrafos, impide el diagnóstico y tratamiento oportuno de enfermedades. Esto afecta no sólo a los residentes de La Plata, sino también a los pacientes de otras localidades que dependen de estos equipos.

4. Demanda excepcional de atención sanitaria debido a la COVID-19: La pandemia ha creado una demanda sin precedentes de atención sanitaria, especialmente para el tratamiento de pacientes críticos. Esta demanda ha exacerbado los problemas existentes, como la falta de personal y recursos, y ha puesto a prueba la capacidad del hospital para manejar una crisis de salud de esta magnitud.

En resumen, el Hospital Interzonal de Agudos General San Martín se encuentra en una situación precaria debido a la combinación de problemas de infraestructura, falta de insumos y equipos médicos, y una demanda excepcionalmente alta de atención sanitaria debido a la pandemia. Para abordar estos desafíos, es esencial desarrollar un plan de intervención integral y sostenible que aborde estos problemas de manera eficiente y oportuna. Este plan debe incluir la mejora de la infraestructura, la garantía de un suministro constante de insumos médicos, la actualización y mantenimiento de los equipos, y el fortalecimiento del personal y los sistemas de atención al paciente para manejar la alta demanda.

El plan de intervención que se propone comienza con el desarrollo de indicadores de recursos de salud que se deben considerar en el servicio, este tipo de indicadores son útiles para la comparación y sus variaciones, ya que brindan información acerca de los recursos disponibles en los diferentes servicios, proporcionando y dirigiendo acciones preventivas.

4.1.1. Datos estadísticos de servicios del hospital

Los datos aportados a continuación son los reportados de primera fuente en el servicio durante el año 2021, estos cambiaron de forma importante durante el mismo año, ya que con la presencia de la pandemia se modificó el número total de camas críticas al doble de lo habitual en la institución. Las categorías diagnósticas cambiaron principalmente a patologías clínicas ya que se suspendieron cirugías electivas y disminuyeron ostensiblemente los traumas. Algunos porcentajes sobre categorías diagnósticas de ingreso durante el 2020 son estos:

Tabla 2. Categorías diagnósticas de ingreso durante el 2020

| Categoría Diagnóstica | Porcentaje |
|------------------------|------------|
| Patologías Clínicas | 35% |
| Patologías Quirúrgicas | 62% |
| Urgencias | 32% |
| Cirugías Programadas | 30% |

En cuanto a la procedencia de los pacientes durante el año 2020, el mayor porcentaje de ingreso en áreas críticas se deben a cuatro salas del hospital, según el siguiente detalle:

Tabla 3. Procedencia de los pacientes durante el año 2020

| Procedencia | Porcentaje |
|------------------------------|------------|
| Sala de Emergencia | 25% |
| Sala de Cirugía General | 23% |
| Sala de Neurocirugía | 10% |
| Sala de Clínica Médica | 10% |
| Ingresos Extra Hospitalarios | 9% |

Respecto de los indicadores relacionados con la disponibilidad de capacidad operativa y producción del servicio, durante el año 2021 se pudo observar el alto porcentaje de ocupación de camas, como así también el alto promedio de estadía de los pacientes, muchos de estos pacientes permanecen internados sin requerir cuidados intensivos extremos, pero si requieren cuidados más intensos que los que recibirían en una sala convencional.

Tabla 4. Disponibilidad de capacidad operativa y producción del servicio durante el año 2021

| Ingresos totales | Egresos totales | Días de cama | Promedio día de estadias | Porcentaje ocupacion de camas | Giro de cama |
|------------------|-----------------|--------------|--------------------------|-------------------------------|--------------|
| 517 | 500 | 7,12 | 40,08 | 98,7 | 21,6 |

Los datos epidemiológicos recolectados dan información sobre el tipo de pacientes que ingresan, siendo en general pacientes jóvenes, presentando altos scores de gravedad en su mayoría con altos requerimientos de ventilación mecánica presentando instancias prolongadas.

Tabla 5. Tipo de pacientes que ingresan

| Edad Media | Mortalidad en areas criticas | Utilizacion ventilatoria mecanica | Duracion Ventilacion mecanica |
|------------|------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| 38 años | 40% | 89% | 95% |

4.2.- Recursos humanos

El personal necesario en la unidad es el siguiente:

- Jefe de servicio responsable de la unidad.
- Jefe de sala de cuidados críticos
- Jefe de Sala de cuidados intermedios
- Enfermera supervisora de la Unidad, dos ante la importancia de gestión del personal de enfermería, por la gran cantidad de enfermeros que trabajan en las unidades.

- Médico: este profesional debe tener una especialidad en atención al paciente crítico junto a competencias profesionales para desarrollarla.
- Médico residente
- Enfermera: La función de las enfermeras es valorar, planificar y proporcionar cuidados de enfermería al paciente ingresado en el servicio, así como evaluar su respuesta.
- Personal auxiliar administrativo.

Otros servicios que colaboran con las unidades como ser Kinesiología, Farmacia, Rehabilitación y Terapia ocupacional, Soporte nutricional, Psicología, y los profesionales de otros servicios con enfermos ingresados en las áreas críticas.

Siguiendo a los valores y misión del servicio y del hospital, se cuenta con médicos dentro del servicio con un alto nivel de profesionalismo y una amplia predisposición al trabajo en equipo. El plantel está conformado en un 100% por especialistas en Cuidados Críticos en cada servicio.

La estructura se compone por:

- Jefe de la Unidad Médico especialista en Terapia Intensiva, con no menos de 36 horas semanales de asistencia a las Unidades.
- Jefes de Sala de cuidados críticos y cuidados intermedios
- Coordinador: Debe ser médico de la Unidad, especialista en Terapia Intensiva, con no menos de 36 horas semanales de asistencia.
- Un médico de guardia permanente exclusivo cada 7 camas o fracción, éste tiene título de especialista, y/o formación en la Residencia de Terapia Intensiva. Además de poseer el título de especialidad: Diagnóstica, maneja, monitoriza, interviene, arbitra e individualiza la asistencia a pacientes en riesgo de, o que padecen o que se recuperan de una enfermedad aguda grave.
- Médico residente como parte de su formación participa en la atención de los pacientes internados.
- Enfermería: Los pacientes asistidos en cuidados críticos requieren de una permanente atención de enfermería de alta calidad. Además de los cuidados

generales que realiza el profesional enfermero, el avance en el conocimiento lleva al desarrollo de otras áreas en enfermería como nuevas técnicas de monitoreo cardiovascular, neuro monitoreó, monitoreo respiratorio, metabólico, etc. Las funciones asistenciales que desarrollan las enfermeras, con la colaboración del personal auxiliar de enfermería, son:

- Identificar problemas y necesidades reales y potenciales del paciente y la familia.
- Realizar diagnósticos de enfermería y planificar los cuidados según objetivos y prioridades.
- Administración de los tratamientos prescritos.
- Detectar síntomas molestos y asegurar un control adecuado a través de tratamiento farmacológico y no farmacológico.
- Prevención de complicaciones y situaciones de crisis.

La relación enfermero/médico es de 0.9/1, esto trae graves consecuencias para el funcionamiento adecuado de cualquier unidad de cuidados críticos, tanto en la atención a los pacientes como efectos importantes sobre el personal. La sobrecarga de trabajo a los que son expuestos el personal de enfermería, especialmente en esta especialidad, implica que sea necesario generar estrategias que eviten las consecuencias más comunes como el estrés, las deserciones, las dificultades en la capacitación, etc.

4.3.- Recursos económicos

La técnica presupuestaria habitual en la Administración Pública es en base a partidas presupuestarias, y en hospital es así por tratarse de una institución pública dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Habitualmente, las unidades críticas consumen del 10 al 20% del presupuesto hospitalario. El Ministerio de Salud de la Provincia solicitó a los Hospitales que planifiquen un Presupuesto Anual por Áreas Programáticas, pero dicha modalidad aún no ha sido llevada a la práctica.

Las cifras estimadas de gastos anuales actualmente varían por múltiples factores como por ejemplo la tasa de inflación anual, la tercerización de algunos servicios, la variación del costo

de los medicamentos junto a materiales descartables, y el cambio en la complejidad, lo que genera aumento de las tasas de amortización. A través de controles centrales y en el intento de disminuir los gastos, se encuentra limitada la posibilidad de contar con stock de diversos insumos, lo que lleva a adquirirlos por compras directas y licitaciones fragmentadas, generando una disminución de gastos a corto plazo que seguramente acarree mayores gastos en el mediano y largo plazo. Las áreas críticas en la situación de pandemia son una especialidad que actualiza constantemente sus conocimientos, además de requerir modernización tecnológica permanente.

4.4.- Infraestructura

Los diferentes servicios de áreas críticas en la institución cuentan con la siguiente infraestructura:

1. Acceso y recepción de familiares.

2. Sala de Unidad de cuidados intensivos:

3. Habitación del paciente: una sala que dispone de camas individuales boxeadas que mantienen la necesidad de privacidad, pero a la vez permite la posibilidad de observación directa por parte del personal. Dentro de estas camas, algunas son de aislamiento, que se caracterizan por tener una antesala que posibilita la preparación del personal antes del ingreso a la habitación. Las dimensiones de la habitación del paciente están calculadas sobre la base de las características y disposición de la cama del paciente, así como de la posibilidad de que alrededor de ella se sitúen cuatro o más profesionales, y la disposición del equipamiento habitual como monitorización multiparamétrica (ECG, presión, temperatura, etc.), ventilador artificial, bombas de infusión, equipo de diálisis o plasmaféresis si se requiere, etc. Las habitaciones de los pacientes cuentan con ventanas con sus correspondientes cortinas con vista hacia el exterior e iluminación natural, a pesar de que existe el pasillo técnico para ingreso de familiares interpuesto.

4. Control de enfermería: el servicio dispone de una isla central que sirve de mostrador y zona de trabajo de control de enfermería, con iluminación superior y el espacio suficiente donde se encuentra situada la central de monitorización de los pacientes, con computadoras

e impresoras para facilitar el trabajo diario en la Historia clínica electrónica, prescripción electrónica y observación de métodos diagnósticos como tomografías.

5. Espacio para carro de paradas e intubación difícil. Espacio reservado para el carro de paros y equipamientos armados en set para la realización de procedimiento (vías de acceso centra, intubación difícil, vías de acceso arterial o traqueotomía percutánea).

6. Estar de enfermería con office refrigerio. Se encuentra ubicado fuera de la sala, con el equipamiento necesario para realizar un refrigerio.

7. Aseo del personal de enfermería. Se encuentra ubicado fuera de la sala, el aseo del personal de enfermería está equipado con lavatorio, inodoro y ducha.

El diseño general de las unidades (habitaciones de pacientes y control de la unidad) responde por una parte a la necesidad de disponer de un ambiente de privacidad para el paciente y por otro a facilitar una observación y control continuo del mismo por parte del personal de cada unidad. Cada una de las zonas que integran los servicios se diseña de manera claramente diferenciada y con conexiones bien definidas entre ellas, de manera que se establezca una adecuada segregación de circulaciones de visitantes, pacientes, personal y suministros.

Además, dos habitaciones que actúan como sala de trabajo y la sala polivalente utilizada habitualmente por médicos y residentes, sirve para descanso y refrigerio, reuniones o clases, y trabajo administrativo, ya que dispone de computadora e impresora y conexión al sistema informático del hospital e internet.

Los servicios disponen de instalación eléctrica, agua, oxígeno, vacío, iluminación y sistemas de control ambiental, adecuadas a las necesidades de tratamiento intensivo de los pacientes ingresados en los mismos. Se dispone en las habitaciones del paciente de un cabecero colgado del techo que dispone de toma eléctrica, de oxígeno, aire comprimido y vacío, así como también sistemas para el control de la iluminación y la temperatura dentro de la habitación.

El cuadro eléctrico principal de las unidades está conectado a los sistemas eléctricos de emergencia (grupo electrógeno y sistema de alimentación ininterrumpida). En cada

habitación hay toma eléctrica en paredes adecuadas para el funcionamiento de equipos tales como portátil de radiología, hemodiálisis, respirador, etc.

El suministro de agua está tratada (agua descalcificada) para posibilitar el funcionamiento de máquinas de hemodiálisis. En el interior de las habitaciones se disponen de lavatorios para lavado de manos (con equipos dispensadores de soluciones hidroalcohólicas) con dispositivos de suministro automático. Estos sistemas facilitan el adecuado lavado de manos del personal, que es uno de los elementos sustanciales del control de la infección nosocomial dentro de las unidades. Se disponen de filtros en la red de agua para el correcto funcionamiento de aparatos de diálisis.

El suministro de oxígeno y aire comprimido se realiza desde las correspondientes centrales del hospital. En cada habitación hay dos tomas de oxígeno y dos tomas de aire. Las tomas disponen de alarmas de presión y sistemas de cierre.

El sistema de iluminación es proporcional a un nivel adecuado para la realización del trabajo del personal, compatible con una iluminación suave que permita proporcionar un cierto confort al paciente. Asimismo, la iluminación natural se dispone de dispositivos que permitan la matización de la luz exterior a lo largo del día en función de la orientación de las habitaciones.

En cuanto a los sistemas de control ambiental, se requiere un mínimo de seis renovaciones/hora del aire de las habitaciones, con dos renovaciones de aire exterior. La temperatura (entre 21 y 24 °C) debido a que los pacientes críticos en asistencia respiratoria mecánica se encuentran semidesnudos. La ventilación se realiza con todo aire exterior con filtros HEPA que se encuentran en las habitaciones de aislamiento, y con una tasa de 10 renovaciones por hora.

Un aspecto relevante del equipamiento de la unidad es el sistema de monitorización que incluye electrocardiograma, presión invasiva y no invasiva, parámetros respiratorios y otras variables fisiológicas, rendimiento cardíaco y otras variables derivadas.

Tabla 6. Características físicas de la Organización del Área Crítica

| Espacios/Características | Descripción |
|--|--|
| Acceso y recepción de familiares | Espacio designado para el acceso y recepción de familiares de los pacientes. |
| Sala de Unidad de cuidados intensivos | Habitaciones con camas individuales, algunas de ellas de aislamiento, con antesala para preparación del personal. Las dimensiones de la habitación se ajustan para permitir la presencia de varios profesionales y equipamiento médico. |
| Control de enfermería | Isla central con espacio de trabajo para el control de enfermería, incluyendo la monitorización de los pacientes y sistemas informáticos para la gestión de la historia clínica. |
| Espacio para carro de paradas e intubación difícil | Área reservada para el carro de paros y equipamiento para procedimientos especiales como vías de acceso central, intubación difícil, vías de acceso arterial o traqueotomía percutánea. |
| Estar de enfermería con office refrigerio | Espacio fuera de la sala destinado al descanso y refrigerio del personal, equipado con los elementos necesarios. |
| Aseo del personal de enfermería | Espacio fuera de la sala equipado con lavatorio, inodoro y ducha para el aseo del personal de enfermería. |
| Sala de trabajo y sala polivalente | Habitaciones utilizadas para trabajo administrativo, reuniones, descanso y refrigerio del personal. Cuentan con computadoras, impresoras y conexión al sistema informático del hospital e internet. |
| Instalaciones y servicios | Instalaciones eléctricas, suministro de agua descalcificada, oxígeno y aire comprimido. Dispone de lavatorios para lavado de manos, con sistemas de suministro automático de soluciones hidroalcohólicas. El sistema de iluminación y control ambiental (temperatura y ventilación) está diseñado para cumplir con las |

| | |
|--------------|---|
| | necesidades de los pacientes. |
| Equipamiento | Incluye sistemas de monitorización con electrocardiograma, presión invasiva y no invasiva, parámetros respiratorios y otras variables fisiológicas. |

La tabla anterior presenta las principales características físicas de la Organización del Área Crítica. Se describen los diferentes espacios disponibles, como las habitaciones de los pacientes, el control de enfermería y el espacio para procedimientos especiales. Además, se mencionan los espacios para el descanso y el refrigerio del personal, el aseo, y las salas de trabajo y polivalentes. También se destacan los servicios e instalaciones disponibles, como el suministro de agua descalcificada, oxígeno y aire comprimido, y el equipamiento de monitorización utilizado.

4.5.- Algunas herramientas de análisis/gestión empleadas en un diagnóstico

Enunciados previamente algunos de los elementos de diagnóstico y otras cuestiones que hacen a la situación estructural y de funcionamientos del hospital, se recurre en esta sección a una serie de herramientas útiles para contextualizar el estado actual del objeto de estudio del presente trabajo. Son herramientas que habitualmente son utilizadas en organizaciones con fines de lucro (por caso de relación al objeto tratado, pueden ser clínicas privadas), pero para las que se juzga que bien pueden ser también usadas para indagar en un diagnóstico respecto de un hospital público, al afrontar también este último un tipo de demanda de servicios para lo que resulta factible utilizarlas. Se presentará entonces, para llegar a un estado de situación del objeto de estudio, un business model canvas, un análisis pestel, un análisis de entorno competitivo, un FODA, y un análisis de fortaleza competitiva.

4.5.1. Business Model Canvas

Se presenta a continuación el cuadro de un Business Model Canvas para la institución objeto de estudio, enunciando debajo una serie de ítems explicativos:

Tabla 7. Modelo de Negocio del HIGA San Martín – La Plata

| Asociados clave | Actividades Clave | Propuesta de Valor | Relación con el Cliente | Segmentos de Clientes |
|---|--|---|---|--|
| <p>Proveedores de insumos y equipos médicos y tecnológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -AGIME S.R.L. -INHAR S.A. (Ingeniería y Arquitectura Hospitalaria) -PHILIPS Argentina S.A. -TEC S.R.L. (Rayos y Electrónica) -CANON MEDICAL SYSTEMS ARGENTINA S.A. -DRAGER S.A. -CIRUGIA JF | <ul style="list-style-type: none"> ● Atención en la Emergencia. ● Atención en Unidades Críticas de Alta Complejidad. ● Diagnóstico por Imágenes (Resonador, Rayos) ● Neurocirugía ● Vascular ● Trasplante <p>Recursos Clave</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Personal profesional y/o técnico capacitado ● Máquinas y equipos ● Insumos de Calidad (gasas, vendas yeso) ● Infraestructura | <ul style="list-style-type: none"> ● Asistencia de calidad en las diferentes patologías, siendo fundamental durante la etapa de atención de cada paciente, fomentar un entorno de acompañamiento. ● Acelerar la recuperación del paciente. ● Brinda una mejor calidad de vida. ● Disminuir las infecciones intrahospitalarias. ● Menor costo con respecto a la hospitalización tradicional. ● Investigación continúa. | <ul style="list-style-type: none"> ● Los Clientes (Sujetos de Atención) a los que se les brinda atención por parte de todo el equipo de profesionales centrado en la excelencia, en lo referente al tratamiento de las diferentes patologías. <p>Canales</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Licitaciones ● Recomendaciones de pacientes por calidad del servicio brindado. ● Sistema Informático Ministerial (Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires) | <ul style="list-style-type: none"> ● Segmento 1: Pacientes terminales. Atención prioritaria e inmediata. ● Segmento 2. Bebés de menos de un año. Son una población absolutamente desprotegida que debe recibir atención prioritaria. ● Segmento 3. Madres en embarazo. Se trata de proteger la vida de los que están próximos a nacer y por supuesto a las madres que los traerán a la vida. ● Segmento 4. Víctimas graves de accidentes. ● Segmento 5. |

SECRETARÍA DE POSGRADO

| | | | | |
|---|--|---|--|---|
| S.A. | | | | Patologías graves (Glasgow menor 8 en 15) |
| <p>Estructura de Costes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mano de Obra - Equipos - Mantenimiento de equipos - Gastos de estructura - Costos de insumos | | <p>Estructura de Ingresos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Coparticipación -Donaciones -Convenios con organizaciones privadas como ser Laboratorios. | | |

El modelo de negocio que presenta el Hospital Interzonal General de Agudos San Martín de La Plata en este lienzo Canvas es bastante claro y completo. Valga lo expresa en estos ítems para confirmar este diagnóstico sobre cada segmento del modelo:

- Asociados Clave: El hospital se ha asociado con varios proveedores de equipos e insumos médicos y tecnológicos. Esto asegura que él esté bien equipado para brindar una atención de alta calidad.
- Actividades Clave: Las actividades mencionadas cubren una amplia gama de servicios médicos que el hospital ofrece, incluyendo atención en emergencias, unidades críticas de alta complejidad, diagnóstico por imágenes, neurocirugía, trasplantes y tratamientos vasculares. Esta variedad refleja la capacidad del hospital para manejar una gama diversa de problemas médicos.
- Propuesta de Valor: El hospital se enfoca en brindar una atención de alta calidad en diversas patologías y en crear un entorno de acompañamiento para los pacientes. Además, intenta mejorar la calidad de vida de los pacientes, acelerar su recuperación, disminuir las

infecciones intrahospitalarias, proporcionar un menor costo que la hospitalización tradicional y promover la investigación continúa.

- **Relación con el Cliente:** La atención está centrada en la excelencia del tratamiento de las diferentes patologías, garantizando una experiencia de alta calidad para los pacientes.
- **Segmentos de Clientes:** El hospital ha identificado claramente los segmentos de pacientes a los que atiende, lo que permite una mejor asignación de los recursos y atención a las necesidades específicas de cada grupo.
- **Recursos Clave:** Los recursos clave incluyen personal profesional y técnico capacitado, máquinas y equipos, insumos de calidad e infraestructura. Todos estos son esenciales para proporcionar un alto nivel de atención al paciente.
- **Canales:** Los canales incluyen licitaciones, recomendaciones de pacientes y un sistema informático ministerial. Estos canales son importantes para obtener financiamiento y para atraer a nuevos pacientes.
- **Estructura de Costos:** El hospital ha detallado bien los principales componentes de su estructura de costos, lo cual es importante para entender y manejar sus finanzas.
- **Estructura de Ingresos:** Las fuentes de ingresos incluyen coparticipación, donaciones y convenios con organizaciones privadas. Sin embargo, sería beneficioso explorar más fuentes de ingresos para garantizar la sostenibilidad financiera a largo plazo del hospital.

4.5.2. Análisis Pestel

Presentado un Canvas, se expone como otro elemento de diagnóstico un análisis Pestel, analizando para ello factores políticos, económicos, sociales, tecnológicos, ambientales y legales.

Factores Políticos

La Institución, al ser un Organismo Público dependiente en último término del Poder Ejecutivo provincial, históricamente se ha encontrado alineada con la administración del gobierno de la Provincia de Buenos Aires. Además, por el tamaño de sus instalaciones, la cantidad de médicos especialistas, y el equipamiento médico, tecnológico, y por ser el

principal centro formador de profesionales especialistas de la Provincia de Buenos Aires, supone ser una institución de relevancia dentro del sistema de Salud y dentro de los ámbitos específicos del Ministerio de Salud provincial. Es importante destacar, además, que el Hospital es un Hospital Universitario en relación directa con la Universidad Nacional de La Plata, lo que es otro factor que lo presenta como una entidad de gran relevancia.

Al hacer una perspectiva de la evolución de largo plazo del sistema de salud argentino, se debe dar cuenta de los avances logrados en los indicadores sanitarios, así como de los desafíos que deben ser enfrentados para alcanzar una cobertura efectivamente universal, equitativa y de calidad, a todo lo cual apunta el hospital dada su relevancia. De hecho, la persistencia de los problemas en cuanto a su gestión es una clara muestra de la complejidad de los desafíos futuros y las dificultades en avanzar con las reformas necesarias. De manera especial, se puede notar que las soluciones suelen exceder el ámbito exclusivo de la política sanitaria, dando cuenta de la importancia de considerar los diferentes determinantes del estado de salud de una población en su conjunto, máxime cuando se trata de una provincia tan grande y compleja como es la provincia de Buenos Aires. En general, se puede observar que los recursos que la sociedad argentina destina al financiamiento de la salud (cerca de 10% del PIB) son cuantiosos, y en este marco la persistencia de viejos problemas y la emergencia de nuevos desafíos (claramente, la situación de pandemia) obligarán a encarar reformas que mejoren la eficiencia y la equidad del sistema. La excesiva fragmentación del gasto, con una escasa participación del sector público, explica bastante de esta historia. La cobertura de los diferentes seguros, además de fragmentada, es baja. Teniendo en cuenta las limitaciones de los sistemas de protección social basados en el empleo formal, no es esperable una expansión significativa y pronta. Por esto, la oferta a cargo del sector público será cada vez más importante.

En definitiva, tanto por los factores políticos que hacen a los ámbitos nacional y provincial, se espera que el hospital mantenga en un horizonte de mediano/largo plazo su condición de actor de relevancia dentro del ámbito del sistema de salud; con demanda sostenida sobre su provisión de servicios (y con “picos de stress” de demanda si se considera la situación de pandemia), pero con recursos y/o posición relevante en lo inherente a los factores políticos.

Factores Económicos

La principal fuente de recursos de inversión para el desarrollo de la Salud Pública proviene de las asignaciones otorgadas a través del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. En lo que refiere a disponibilidad y ejecución presupuestaria, las cifras más elevadas se encuentran en los años 2020 y 2021, lo que permitió adquirir mayor infraestructura para poder dar respuesta ante la situación de emergencia epidemiológica planteada por la pandemia.

A pesar de la situación económica del país, la pandemia ha puesto en evidencia que la salud pública es una prioridad para tomar en cuenta por cualquier gobierno, y ha impulsado las inversiones en equipamiento médico y en el mediano plazo se espera se realicen inversiones en infraestructura, con miras a afrontar muy probables futuras situaciones de crisis, no solo por los efectos de la pandemia de Covid-19, sino también por próximas pandemias o situación críticas que demanden el sistema de salud..

El sistema de salud, en su totalidad, se encuentra débilmente gobernado y regulado. El escaso peso del gasto del gobierno nacional inhibe la coordinación y supervisión de la oferta pública. Si bien existe la Superintendencia de Servicios de Salud, esta no alcanza a regular a las obras sociales provinciales, al PAMI ni al sector privado. La falta de coordinación y articulación atenta contra el uso eficiente de recursos y el logro de niveles aceptables de equidad.

Las distintas organizaciones de servicios de atención de la salud en Argentina padecen tres tipos de fragmentaciones que obstaculizan la construcción de un sistema equitativo: fragmentación de derechos, regulatoria y territorial. En el primero de los sentidos, cada sector de la población tiene derecho a un nivel diferente de atención en función de sus capacidades y ubicación en el mercado de trabajo. Sin duda, esta fragmentación de derechos es fuente de inequidades e ineficiencias que reclaman reformas importantes tendientes a lograr una mayor integración entre los subsistemas. La multiplicidad de fuentes de financiamiento, con una fuerte participación de recursos de base contributiva es un obstáculo importante pero no insalvable para lograr un sistema más integrado y equitativo.

En lo puntual del hospital objeto de estudio, la pandemia demostró que más allá de problemas en la economía general, cuando circunstancias extraordinarias exigen inversiones urgentes en salud desde el poder político se privilegia a estas. Si a ello le sumamos la condición de actor relevante en el sistema por parte del hospital, no es imprudente diagnosticar que siempre se encontrará en una posición aceptable para reclamar inversiones puntuales y/o el reforzamiento de sus presupuestos operativos.

Factores Sociales

En términos generales, el sector salud tiene como responsabilidad responder a las demandas sanitarias de la población nacional. Se caracteriza por enfrentar una demanda creciente en volumen y complejidad, debiendo responder al daño en la salud de las personas como efecto de los procesos de envejecimiento, hábitos y condición socioeconómica.

En lo concreto del escenario argentino, el escenario hospitalario se encuentra inmerso en una realidad de precario funcionamiento y una situación poblacional socioeconómica que muestra índices no favorables (aumento del índice de pobreza, aumento de las necesidades básicas insatisfechas, subocupación, desocupación, etc.), todo lo cual se expresa en una demanda de gran complejidad sobre los servicios de salud del sistema sanitario considerado en conjunto. Por caso, con la caída de las prestaciones de las obras sociales (IOMA, PAMI, entre otras) y la imposibilidad de pago de la medicina privada, el hospital público es el único recurso para acceder al cuidado de la salud. Los factores sociales determinan entonces una doble tensión sobre los hospitales públicos, ya que se ven presionados tanto por la falta de recursos típica de una situación socioeconómica favorable, como por un exceso de demanda de los segmentos de población que no pueden acceder a la medicina privada. Pues bien, sobre esta circunstancia particularmente exigente vino a desatarse la pandemia de Covid-19 con su exceso de demanda sobre el sistema de salud, fundamentalmente respecto del del ámbito público.

Por su parte, también atinente a factores sociales, se puede mencionar que los hábitos de consumo y de calidad de vida de las personas están cambiando a nivel global, con preponderancia de costumbres como falta de cuidado de salud, mala alimentación y vida

sedentaria, todo lo cual exige a los sistemas de salud por las consecuencias que esto tiene sobre enfermedades, exigencia que en parte recae claro está en el sistema de salud público y sus hospitales. Estas cuestiones sociales son particularmente relevantes en países no desarrollados y con la condición socioeconómica no favorable ya mencionada, como claramente es Argentina.

Otro aspecto que incide en la capacidad del hospital público de absorber excesos de demanda está dado también, por caso, por la aprobación de ley de despenalización del aborto, que lleva camino de generar una lógica demanda dada por una línea de atención médica en la salud pública con toda la especialización que requiere. Como atenuante, y en la época puntual de la pandemia, esta ley aún tiene trabas de carácter ético, ya que hay muchos profesionales que no han adoptado esta práctica a nivel de su profesión. Consideración de cuestiones éticas aparte, esta situación ha atenuado la exigencia de provisión de servicios en el hospital objeto de este trabajo.

Por último, se puede mencionar como factor social la sindicalización de toda la nómina de personal del hospital, que es un aspecto que impacta en forma significativa sobre el funcionamiento de los distintos servicios. El poder de presión de los grupos sindicales es un factor para tener en cuenta en todas las decisiones que se toman en el hospital. Las situaciones de sobre demanda generadas por la pandemia han sido origen de situaciones de particular tensión, entre la dirección del hospital y las distintas asociaciones sindicales que agrupan a las diversas plantas de personal que lo componen.

Factores Tecnológicos

En los últimos años, las nuevas tendencias que se han desarrollado en el campo de la medicina son de diferente índole; por caso: atención online (telemedicina), atención sanitaria basada en datos, digitalización, medicina preventiva, impresión en tecnología 3D, cultivo de órganos, la aparición de más epidemias con sus mutaciones y desarrollos en el campo de la genética.

Las nuevas tendencias en medicina como la telemedicina y el sistema de atención online hacen que se tenga que repensar las formas de trabajo desarrolladas hasta hoy, no solo para

estar a la vanguardia de la medicina sino también para lograr una mayor cobertura de población.

Por su parte, la medicina preventiva es una tendencia que cada día gana más importancia para mejorar la salud de la población y reducir la presión sobre los centros de salud, y todos los costos que implican los tratamientos de enfermedades.

En este sentido, en lo puntual del hospital objeto de estudio, desde el año 2019 está incorporando nuevas tecnologías a la salud como la robótica. La robótica constituye un paso más para mejorar la precisión en medicina, y más concretamente en cirugía. Las nuevas tecnologías han irrumpido en los quirófanos reduciendo los márgenes de error al intervenir y esas características han resultado muy útiles especialmente en Traumatología (ej.: desarrollo de equipamientos como taladros específicos midiendo el tamaño de inserción frente a fracturas expuestas), Neurología (con la puesta en marcha de un Arco en C que permite obtener la digitalización de imágenes neuronales durante la cirugía), Vascular (con el desarrollo de monitores y respiradores multiparamétricos necesarios para cirugías de intervención críticas como ser el caso de una aneurisma). Como puede verse, y a pesar del contexto y la situación general del hospital, no dejan de verse esfuerzos para mantener la capacidad de respuesta ante las diversas demandas de servicios que recibe en forma permanente, con concretas incorporaciones de nuevas tecnologías.

Factores Ambientales

Hay diversos factores ambientales de carácter general que impactan en las condiciones en que debe funcionar el hospital. Una de las cuestiones es la de las regulaciones ambientales, que se han endurecido en materias de contaminación por residuos biológicos, tanto a nivel del estado como por la presión pública. El tratamiento de los desechos quirúrgicos y/o hospitalarios es una situación que aún se encuentra en debate, puesto que las directrices si bien están definidas, los vertederos han presentado evidencia en lo que refiere a sus incumplimientos a la normativa sanitaria. Dentro de los desechos se puede encontrar bolsas con residuos hospitalarios, jeringas y la consiguiente gravedad de la situación. Por caso, un hospital genera muchos cultivos y muestras almacenadas: residuos de la producción de

material biológico; vacunas de virus vivo, placas de cultivo y mecanismos para transferir, inocular o mezclar cultivos; muestras almacenadas de agentes infecciosos y productos biológicos asociados, incluyendo cultivos de laboratorios médicos y patológicos; cultivos y cepas de agentes infecciosos de laboratorio.

O bien residuos patológicos: restos biológicos, incluyendo tejidos, órganos, partes del cuerpo que hayan sido removidos, fluidos corporales que presenten riesgo sanitario. Sangre y productos derivados incluyendo el plasma, el suero y demás componentes sanguíneos y elementos tales como gasas y algodones, saturados con éstos.

E incluso los que se denominan cortopunzantes: residuos resultantes del diagnóstico, tratamiento, investigación, producción, capaces de provocar cortes o punciones: agujas, pipetas, bisturís, placas de cultivo.

Todos estos desechos sanitarios pueden implicar alto riesgo para la salud. Por ejemplo, contienen microorganismos que pueden ser dañinos e infectar a pacientes de hospital, al personal sanitario y a la población en general. Existen otros posibles riesgos infecciosos, como la propagación de microorganismos farmacorresistentes tras su liberación al medio originada en establecimientos sanitarios.

Los desechos y sus subproductos también entrañan otros riesgos, como ser: quemaduras por radiación; heridas por objeto punzocortante; intoxicaciones y contaminación por liberación al medio de productos farmacéuticos, en particular antibióticos y fármacos citotóxicos; intoxicaciones y contaminación por aguas residuales, así como por elementos o compuestos tóxicos, como el mercurio o las dioxinas que se liberan al incinerar los desechos.

Además, se debe conspirar la cuestión puntual del impacto ambiental. En este sentido, el tratamiento y la evacuación de desechos sanitarios entraña riesgos indirectos para la salud, a través de la liberación al medio de patógenos y contaminantes tóxicos. La incineración de desechos es desde hace tiempo una práctica muy extendida, pero si no es total o si se incineran materiales que no se prestan a este tipo de tratamiento, se liberan a la atmósfera agentes contaminantes, así como cenizas residuales. Si se someten a incineración productos que contienen cloro, estos pueden liberar dioxinas y furanos, sustancias que son cancerígenas para el ser humano y han sido asociadas a diversos efectos perjudiciales para la

salud. La incineración de metales pesados o productos con alto contenido metálico (en particular, de plomo, mercurio y cadmio) puede provocar la dispersión en el medio de metales tóxicos. Sólo las incineradoras modernas que operan a temperaturas de entre 850 y 1100 °C y cuentan con un sistema especial de depuración de gases pueden cumplir las normas internacionales de emisiones por lo que respecta a dioxinas y furanos. Hoy en día existen soluciones alternativas a la incineración, como la esterilización en autoclave o por microondas que se utilizan en el área de esterilización de la institución, el tratamiento por vapor combinado con agitación de los materiales tratados o el tratamiento químico reduce notablemente las futuras complicaciones.

En síntesis, todas estas cuestiones referidas a los factores ambientales impactan en mayor o menor medida sobre las condiciones de funcionamiento del hospital, y hacen con su efecto puntual a las circunstancias dentro de las que la institución se encuentre en condiciones para afrontar una situación de alta exigencia organizacional como la provocada por la situación de pandemia.

Factores Legales

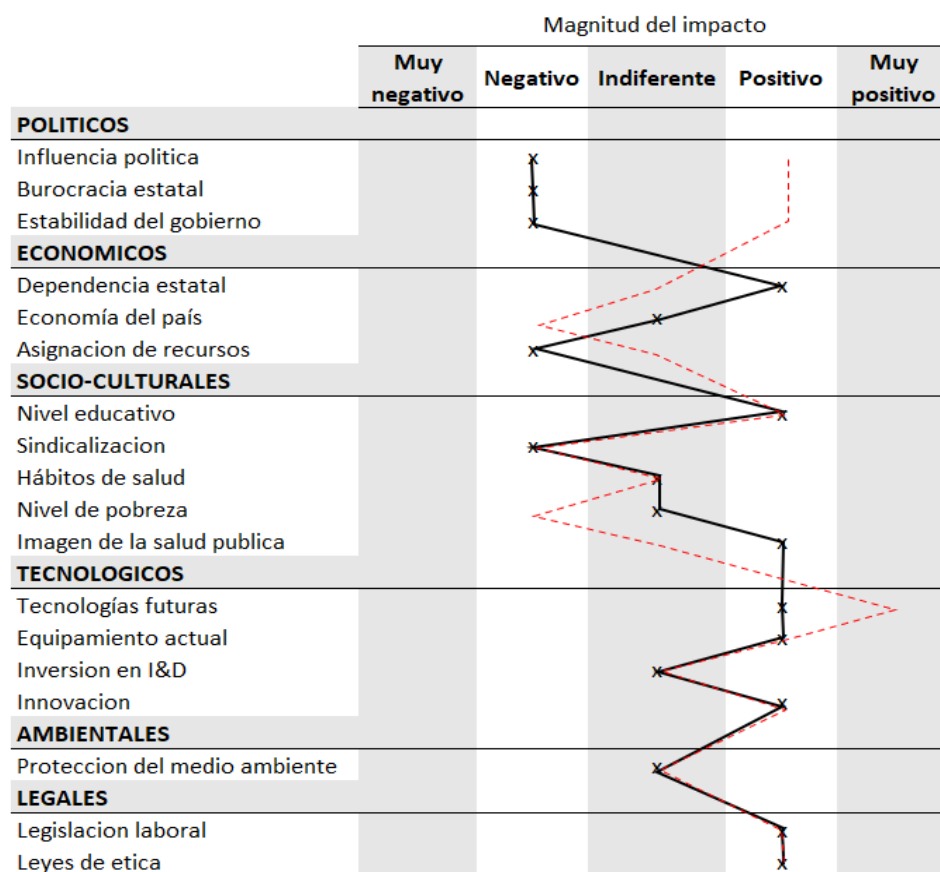
La responsabilidad de otorgar las condiciones salubres a la comunidad es del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, existiendo dentro un organismo que se encarga de regular y fiscalizar a los seguros y prestadores de salud del ámbito público, resguardando los derechos de las personas, promoviendo la calidad y seguridad en las atenciones de salud. Esta cuestión es de los factores legales de gran relevancia para el funcionamiento de un hospital como es el del objeto de estudio de este trabajo.

Otra cuestión trascendente en cuanto a factores legales se refiere a la legislación en temas de responsabilidad por mala praxis hacia los pacientes, tema que supone ser un recurso que pone una exigencia importante sobre los procedimientos y procesos médicos. A los profesionales del sector salud, que se encuentra regulado tanto por los colegios profesionales y la Secretaría de Asuntos Éticos Profesionales del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, le cabe el cumplimiento de toda normativa legal que regule el

ejercicio profesional; cuestión, se insiste, que implica una exigencia puntual en hospitales como el que aquí es analizado.

Presentados los distintos factores, se expone ahora la matriz de ponderación PESTEL, con una graduación de cinco posiciones que presenta un diagnóstico del hospital respecto de cada uno de aquellos. Para una debida interpretación, se compara al hospital estudiado con la institución de medicina privada Hospital Italiano de la ciudad de La Plata, entidad que por características es en forma lógica objeto de comparación, ya que mantiene similitud en cuanto a, por caso, estructura de atención a diferentes patologías, niveles de atención y similar -aunque menor en estructura- diseño organizacional.

Figura 3: Matriz de ponderación PESTEL



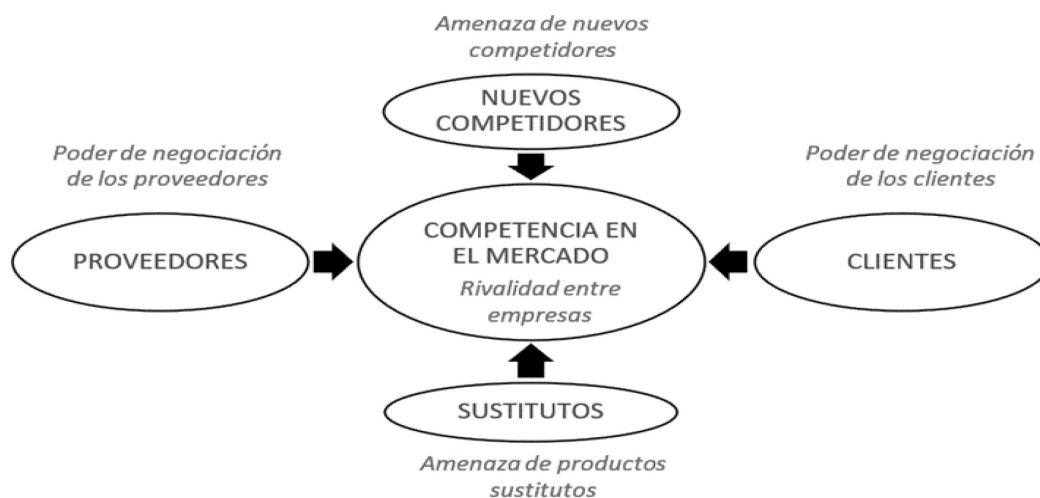
Impacto sobre el HIGA San Martín

Impacto analizado Hospital Italiano de La Plata

De la comparación surge que los factores que impactan positivamente al hospital son los tecnológicos, legales y socio-culturales; sin embargo, los factores que impactan negativamente son los aspectos políticos y económicos, lo que redundaría en déficit continuo que impacta negativamente a nivel organizacional. Estos factores del entorno afectan de manera similar al sector privado, pero los aspectos políticos los impactan en menor medida y es, en cierto modo, positivo que no tenga dependencia política en lo referente a toma de decisiones y subvención.

4.5.3. Entorno competitivo

Se utiliza como herramienta de diagnóstico el modelo de las cinco fuerzas competitivas de Porter (poder de negociación de los clientes, amenaza de nuevos competidores, poder de negociación de los proveedores, amenaza de productos/servicios sustitutos y rivalidad entre actores/instituciones); modelo esencialmente pensado para análisis de modelos competitivos de competidores/empresas del ámbito privado; vale decir, un modelo para analizar la rivalidad de empresas con ánimo de lucro. Sin embargo, se juzga como apropiado también para un análisis del sector/escenario en el que se desarrolla la actividad del Hospital General San Martín y su Unidad de Cuidados Críticos.



Fuente: Elaboración propia (basado en modelo de M. Porter)

Poder de negociación de los clientes (pacientes)

Cuando se trata de pacientes con casos que requieren poca especialización existen opciones a las que se puede recurrir, como son las clínicas privadas de menor complejidad y pequeños centros de atención del ámbito público como las Unidades de Pronto Atención (UPA). Pero en casos en que la atención médica requiere de alta especialización científica y tecnológica, un hospital como el San Martín es una de las pocas opciones que tienen los pacientes. Esta predominancia cuando de situaciones de atención compleja se trata es beneficiosa por la posición científica e institucional que le otorga al hospital. Sin embargo, el beneficio puede estar atenuado desde el punto de vista social, porque puede ser elegido por su infraestructura, equipos y costos; mas no por su calidad médica o humana en determinadas situaciones. En otros términos, es como que la infraestructura y complejidad del hospital no siempre se ve complementada por la calidad de los procedimientos de atención, o de las distintas rutinas que hacen al trabajo de los diversos equipos de atención con que cuenta la organización.

Amenaza de nuevos competidores

Los nuevos competidores, como clínicas u hospitales, tienen altas barreras de entrada, como ser la infraestructura y la necesidad de contar con insumos tecnológicos muy específicos y costosos para lograr una adecuada atención. La infraestructura necesaria es muy costosa, ya que no solo requiere la parte edilicia, sino también todo el equipamiento médico especializado, como por caso sistemas de provisión de oxígeno central, centros de aspiración central (sobre todo para pacientes críticos), equipos de diagnóstico por Imágenes (como el tomógrafo que requieren para su funcionamiento especificidades de energía y aislamiento). La escala del hospital lograda a lo largo de muchos años hace que sea muy poco probable que haya otro centro de salud similar, en el corto o mediano plazo, dentro del área geográfica de atención/incidencia del hospital.

Poder de negociación de los proveedores

En términos generales, el poder de negociación de los proveedores es muy bajo, porque gran parte de los insumos requeridos para la atención hospitalaria son comercializados por muchas empresas y/o laboratorios, lo que implica que para hospitales de la relevancia del

San Martín resulte ser relativamente sencillo los cambios de proveedores. Sin embargo, existen insumos puntuales que solo lo comercializa un solo proveedor, como ser el caso emblemático del Resonador de la institución, que solo lo provee la empresa multinacional General Electric, o bien Reveladora de Placas, provista solo por la también multinacional Philips. En estos casos puntuales, resulta evidente que el hospital se enfrenta a una situación de alto poder de negociación de los proveedores, dada la capacidad de estos de fijar precios y condiciones de contratación para las que el hospital se ve obligado a aceptar.

Amenaza de productos/servicios sustitutos

En la actual época en la que se encuentra la atención de la salud, uno de los productos/servicios sustitutos de la atención “tradicional” es la telemedicina, que para ciertos casos puntuales representa la mejor opción para la atención de los pacientes.

La medicina preventiva y los hábitos de consumo más saludables son tendencias que disminuyen los casos de enfermedades a largo plazo, mejorando la salud de la población y reduciendo o al menos cambiando el tipo de atenciones médicas; todo lo cual habilita opciones de provisión de servicios de salud por telemedicina. No obstante, se estima que las personas seguirán enfermando con patologías cada vez más complejas y de mayor grado de atención, por lo que respecto de la provisión de servicios del tipo tradicional no se espera que sea suplantada por las opciones de atención “remota”.

Rivalidad entre actores/instituciones

La rivalidad entre instituciones de salud se da en tres aspectos: calidad, especialización y costos. En los criterios de especialización y costos, el hospital tiene una presencia muy fuerte, sobresaliendo incluso por encima de las clínicas privadas debido a ser un hospital que cuenta con todas las especialidades en su conjunto, lo que le permite brindar respuesta continua. En el criterio de calidad las clínicas llevan la delantera porque ofrecen un mejor servicio, más eficiente y humano al tener menor nivel de cantidad de pacientes y recursos humanos más concentrados en la atención que brindan.

La rivalidad como tal no representa un problema en el sector de salud pública, porque debido a que está orientado hacia un servicio social, lo que se busca es la eficiencia y los costos con el fin de cubrir una mayor masa de pacientes que requieren atención.

Entonces, lo presentado respecto de las cinco fuerzas competitivas resulta ser un contexto adecuado para analizar a continuación la posición FODA del hospital y cerrar luego los elementos de diagnóstico con una mención de la posición competitiva.

4.5.4. Análisis FODA del servicio analizado.

Tabla 8. FODA

| FORTALEZAS | DEBILIDADES |
|--|--|
| <p>Estructura tecnológica óptima.</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Conocimientos profesionales especializados en cuidado crítico. ● Sentido de pertenencia y estabilidad del personal. ● Alta complejidad del paciente crítico. ● Personal con iniciativa frente a crisis. | <ul style="list-style-type: none"> ● Falta de planificación estratégica. ● Falta de planificación táctica y operacional. ● Falta de indicadores de gestión. ● Personal con conductas y hábitos improductivos. ● Mala utilización de recursos. ● Falta de información, información errónea. ● Perjuicio a los pacientes. |

| OPORTUNIDADES | AMENAZAS |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ● Capacidad de respuesta ante posibles situaciones de emergencias. ● Mejoras en las habilidades del personal mediante capacitaciones. ● Innovación continua. ● Compromiso para contar con tecnología avanzada, insumos y recurso humano calificado. ● Oportunidad de motivación frente a nuevos desafíos. ● Oportunidad de modificar hábitos y rutinas trabajando desde la motivación del personal haciéndolos participes de forma activa. | <ul style="list-style-type: none"> ● Dificultad en la comunicación interna y externa del servicio. ● Percepción del personal como aumento de la carga de trabajo. ● Déficit de recurso material y recurso humano. ● Falta de coordinación entre los niveles estratégico, táctico y operativo. ● Aumento exponencial de pacientes críticos producto de la actual situación de pandemia. ● Rotación elevada del recurso humano. |

El análisis FODA es una herramienta que permite identificar las Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas de una organización, o en este caso, de un servicio específico en el contexto de la salud. A continuación, se presenta un análisis de los componentes presentados en el FODA del cuadro previo:

1. **Fortalezas:** Las fortalezas identificadas muestran que el servicio tiene un buen nivel de experiencia, especialización y compromiso de su personal. La estructura tecnológica óptima y el manejo de pacientes críticos de alta complejidad representan una ventaja competitiva para el servicio. El sentido de pertenencia y la capacidad de iniciativa del personal son activos valiosos que pueden impulsar el rendimiento y la resiliencia del servicio.

2. **Debilidades:** Las debilidades identificadas son principalmente estructurales y de gestión, con carencias en la planificación estratégica, táctica y operacional. La falta de indicadores de gestión y una mala utilización de los recursos pueden estar limitando el rendimiento y la eficiencia del servicio. Además, los problemas de información y las conductas y hábitos improductivos del personal pueden estar perjudicando la calidad del servicio y la experiencia del paciente.
3. **Oportunidades:** Las oportunidades identificadas indican que hay un espacio para mejorar y crecer mediante la capacitación del personal, la innovación continua, el compromiso con la tecnología avanzada y los recursos humanos cualificados. También se destacan las posibilidades de motivación y de cambio de hábitos y rutinas en el personal, lo que puede mejorar el rendimiento y el compromiso del equipo.
4. **Amenazas:** Las amenazas destacan desafíos significativos, desde problemas de comunicación interna y externa, y percepciones negativas del personal, hasta déficit de recursos materiales y humanos. La falta de coordinación entre los niveles estratégicos, tácticos y operativos puede estar exacerbando algunos de estos problemas. Además, el aumento exponencial de pacientes críticos debido a la situación de pandemia y la rotación elevada del personal son factores de riesgo adicionales.

A partir de este análisis, el servicio podría beneficiarse de una mayor atención a su planificación y gestión, así como de estrategias para mejorar la comunicación, la coordinación, la motivación y la retención del personal. También sería útil explorar formas de utilizar más eficientemente los recursos y de manejar el aumento de los pacientes críticos.

4.5.5. Fortaleza competitiva

Luego de haber evaluado desde diferentes puntos de vista la institución, su entorno y la forma en que interactúan, se puede ponderar las fortalezas del Hospital San Martín, y se puede comparar, en términos generales, con la posición competitiva de otros centros de

atención de salud, como otros hospitales estatales más pequeños y clínicas privadas de la provincia. Todo ello se presenta en la siguiente tabla.

Tabla 9. fortalezas del HIGA San Martín

| Factor básico de éxito | Ponderación | HIGA SM - LP | | Otros estatales | | Otros privados | |
|------------------------------------|-------------|--------------|--------------|-----------------|--------------|----------------|--------------|
| | | Fortaleza | Calificación | Fortaleza | Calificación | Fortaleza | Calificación |
| Calidad del servicio | 0.20 | 7 | 1.4 | 7 | 1.4 | 9 | 1.8 |
| Reputación | 0.05 | 7 | 0.35 | 6 | 0.3 | 6 | 0.3 |
| Capacidad de atención | 0.12 | 9 | 1.08 | 5 | 0.6 | 4 | 0.48 |
| Habilidades científicas | 0.18 | 8 | 1.44 | 7 | 1.26 | 7 | 1.26 |
| Proveedores | 0.05 | 4 | 0.2 | 4 | 0.2 | 5 | 0.25 |
| Innovación / Convenios | 0.10 | 7 | 0.7 | 5 | 0.5 | 4 | 0.4 |
| Recursos financieros | 0.15 | 6 | 0.9 | 5 | 0.75 | 5 | 0.75 |
| Posición en costos | 0.05 | 8 | 0.4 | 8 | 0.4 | 3 | 0.15 |
| Servicio al cliente | 0.10 | 7 | 0.7 | 7 | 0.7 | 8 | 0.8 |
| Suma de ponderación | 1.00 | | | | | | |
| Fortaleza general ponderada | | | 7.17 | | 6.11 | | 6.19 |

El San Martín tiene una mayor fortaleza competitiva que los otros centros de salud, basado en pilares como la capacidad de atención, los conocimientos científicos y la posición frente a los costos. Con respecto a otros centros de salud estatales, está mejor posicionado como por caso respecto al Hospital Rossi, el Hospital Gutiérrez y el Hospital Melchor Romero; sin embargo, con respecto a las clínicas privadas comparativamente con el Hospital Italiano de La Plata, tiene ciertas debilidades sobre todo en la calidad del servicio a los pacientes, debido a la gran cantidad de atención que se debe brindar y al escaso recurso institucional.

En síntesis, por los elementos de diagnóstico presentados en esta sección, se considera factible de ser formulado e implementado el plan de mejora que ahora se presenta en la siguiente.

5.-Plan de intervención

5.1.- Plan de intervención

Se propone un plan de intervención integral, previsto como un instrumento de gestión eficaz para abordar las dificultades identificadas en el diagnóstico inicial. El enfoque de este plan es mitigar la tensión organizacional y la crisis que se vive en la Unidad de Cuidados Críticos, con el fin de optimizar la capacidad de la unidad para responder eficientemente a situaciones de salud críticas.

Para la elaboración de este plan, se han examinado minuciosamente las dimensiones políticas, sanitarias, técnicas asistenciales y organizacionales. De este análisis se ha consolidado un estudio situacional robusto que sirve como piedra angular para las estrategias propuestas en el presente plan de intervención.

Los objetivos específicos, siguiendo el marco SMART (Específicos, Medibles, Alcanzables, Relevantes y Temporalmente definidos), se han diseñado para lograr resultados tangibles y medibles. Estos objetivos incluyen mejorar la eficiencia operacional de la Unidad de Cuidados Críticos en un 20%, reducir los tiempos de espera para los pacientes críticos en un 15% en los próximos 12 meses, implementar un programa de formación continua para el personal, aumentar la satisfacción del paciente y sus familiares en un 25% durante el próximo año y, en un plazo de dos años, establecer protocolos efectivos de coordinación y cooperación con otras unidades y departamentos del hospital para mejorar la respuesta en situaciones de crisis.

Para alcanzar estos objetivos, se recurrirá a herramientas de análisis estratégico, como la matriz FODA (Fortalezas, Oportunidades, Debilidades y Amenazas). Este enfoque permitirá identificar las brechas entre la situación actual y la deseada. A su vez, ayudará a determinar las prioridades estratégicas y las líneas de acción para lograr los resultados deseados.

Este plan de intervención se ha diseñado para ser dinámico y adaptable, con la capacidad de ajustarse en respuesta a cambios en las condiciones de salud de la población o en la

estructura organizativa de la Unidad de Cuidados Críticos. Con la implementación de este plan, se aspira a mejorar la calidad de la atención prestada, aliviar la tensión del personal y aumentar la eficacia en situaciones críticas. En última instancia, se espera que este plan de intervención genere un cambio significativo y positivo en la operación y eficiencia de la Unidad de Cuidados Críticos del Hospital Interzonal General de Agudos José de San Martín de La Plata.

Etapas del plan de intervención

El plan de intervención propuesto consta de las siguientes etapas:

1. Diagnóstico inicial (1-2 meses): En esta etapa, se realizará una revisión exhaustiva de la situación actual de la Unidad de Cuidados Críticos, evaluando su capacidad operativa, niveles de estrés del personal, tiempos de respuesta en situaciones críticas y la satisfacción de los pacientes y sus familias. Las herramientas para este diagnóstico incluirán entrevistas con el personal, observaciones directas y encuestas a pacientes y familias. Los recursos necesarios para esta etapa incluyen tiempo del personal para las entrevistas, herramientas para las encuestas y un equipo para el análisis de los datos recopilados.

2. Diseño del plan de intervención (2-4 meses): Basándose en los resultados del diagnóstico inicial, se diseñará un plan de intervención detallado. Este plan incluirá objetivos específicos, tácticas y estrategias para alcanzar esos objetivos, y métricas para medir el progreso. Los recursos necesarios para esta etapa incluyen tiempo para el diseño y la redacción del plan, y posiblemente la consulta con expertos en gestión sanitaria.

3. Implementación del plan (4-12 meses): Durante esta etapa, se implementará el plan de intervención. Esto implicará la puesta en marcha de las tácticas y estrategias especificadas en el plan, como la formación del personal, la mejora de los procedimientos de coordinación y cooperación, y la implementación de medidas para reducir el estrés del personal. Los recursos necesarios para esta etapa incluirán tiempo del personal, posiblemente formadores o consultores externos, y fondos para cualquier cambio en el equipo o las instalaciones necesarios para implementar el plan.

4. Evaluación y ajuste (12-24 meses): Al final de la implementación del plan, se realizará una evaluación exhaustiva para determinar si se han alcanzado los objetivos. Esta evaluación incluirá la recopilación y el análisis de datos, comparando los resultados con los objetivos especificados en el plan de intervención. Dependiendo de los resultados de esta evaluación, el plan de intervención puede necesitar ajustes. Los recursos necesarios para esta etapa incluyen tiempo para la recopilación y el análisis de datos, y posiblemente la consulta con expertos en evaluación.

Diagnóstico inicial

Las acciones de mejora presentadas buscan abordar de manera integral los problemas identificados en el diagnóstico inicial. A su vez, se detalla cada acción de mejora y su justificación. En primer lugar, se planificará y realizarán entrevistas con el personal con el fin de obtener una visión interna de los problemas existentes en la Unidad de Cuidados Críticos. Por otra parte, el personal es un recurso valioso de información ya que interactúan directamente con los pacientes y están familiarizados con los procedimientos y protocolos de la unidad. Su visión permitirá identificar áreas problemáticas desde una perspectiva práctica y cotidiana.

En cuanto al análisis de datos de las entrevistas, esta etapa es crucial para sintetizar y entender las perspectivas del personal. Asimismo, permitirá identificar tendencias y patrones que pueden indicar áreas problemáticas o de mejora en los procesos y procedimientos de la Unidad de Cuidados Críticos. Por otra parte, se prepararán y distribuirán encuestas a pacientes y familias, ya que su percepción y experiencia son una fuente de información muy importante. Estas encuestas permitirán entender cómo los pacientes y sus familias perciben la atención y los servicios de la Unidad de Cuidados Críticos.

La recolección y análisis de las encuestas, al igual que con las entrevistas, ayudarán a identificar áreas problemáticas o de mejora desde la perspectiva de los pacientes y sus familias. Esta información es fundamental para la mejora de la calidad de los servicios. Asimismo, se realizará una observación directa de los procedimientos y procesos en la Unidad de Cuidados Críticos para obtener una visión objetiva de cómo se realizan. Mediante

esta acción, se podrán identificar ineficiencias o problemas en la ejecución de las tareas y procedimientos.

El análisis de los datos de observación permitirá identificar problemas o ineficiencias en los procedimientos y procesos de la Unidad de Cuidados Críticos. Finalmente, se procederá a compilar y presentar los resultados del diagnóstico a todos los actores involucrados. Esta etapa es crucial para comunicar los hallazgos del diagnóstico y proporcionar una base sólida para la elaboración de un plan de mejora que aborde de manera efectiva los problemas identificados. En resumen, todas estas acciones son esenciales para obtener una comprensión completa de los problemas existentes en la Unidad de Cuidados Críticos y formular soluciones eficaces, proporcionando una base sólida para la implementación de mejoras que aborden de manera efectiva los problemas identificados.

Se presenta una tabla con las acciones necesarias para la etapa uno, el Diagnóstico Inicial:

| Descripción | Tiempo de inicio | Tiempo de finalización | Responsable | Área | Recursos Humanos | Recursos Físicos |
|--|-------------------------|-------------------------------|-------------------------|--------------------------------|---|---|
| Planificación de entrevistas con el personal | Semana 1 | Semana 1 | Coordinador de proyecto | RRHH | Coordinador del proyecto, personal de la Unidad | Sala de reuniones |
| Realización de entrevistas con el personal | Semana 2 | Semana 3 | Coordinador de proyecto | RRHH | Coordinador del proyecto, personal de la Unidad | Sala de reuniones |
| Análisis de datos de las entrevistas | Semana 4 | Semana 5 | Coordinador de proyecto | RRHH | Coordinador del proyecto | Computadora con software de análisis |
| Preparación y distribución de encuestas a pacientes y familias | Semana 2 | Semana 3 | Coordinador de proyecto | Calidad y Atención al Paciente | Coordinador del proyecto | Computadora, software de encuestas, impresora |

SECRETARÍA DE POSGRADO

| | | | | | | |
|--|----------|----------|-------------------------|--------------------------------|--------------------------|---|
| Recolección y análisis de encuestas | Semana 4 | Semana 5 | Coordinador de proyecto | Calidad y Atención al Paciente | Coordinador del proyecto | Computadora, software de análisis |
| Observación directa de los procedimientos y procesos en la Unidad de Cuidados Críticos | Semana 2 | Semana 4 | Coordinador de proyecto | Gestión y Operaciones | Coordinador del proyecto | Sala de observación, equipo de grabación (opcional) |
| Análisis de los datos de observación | Semana 5 | Semana 6 | Coordinador de proyecto | Gestión y Operaciones | Coordinador del proyecto | Computadora con software de análisis |
| Compilación y presentación de los resultados del diagnóstico | Semana 6 | Semana 8 | Coordinador de proyecto | Todas las áreas | Coordinador del proyecto | Computadora, software de presentación, proyector |

Diseño del plan de intervención

Las acciones presentadas en la etapa dos son esenciales para avanzar hacia la solución de los problemas identificados durante el diagnóstico de la Unidad de Cuidados Críticos.

Primero, la implementación de un sistema de registro digital de pacientes tiene como objetivo mejorar la eficiencia en la gestión de la información, así como la comunicación entre los profesionales de la salud y los pacientes. Los problemas actuales en la administración de datos y la coordinación de la atención del paciente se abordan al proporcionar una plataforma unificada y accesible para mantener la información actualizada y relevante del paciente. Este sistema permitirá un seguimiento preciso y en tiempo real del estado del paciente, facilitando una mejor toma de decisiones y optimizando la administración de recursos.

Sin embargo, para que esta herramienta sea efectiva, se necesita una capacitación adecuada del personal. Por lo tanto, la segunda acción es proporcionar dicha capacitación para

asegurar una adopción exitosa del sistema. El conocimiento de cómo utilizar correctamente el nuevo sistema no solo aumentará la eficiencia, sino que también reducirá el estrés y los errores causados por la mala comprensión o el uso incorrecto de la herramienta.

La fase de pruebas de rendimiento y ajustes al sistema de registro digital es igualmente crucial. Esta acción garantiza que el software funcione correctamente y cumpla con las necesidades del hospital y del personal. Los ajustes basados en el feedback del personal asegurarán que el sistema se ajuste a las condiciones reales de trabajo y mejore significativamente la calidad de la atención al paciente.

Por otro lado, la implementación de un sistema de telemedicina ofrece una solución para superar los desafíos relacionados con la atención médica a distancia. Este sistema permitirá a los profesionales de la salud proporcionar consultas y seguimiento a los pacientes sin necesidad de que estos últimos se desplacen al hospital, lo que puede ser particularmente útil en situaciones de crisis, o cuando los pacientes no pueden moverse debido a su estado de salud. Además, la telemedicina contribuirá a descomprimir la ocupación de la unidad y brindará la posibilidad de una atención más oportuna para los pacientes.

Al igual que con el sistema de registro digital, la capacitación del personal en el uso del sistema de telemedicina es vital para garantizar su eficacia y adopción por parte del equipo médico. Posteriormente, el rendimiento del sistema será probado y ajustado en función de las necesidades y el feedback recibido, asegurando así la plena funcionalidad y eficacia del sistema de telemedicina.

Se presenta a continuación las acciones necesarias para la implementación de la propuesta en la segunda etapa, considerando el uso de tecnología para mejorar la eficiencia:

SECRETARÍA DE POSGRADO

| Descripción de la Acción | Tiempo de Inicio | Tiempo de Finalización | Responsable | Área | Recursos Humanos | Recursos Físicos |
|--|------------------|------------------------|-----------------------------|------------------|---|--|
| Implementación de un sistema de registro digital de pacientes | Mes 4 | Mes 6 | Director de Informática | Informática | Equipo de programadores y especialistas en sistemas de información | Ordenadores, servidores, software de gestión de registros de pacientes |
| Capacitación del personal en el uso del sistema de registro digital | Mes 7 | Mes 8 | Coordinador de Capacitación | Recursos Humanos | Instructores de tecnología, personal de la unidad de cuidados críticos | Sala de capacitación, equipos de cómputo |
| Pruebas de rendimiento y ajustes al sistema de registro digital | Mes 9 | Mes 10 | Director de Informática | Informática | Equipo de programadores y especialistas en sistemas de información | Ordenadores, servidores, software de gestión de registros de pacientes |
| Implementación de un sistema de telemedicina para consulta a distancia | Mes 11 | Mes 13 | Director de Informática | Informática | Equipo de programadores y especialistas en sistemas de información, personal médico para pruebas de sistema | Equipos de cómputo, software de telemedicina, cámaras y micrófonos |
| Capacitación del personal en el uso del sistema de telemedicina | Mes 14 | Mes 15 | Coordinador de Capacitación | Recursos Humanos | Instructores de tecnología, personal médico | Sala de capacitación, equipos de cómputo |
| Pruebas de rendimiento y ajustes al sistema de telemedicina | Mes 16 | Mes 17 | Director de Informática | Informática | Equipo de programadores y especialistas en sistemas de información, | Equipos de cómputo, software de telemedicina, cámaras y |

SECRETARÍA DE POSGRADO

| | | | | | | |
|--|--|--|--|--|---|------------|
| | | | | | personal médico para pruebas de sistema | micrófonos |
|--|--|--|--|--|---|------------|

Implementación del plan

En la Etapa 3 del plan, el enfoque se centra en el desarrollo y la implementación de protocolos y guías de práctica clínica estandarizadas para mejorar la coherencia y la calidad de la atención. Se ha identificado que existe una falta de uniformidad en el manejo de los pacientes, lo que puede llevar a inconsistencias en la atención y potencialmente a resultados subóptimos. Al desarrollar y poner en práctica estos protocolos, se asegura que todos los miembros del equipo estén alineados y sigan las mismas directrices, lo que reduce el riesgo de errores y mejora la calidad de la atención.

Además, se introduce la implementación de programas de educación continua y actualización para el personal de la Unidad. En el diagnóstico, se detectó que el personal no siempre estaba actualizado con las últimas investigaciones y mejores prácticas. Para solucionar este problema, se implementarán programas de formación continua para mantener al personal al día con los avances en el cuidado de los pacientes críticos. Esto no solo mejorará la calidad de la atención al paciente, sino que también aumentará la moral y la satisfacción del personal, ya que estarán más equipados para manejar desafíos complejos.

Finalmente, también se implementará una evaluación continua de los programas de educación y mejora basada en el feedback. Esta acción es importante para garantizar que los esfuerzos de formación y desarrollo sean efectivos y estén alineados con las necesidades del personal y de los pacientes. A través de una evaluación continua, se pueden identificar y abordar rápidamente las áreas de mejora, asegurando así que los programas de formación sean relevantes, actualizados y efectivos.

Se presenta a continuación la implementación de acciones enfocadas en mejorar la eficiencia y la calidad de los cuidados en la Unidad de Cuidados Críticos.

| Descripción | Tiempo de inicio | Tiempo de finalización | Responsable | Área | Recursos Humanos | Recursos Físicos |
|---|-------------------------|-------------------------------|---|---|---|--|
| Desarrollo de protocolos y guías de práctica clínica para el manejo de pacientes en la Unidad de Cuidados Críticos. | Mes 9 | Mes 11 | Jefe de la Unidad de Cuidados Críticos, Equipo médico y de enfermería | Unidad de Cuidados Críticos | Jefe de la Unidad, médicos, enfermeros | Computadoras, acceso a literatura médica actualizada |
| Implementación de los protocolos y guías de práctica clínica desarrollados. | Mes 11 | Mes 12 | Jefe de la Unidad de Cuidados Críticos, Equipo médico y de enfermería | Unidad de Cuidados Críticos | Jefe de la Unidad, médicos, enfermeros | Computadoras, software de gestión de pacientes |
| Evaluación de la implementación de los protocolos y guías de práctica clínica. | Mes 12 | Mes 13 | Jefe de la Unidad de Cuidados Críticos, Equipo médico y de enfermería, equipo de gestión del hospital | Unidad de Cuidados Críticos, Dirección del hospital | Jefe de la Unidad, médicos, enfermeros, equipo de gestión | Computadoras, software de gestión de pacientes |
| Implementación de programas de educación continua y | Mes 13 | Continuo | Jefe de la Unidad de Cuidados Críticos, | Unidad de Cuidados Críticos, Departamento | Jefe de la Unidad, médicos, enfermeros, | Aulas, material de formación, acceso a cursos y talleres |

SECRETARÍA DE POSGRADO

| | | | | | | |
|--|--------|----------|---|--|---|--|
| actualización para el personal de la Unidad. | | | Equipo de educación y formación | de Educación | equipo de formación | |
| Evaluación continua de los programas de educación y mejora basada en feedback. | Mes 14 | Continuo | Jefe de la Unidad de Cuidados Críticos, Equipo de educación y formación | Unidad de Cuidados Críticos, Departamento de Educación | Jefe de la Unidad, médicos, enfermeros, equipo de formación | Computadoras, software de seguimiento y evaluación |

En la Etapa 3, el enfoque principal está en el desarrollo e implementación de protocolos y guías de práctica clínica estandarizadas, y en la educación continua y la actualización del personal. Estas acciones apuntan a mejorar la coherencia y la calidad de los cuidados, y a garantizar que el personal esté actualizado en las mejores prácticas y procedimientos.

Evaluación y ajuste

La etapa 4 del plan de intervención es esencial para el ciclo de mejora continua. En esta fase, se lleva a cabo la evaluación y el seguimiento de las acciones previstas, lo que proporciona una retroalimentación objetiva y cuantitativa sobre el éxito de las acciones implementadas. Esta evaluación se basa en los indicadores de rendimiento previamente establecidos para el plan. La razón para realizar esta evaluación es su capacidad para ofrecer evidencia basada en datos de los efectos de las intervenciones y la detección temprana de cualquier desviación del rumbo planificado.

Tras evaluar los indicadores de rendimiento, es posible que se necesite revisar y ajustar el plan de intervención. Esta adaptación continua es crucial para responder a los cambios en el entorno y para incorporar las lecciones aprendidas durante la implementación del plan. La justificación para esta acción radica en asegurar la efectividad y relevancia de las acciones, y en garantizar que el plan en su conjunto siga siendo adecuado para alcanzar los objetivos planteados.

Un aspecto fundamental en esta etapa es la comunicación de los resultados de la evaluación a todo el personal. Compartir la información de manera transparente y abierta es esencial para una gestión efectiva y una cultura organizacional positiva. Al informar a todo el personal sobre el progreso del plan y su impacto, se fomenta un sentido de propiedad y compromiso con los objetivos de la intervención. Además, se brinda la oportunidad para recibir feedback y promover la participación de todos los niveles de la organización. La creencia subyacente en esta acción es que un personal informado y comprometido es más propenso a contribuir de manera eficaz a la implementación exitosa del plan.

Se presenta a continuación los detalles clave en la siguiente tabla:

| Descripción | Tiempo de inicio | Tiempo de finalización | Responsable | Área | Recursos Humanos | Recursos Físicos |
|--|------------------|------------------------|--|----------------|--|---|
| Evaluación de los indicadores de rendimiento del plan | Año 2, Mes 1 | Año 2, Mes 12 | Gerente de Unidad de Cuidados Críticos | Administración | Todo el equipo de la Unidad de Cuidados Críticos | Herramientas de seguimiento y evaluación, software de análisis de datos |
| Revisión y ajuste del plan basado en los resultados de la evaluación | Año 2, Mes 1 | Año 2, Mes 12 | Gerente de Unidad de Cuidados Críticos | Administración | Todo el equipo de la Unidad de Cuidados Críticos | Herramientas de gestión de proyectos |
| Comunicación de los resultados de la evaluación a todo el personal | Año 2, Mes 1 | Año 2, Mes 12 | Gerente de Unidad de Cuidados Críticos | Administración | Todo el equipo de la Unidad de Cuidados Críticos | Herramientas de comunicación interna |

Esta etapa es esencial para garantizar que las intervenciones implementadas están teniendo el impacto deseado y para identificar cualquier ajuste necesario para optimizar el

rendimiento. La evaluación de los indicadores de rendimiento ayudará a identificar cualquier brecha en la ejecución del plan y los posibles desafíos que puedan surgir.

Además, la revisión y el ajuste del plan permitirán realizar mejoras continuas basadas en los datos reales y las experiencias del personal. Este proceso de aprendizaje y adaptación ayudará a la Unidad de Cuidados Críticos a seguir mejorando y afrontando con éxito los retos futuros.

Por último, la comunicación de los resultados de la evaluación a todo el personal es fundamental para mantener a todos informados sobre el progreso del plan, celebrar los éxitos y mantener a todos comprometidos con la mejora continua. Esta transparencia no sólo promoverá la confianza y la colaboración, sino que también proporcionará una oportunidad para que el personal aporte sus propias ideas y comentarios, fomentando una cultura de participación y responsabilidad compartida.

Organización y funcionamiento

Se consideran relevantes los siguientes aspectos y criterios en relación con la organización para garantizar un servicio eficiente:

La existencia de un jefe de servicio, que sea un especialista en cuidados intensivos teniendo, entre otras, las siguientes funciones: Desarrollo e implantación de las políticas de admisión y alta de los pacientes, protocolos asistenciales y relaciones con los familiares. Administración de la Unidad, incluyendo presupuesto, sistema de información y de evaluación de la calidad. Enlace con los responsables de velar por los aspectos éticos y sociales relacionados con la medicina intensiva.

Médicos de guardia.

Instructor y residentes

La existencia de uno/a responsable de enfermería de la Unidad: será la responsable de la coordinación de los profesionales de enfermería asignados a la Unidad de Cuidados Críticos,

teniendo, entre otras, las siguientes funciones: organizar toda la operativa diaria para garantizar los cuidados de enfermería, asegura la formación del personal de nueva incorporación, y la formación continuada de los enfermeros/as y personal auxiliar, promoviendo el estudio y la investigación de enfermería, participando en la discusión y confección de protocolos, guías clínicas y asegurando su cumplimentación, elaborando junto con las enfermeras los protocolos de los planes de cuidados y de los procedimientos que se realizaran dentro del servicio, evaluando la calidad de los cuidados y realizando el seguimiento de los incidentes críticos; colaborando con gestión de pacientes para que el circuito de ingresos, altas o traslados de pacientes sea más efectivo, asegurando que el paciente y la familia tengan la formación e información que precisen, colaborando con la dirección de enfermería en: decisiones de planificación y cobertura del personal; evaluación del personal fijo y rotante; programación de la formación de los profesionales; seguimiento de los objetivos junto a la evaluación de los resultados.

La asignación de una enfermera responsable de la atención al paciente, por turno.

La existencia de un sistema formalizado de intercambio de información entre los profesionales implicados en la atención de cada paciente durante los cambios de turno, así como de alta al paciente a otras unidades y/o servicios.

Criterios explícitos de admisión y alta de los pacientes.

La protocolización de la actividad médica y de enfermería de los procesos y procedimientos más frecuentemente atendidos y realizados en la Unidad.

El cumplimiento de los estándares de seguridad del paciente y atención a los derechos de los pacientes, junto a la existencia de protocolos para asegurarse el cumplimiento sistemático de estos estándares.

La existencia de un sistema formalizado de pase de sala conjunto entre médicos y enfermeras responsables de la atención al paciente, así como otros profesionales que sea multidisciplinario.

5.9.- Gestión de pacientes

Los criterios para la admisión a la Unidad de Cuidados Críticos deben ser claros, transparentes, predefinidos y de dominio público. Estos se fundamentarán en parámetros objetivos, técnicos, neutrales y verificables.

Para facilitar la objetividad, se utilizarán escalas que evalúen la situación funcional, pronóstico y gravedad del paciente, contrastadas con una evaluación clínica objetiva y estudios de confirmación, basándose en el estándar científico de las especialidades médicas implicadas en la atención al paciente crítico.

Las consideraciones sobre ciertas incapacidades, ya sean mentales y/o físicas, no se utilizarán para determinar la admisión a la Unidad. Asimismo, los pronósticos futuros asociados a la supervivencia libre de discapacidad no serán un factor determinante. La edad, por sí sola, no se considerará como un criterio independiente para la admisión.

En cuanto a los criterios de exclusión, se tendrán en cuenta las patologías y comorbilidades que sitúen al paciente en fases avanzadas de enfermedad, de recuperabilidad improbable o estados terminales.

En los casos de incertidumbre significativa, se discutirá con el paciente y/o familiares que la admisión será condicionada. En caso de evidencia de falta de recuperación, se considerarán opciones de externación o traslado a cuidados paliativos, si las circunstancias que justificaron el ingreso original se modifican, en conjunto con la limitación de las medidas de sostén establecidas.

La Unidad de Cuidados Críticos se reserva para pacientes graves, con compromisos orgánicos y/o funcionales que podrían acortar el ciclo de vida y que requieren estabilización a través de la administración de cuidados intensivos, con pronósticos de recuperabilidad lo más consistentes posibles.

Se excluirán a aquellos pacientes no graves, con parámetros que funcionan dentro de niveles aceptables o que, aún por debajo de dichos niveles, puedan ser atendidos adecuadamente en unidades de cuidados intermedios o de menor complejidad.

5.10.- Funcionamiento frente a futuras crisis

El papel del equipo de los intensivistas es muy importante para la planificación de la preparación para eventos de esta naturaleza crítica, al igual cumple un rol en ámbito clínico y organizativo del hospital en su conjunto. La planificación incluye actuar al nivel del servicio y tener buena comunicación con el resto de los servicios y autoridades del hospital. También la planificación de la capacidad de aumento del personal, del espacio físico dentro de la Unidad, suministros y medicamentos en todo el espectro de gravedad desde lo convencional a la mayor crisis que en un futuro podría surgir nuevamente.

A diferencia de otros servicios del hospital se debe tener en cuenta que las demandas de la Unidad Crítica tienden a ser prolongadas dado que es el destino final de los pacientes críticamente enfermos con hospitalizaciones durante días o semanas más que el evento en sí. Es por esto por lo que es oportuno tener una articulación adecuada con el servicio de emergencias el cual debería recibir estos pacientes y posteriormente admitirlos en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Junto a la capacidad de ampliar los cuidados críticos más allá del servicio, utilizando áreas de atención que no rutinariamente asisten este tipo de pacientes, educando al personal, planificando suministros y medicamentos adicionales. Desde hace tiempo se conoce el aumento de mortalidad progresivo de los pacientes que no pueden ingresar a la Terapia Intensiva, por ejemplo, los pacientes en sala de urgencias (Sala 27) tienen un riesgo sustancial de disfunción orgánica persistente y muerte de 1.77 por hora, en quirófano 5,32 para los pacientes de la unidad de cuidados pos anestésicos que esperan 6 horas o más, y un 1,5% mayor riesgo de muerte por hora de espera para los pacientes en sala.

Con lo que se puede observar que de cada 4 a 6 horas es el tiempo máximo recomendado que los pacientes deben esperar fuera de la Unidad de Cuidados Intensivos antes del ingreso. Dado el aumento del riesgo de mortalidad para los pacientes que esperan ser admitidos en la Unidad, se debería hacer todo lo razonablemente necesario con el objetivo admitir pacientes más rápidamente. Si las camas no están disponibles de manera inminente, se deberá articular todo lo necesario para poder transferir a los pacientes a otros hospitales

rápidamente, y la disminución del requerimiento a través de las suspensiones de cirugías programadas y otros procedimientos electivos.

En lo referente a la transferencia y altas de pacientes, en situaciones de crisis como la que se vivió durante la pandemia, existe siempre la presión de ingreso de pacientes lo que motiva a las transferencias antes de lo previsto incluso durante la noche. Los traslados fuera del horario de atención están asociados con un mayor riesgo de mortalidad y de reingreso dentro del servicio.

A medida que aumenta el requerimiento de ingresos de pacientes como sucedió durante este año, la demanda supera la capacidad y se necesita el funcionamiento del sistema regional, hospitalario, provincial y nacional. La evolución de la pandemia, al producirse primeramente la sobrecarga del sistema de salud en otras regiones como Europa, da tiempo de planificar y adecuar a lo que vendrá.

Es relevante para dar respuesta frente a determinada crisis de salud prepararse con el aumento de camas al doble, todas ellas con monitoreo y ventiladores nuevos, educando al personal nuevo que ingresa, estableciendo nuevos protocolos de admisión y alta dentro del servicio.

Se triplica el personal de enfermería, se calculará y preparará los suministros y medicamentos necesarios para el aumento de camas al doble. Se organiza la presencia diaria y con guardias de kinesiólogos que ingresan al hospital. Durante las distintas crisis de salud el cuidado de los pacientes con enfermedad infecciosa pone en riesgo a los trabajadores como resultado directo de su trabajo real; como tal es necesario implementar la capacitación y las precauciones institucionales tanto como para proteger al personal como para disminuir el ausentismo. El acto de ir a trabajar estando enfermo, es una amenaza significativa a la seguridad del personal.

Con respecto a insumos frente a situaciones de crisis es necesario calcular los necesarios sospechando el peor escenario de crisis, tanto medicamentos como equipos de protección personal y demás insumos para lograr que sean suficientes para la atención de los pacientes.

En relación con los ventiladores mecánicos se deben duplicar de acuerdo al aumento de camas.

Análisis de factibilidad del plan de intervención

El plan de intervención descrito está enfocado en mejorar la eficiencia y calidad de los cuidados en la Unidad de Cuidados Críticos. La estructura detallada del plan refleja una alta factibilidad en términos de recursos humanos y físicos, ya que identifica claramente los roles y responsabilidades junto con los recursos necesarios. Esto incluye una amplia gama de profesionales y equipos, desde coordinadores de proyecto y personal médico hasta software especializado y salas de reuniones. Aunque esto demuestra una planificación integral, se recomienda un seguimiento y coordinación regulares para evitar posibles conflictos de programación y recursos.

En cuanto al tiempo, el plan ofrece una estructura temporal bien definida, pero algunos solapamientos de tareas pueden amenazar su factibilidad. Por ejemplo, la realización de entrevistas con el personal y la preparación y distribución de encuestas coinciden en la Semana 2, lo que podría generar retrasos. A pesar de esto, la atención a las dependencias entre tareas y la flexibilidad en la programación pueden mitigar estos riesgos.

La tecnología y los equipos presentan un nivel de factibilidad medio-alto. La implementación de sistemas complejos como la telemedicina y el registro digital de pacientes requiere software y hardware especializado, lo que puede presentar desafíos técnicos. Sin embargo, una fase de pruebas exhaustivas y apoyo técnico continuo puede ayudar a superar estos obstáculos.

El análisis de costos es un aspecto que no ha sido abordado en la información proporcionada, lo que deja la factibilidad financiera como una incógnita. La alineación de los recursos financieros con las necesidades del proyecto será esencial, y se debe realizar un análisis de costo detallado.

En términos de cumplimiento y calidad, el plan parece altamente factible. Con un enfoque en la calidad y la atención al paciente, la capacitación y la mejora continua, está en línea con

los estándares de atención médica. La monitorización y evaluación regulares asegurarán que se mantengan estos estándares.

Finalmente, el impacto previsto en la Unidad de Cuidados Críticos parece prometedor. La implementación de protocolos, educación continua, sistemas de registro digital y telemedicina tiene el potencial de revolucionar la atención al paciente. Sin embargo, será crucial una formación continua y una evaluación de los procesos para asegurar que estos cambios sean efectivos y bien recibidos por el personal.

De este modo, el plan de intervención es en gran medida factible, con una planificación y estructura bien definidas. A pesar de algunos posibles desafíos en términos de tiempo, tecnología y costo, una gestión y seguimiento eficaces pueden llevar a un éxito significativo en mejorar la eficiencia y la calidad de los cuidados en la Unidad de Cuidados Críticos.

Evaluación del plan de intervención

La evaluación del plan es una etapa crítica que permite determinar la eficacia y eficiencia de la intervención. Para llevar a cabo una evaluación completa del plan de intervención para mejorar la eficiencia y calidad de los cuidados en la Unidad de Cuidados Críticos, se deben considerar los siguientes enfoques y criterios:

1. Enfoque de Evaluación de Proceso:

Este enfoque se enfoca en el proceso de implementación y busca evaluar cómo se están llevando a cabo las actividades planeadas. La idea es asegurarse de que el proceso se esté ejecutando como fue diseñado.

- **Indicadores:**

- Cumplimiento de plazos: medir si las tareas se están completando según el cronograma previsto.
- Utilización de recursos: evaluar si los recursos humanos y físicos se están utilizando de manera eficiente.

- Nivel de participación del personal: medir la implicación y participación activa del personal en las distintas etapas del proyecto.

2. Enfoque de Evaluación de Resultados:

Este enfoque se enfoca en los resultados y objetivos del plan y mide si se están logrando los resultados deseados.

- **Indicadores:**
 - Calidad de atención al paciente: evaluación de la satisfacción del paciente y la mejora en la atención médica.
 - Implementación de sistemas: evaluación de la implementación efectiva de sistemas como telemedicina y registro digital.
 - Mejora en las prácticas clínicas: medir la eficacia de los protocolos y guías de práctica clínica implementados.

3. Enfoque de Evaluación de Impacto:

Este enfoque busca determinar el impacto a largo plazo de la intervención en la Unidad de Cuidados Críticos y el hospital en general.

- **Indicadores:**
 - Mejora en los indicadores de rendimiento: evaluación de la eficiencia y eficacia operativa general.
 - Impacto en la educación y capacitación continua: medir la eficacia de los programas educativos implementados.
 - Cambios en la cultura organizativa: evaluar si ha habido un cambio positivo en la cultura de la unidad, incluyendo actitudes hacia la calidad y la mejora continúa.

4. Enfoque de Evaluación Económica:

Este enfoque evalúa la rentabilidad del plan de intervención, considerando los costos y los beneficios.

- **Indicadores:**

- Relación costo-beneficio: comparar los costos de implementación con los beneficios obtenidos.
- Análisis de costos: revisión detallada de los gastos en relación con el presupuesto asignado.
- Evaluación del valor agregado: medir el valor agregado en términos de eficiencia operativa y satisfacción del paciente.

Como se puede observar, la evaluación del plan de intervención requiere un enfoque multifacético que combine la evaluación de procesos, resultados, impacto y economía. Mediante la aplicación de estos enfoques con los indicadores correspondientes, se puede realizar una evaluación completa y precisa de la intervención, asegurando así que se alcancen los objetivos y se realice una mejora continua.

6.-Conclusiones

El presente trabajo ha llevado a cabo una revisión exhaustiva y detallada del plan de intervención para mejorar la eficiencia y calidad de los cuidados en la Unidad de Cuidados Críticos. La intervención se estructuró en diferentes fases, desde la planificación de entrevistas con el personal hasta la implementación de sistemas tecnológicos avanzados como telemedicina y registro digital de pacientes. Se diseñaron también programas de educación continua y se establecieron protocolos y guías de práctica clínica.

Desde una perspectiva académica, el plan se ha evaluado a través de una metodología bien articulada que incluyó diferentes enfoques de evaluación: proceso, resultados, impacto y economía. Cada uno de estos enfoques ha sido cuidadosamente seleccionado para proporcionar una comprensión holística de la intervención, considerando tanto factores cuantitativos como cualitativos.

La intervención no solo ha sido diseñada para tener un impacto inmediato en la calidad de la atención, sino que también tiene en cuenta la sostenibilidad y el crecimiento continuo. La inclusión de la evaluación continua y la mejora basada en feedback son testimonios de una visión a largo plazo.

Desde una perspectiva humana, el trabajo se ha enfocado en mejorar la experiencia del paciente y fortalecer el compromiso del personal médico y de enfermería. Al abordar cuestiones como la capacitación y la satisfacción del paciente, el plan refleja una preocupación genuina por el bienestar humano.

En conclusión, el plan de intervención es un ejemplo representativo de un enfoque integrado y multidisciplinario para mejorar la atención en la Unidad de Cuidados Críticos. Refleja no solo una sólida comprensión académica y técnica, sino también una profunda sensibilidad hacia las necesidades humanas. La implementación exitosa de este plan podría servir como un modelo para intervenciones similares en otros contextos, combinando tecnología, eficiencia operativa y un compromiso con la excelencia en el cuidado del paciente. La evaluación completa y los indicadores cuidadosamente seleccionados aseguran que la intervención no sea solo un cambio momentáneo, sino una mejora continua y sostenible en la calidad de la atención médica.

Por otra parte, la contribución y fortaleza central del presente trabajo reside en su enfoque integral y holístico, el cual abarca diversos aspectos clave de la atención médica, desde la implementación

tecnológica hasta la comunicación interna. Esta visión integral asegura una transformación profunda y sostenible en la Unidad de Cuidados Críticos. Acompañando a este enfoque se encuentra la introducción de tecnologías avanzadas como sistemas de registro digital de pacientes y telemedicina, innovaciones significativas que tienen el potencial de mejorar la eficiencia y calidad de la atención, así como la satisfacción del paciente.

Además, este trabajo exhibe una sensibilidad única hacia las necesidades humanas. A través de entrevistas, encuestas, y un compromiso constante con la educación continua y la capacitación, el plan de intervención reconoce la importancia del factor humano en la atención médica. Esta perspectiva centrada en el ser humano se conecta con una metodología de evaluación robusta que garantiza que la intervención sea medible y ajustable, aportando rigor académico y permitiendo un proceso de mejora continua.

Otro elemento notable del trabajo es su potencial como modelo replicable. Su estructura y enfoque pueden ser utilizados en otros contextos y unidades médicas, brindando insights valiosos para proyectos similares. La combinación de tecnología, capacitación, evaluación y mejora continua es adaptable y flexible. Esta adaptabilidad se ve fortalecida por la preocupación por la sostenibilidad y el crecimiento continuo, reflejada en la inclusión de programas de educación continua y la evaluación constante.

Por último, el trabajo presenta un conjunto de limitaciones a ser consideradas. Una de las limitaciones clave de este trabajo radica en su dependencia de tecnologías específicas, como sistemas de registro digital y software de telemedicina. Si bien estas innovaciones ofrecen prometedores avances en la eficiencia y la calidad de la atención, también introducen vulnerabilidades como potenciales fallas técnicas, problemas de compatibilidad y riesgos de seguridad. Estas tecnologías requieren una inversión constante en mantenimiento, actualizaciones y medidas de seguridad, lo que podría dificultar la implementación en entornos con recursos limitados.

Adicionalmente, la implementación de nuevos protocolos y sistemas puede enfrentar resistencia por parte del personal. La transición a nuevos métodos y herramientas requiere no solo la capacitación adecuada, sino también la aceptación y adaptación cultural dentro de la organización. La falta de participación activa y la resistencia al cambio por parte del personal podría inhibir la eficacia del plan.

También es importante destacar que, aunque el trabajo tiene un enfoque integral, puede haber áreas o variables no consideradas en el análisis inicial. La complejidad de la atención en la Unidad de Cuidados Críticos es tal que es prácticamente imposible abarcar todos los factores en una única

intervención. Esto puede llevar a una subestimación de ciertos desafíos o a la omisión de oportunidades potenciales para la mejora.

Finalmente, la temporalidad del trabajo puede presentar desafíos. La implementación y evaluación a largo plazo de la intervención requiere una dedicación y un compromiso continuos por parte de todos los involucrados. Los cambios en el liderazgo, las prioridades institucionales o la disponibilidad de recursos pueden afectar la continuidad y la eficacia del plan.

En conclusión, si bien el trabajo presenta un enfoque amplio y humanizado, las limitaciones asociadas con la dependencia tecnológica, la aceptación del personal, la integralidad del análisis y la temporalidad deben ser consideradas cuidadosamente. Estas limitaciones no disminuyen la importancia del trabajo, sino que subrayan la necesidad de una ejecución cuidadosa y una evaluación continua para garantizar que los objetivos se cumplan de manera efectiva y sostenible.

7.-Referencias bibliográficas

7.1.- Bibliografía

Ayala, J., & Vicente, A. (2008). Principios fundamentales para la administración de las organizaciones. Prentice Hall.

Barragan, H. (2019). Evolución histórica de la atención medica en Argentina.

Chiavenato, I. (2006). Introducción a la teoría general de la administración. Mc Graw Hill Latinoamérica S.A.

CLACSO. (n.d.). Base de conocimiento en epidemias pandemias de revistas.
<https://www.clacso.org/base-de-conocimiento-en-epidemias-pandemiasde-revistas>

Escuela de Gobierno en salud Floreal. Ferrara Ministerio de salud; Provincia de Buenos Aires.
Biblioteca: Centro de documentacion-bibliotecaSSpSalud@ms.gba.gov.ar

Gallesio, A. (2020). Gestión de área críticas. Medica Panamericana.

Hernández Sampieri, R. (2010). Metodología de la investigación. McGRAW-Hill/Interamericana Editores S.A. de C.V.

Hermida, J. (1979). Ciencia de la administración. Contabilidad Moderna.

John, J. Marini (2009). Medicina critica y cuidados intensivos. Ediciones Journal.

John, J. Marini (2019). Medicina critica y cuidados intensivos. Ediciones Journal.

Kaplan, R. S., & Norton, D. P. (2016). El cuadro de mando integral: The balanced scorecard. Grupo Planeta.

Koontz. (2013). El concepto de estrategia como fundamento de la planeación estratégica. Pensamiento y gestión.

Malagón Logroño. (2020). Gerencia hospitalaria para administración efectiva. Editorial Medica. Panamericana 5ta edición.

Ministerio de Salud de Argentina. (n.d.). Coronavirus COVID-19.
<https://www.argentina.gob.ar/salud/coronavirus-COVID-19>
<https://www.casariosada.gob.ar/>

Paolini, N. (2011). El proceso administrativo: El quid de la administración. Ediciones Haber.

Pensar la pandemia. Observatorio social del coronavirus. (n.d.).

<https://www.clacso.org/pensar-la-pandemiaobservatorio-m-del-coronavirus/>

Recomendaciones intersocietarias para asignación de recursos. (n.d.).

<https://www.sam.org.ar/recomendaciones-intersocietarias-para-asignacion-de-recursos.pdf>

Robbins, S. P., & Couter, M. (2014). Administración. Person.

Sidor, E., Scaramellini, N., & Sosa, J. (2018). Acerca de la teoría general de sistemas y de las organizaciones entendidas como sistemas.

Sociedad Argentina de terapia intensiva. Formando profesionales en cuidados intensivos SATI.

Taleb Nicholas Nassim. (2011). El cisne negro. Nueva edición ampliada y revisada. Paidós.

Teme, J. L. (2002). Gestión hospitalaria. MC Graw-Hill. Interamericana de España.

Valle Cabrera, R. (2011). La gestión estratégica de los recursos humanos. Addison-Wesley Iberoamericana.

Volpentesta, J. (2019). Sistemas administrativos y sistemas de información. Osmar D. Buyatti.

Weber Max. (1991). ¿Qué es la burocracia? Leviatan.

Wheelen, T. L. (2007). Administración estratégica. McGRAW-Hill/Interamericana Editores S.A. de C.V.

