UNIVERSIDAD CATÓLICA ANDRÉS BELLO
VICE-RECTORADO ACADÉMICO
DIRECCIÓN GENERAL DE LOS ESTUDIOS DE POST-GRADO
ESPECIALIZACIÓN EN
GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

TESIS
GSS2001
L4

AA03483

PROYECTO DE TRABAJO DE GRADO
presentado para optar al título de

ESPECIALISTA EN
GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD

TITULO:

EXPERIENCIA ADMINISTRATIVA EN EL SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

REALIZADO POR :
DR. MIGUEL E. LEAL SOMOZA

PROFESOR ASESOR :
DR. RAFAEL NAHMEN

Caracas, 12 de Febrero 2001

Dedicatoria

A todos los profesionales de la salud que día a día se esfuerzan por tener un sistema de salud más solidario, equitativo y eficiente a pesar de las dificultades que se presentan

AGRADECIMIENTOS.....

Este trabajo de Tesis constituyó un gran anhelo para mi porque es el resultado de un gran esfuerzo y certifica mi creencia en la cual considero que la administración de los servicios de salud no es del dominio de una profesión específica. Sino de gerentes con atributos com : espíritu de servicio, iniciativa, don de mando, imaginación, conocimiento de la naturaleza, decisión, paciencia, diplomacia, lealtad, estabilidad emocional, sentido del humor, equidad, capacidad para aceptar críticas.

Hoy en día me siente muy satisfecho por los resultados, sin embargo , tras vivir esta experiencia no puedo dejar de evocar a todos aquellos de una forma u otra contribuyeron, colaboraron y marcarán siempre una especial huella en mi vida

A dios Todopoderoso, que ilumina los camino y nos permite cumplir con nuestra misión en esta vida.

A mi familia que tanto amo mi madre, padre y hermana, por su apoyo , paciencia y consejos para luchar sin cesar en estos tiempos tan difíciles...a mi novia Katiuska que ha estado ha mi lado durante todo el post-grado, ahora mi prometida.

A todos los profesores del post-grado por saber transmitir sus conocimientos y por su calidad profesional y humana.

Al Dr. Rafael Nahmens por su orientación y paciencia no solo en aspecto académico de este trabajo sino como amigo y maestro

Al Director del Hospital Universitario de Caracas Dr. Pedro Guerrero por abrirme las puertas de esta gran institución a la cual me he sentido orgulloso pertenecer y por enseñarme con su trabajo lo que es ser un gerente eficiente.

Al Dr.César Gonzales Jefe del Servicio Quirúrgico por ser el primero en abrirme las puertas sus oficinas, confiar en mi, y demostrarme que existen profesionales de gran calidad que hacen su trabajo con cariño y profesionalismo y no con una visión mercantilista, con su ejemplo, conviertiendose en un gran apoyo y amigo

Al Dr. Ricardo Perez Jefe del Servicio de Traumatología por su visión de gerente y por permitir la orientación administrativa en su servicio en función del mejoramiento de la calidad y eficiencia .

A todo el personal médico , docentes, médicos adjuntos y residentes por su colaboración y amistad.

Al personal de enfermería, administrativos y de servicios auxiliares.

A mis amigas Gladys e Ivonne secretarias del servicio quirúrgicos que me ayudaron desde el principio, haciéndome sentir parte de la familia.

INDICE

CAPITULO I

1.1. Introducción.....1

1.2. Justificación.....4

1.3. Objetivos.....6

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO.....9

2.1 Características Sociales.....9

2.2. Antecedentes Históricos.....10

2.2.1 Hospitales.....10

2.2.2 Hospital Universitario.....11

2.2.3 Traumatología y Ortopedia.....12

2.2.4 Servicio de Traumatología del Hospital Universitario..... 12

2.3 Traumatología.....13

2.4. Hospitalización y Rendimiento Quirúrgico.....14

2.5 Administración de Servicios de Salud.....14

2.5.1. Planificación y Control.....14

2.5.2 Organización.....16

2.5.3 Administración por Objetivos.....17

2.5.4 Administración Estratégica.....18

2.5.5 Proceso.....20

CAPITULO III

Marco Metodológico.....21

Herramientas Administrativas.....21

Método de Recolección de Datos.....21

3.1. Proceso.....21

3.2. Planificación.....24
3.3.Organización.....24
3.4. Control.....31
3.4.1 Mes de Junio.....31
3.4.2 Mes de Julio.....32
Visión..... 33
Misión.....34
Objetivos.....35
3.4.2 Mes de Agosto.....36
3.4.3 Mes Septiembre.....38
3.4.4 Mes de Octubre.....39
3.4.5 Mes de Noviembre.....40

CAPITULO IV

Resultados.....42

GRAFICOS

Gráfico 1- 2 Días de Hospitalización y Promedio de Estancia mes de Junio.....47
Gráficos 3-4 camas Ocupadas y Pacientes Egresados mes de Junio.....48
Gráficos 5-6 Pacientes Egresados y Promedio de Estancia mes de Julio.....49
Gráficos 7 Cirugías Electivas Efectuadas mes de Julio.....50
Gráficos 8-9 Pacientes Egresados y Promedio de Estancia mes de Agosto.....51
Gráficos 10-11 Cirugías Electivas y Promedio Quirúrgico..... ..52
Gráficos12-13 Pacientes Egresados y Promedio de Estancia X Equipo mes de Agosto.....53
Gráficos 14-15 Cirugías Electivas Efectuadas y Canceladas..... ..54
Gráfico 16.Rendimiento Quirúrgico por Equipo.....55
Gráficos 21-22 Pacientes Egresados y Promedio de Estancia mes Septiembre.....58
Gráficos 23-24 Cirugías Electivas y Promedio Quirúrgico..... ..59
Gráficos 25-26 Pacientes Egresados y Promedio de Estancia mes Octubre.....60
Gráficos 27-28 Cirugías Electivas y Promedio Quirúrgico.... 61

Gráficos 29-30 Pacientes Egresados y Promedio de Estancia mes Noviembre.....62
Gráficos 31-32 Cirugías Electivas y Promedio Quirúrgico..... ..63
Gráfico 33-34 Pacientes Egresados- Promedio de Estancia Junio hasta Noviembre.....64
Gráfico 35-36 Cirugías Efectuadas-Rendimiento Quirúrgico Junio a Noviembre.....65

Discusión.....67

CAPITULO V

Conclusiones.....71
Recomendaciones.....75

BIBLIOGRAFÍA

RESUMEN

El siguiente trabajo consiste en la experiencia de campo realizada en el Servicio de Hospitalización de Traumatología del Hospital Universitario de Caracas durante seis meses desde Junio hasta Noviembre del 2000. En el cual se aplicaron herramientas administrativas aprendidas durante el post grado de Especialización en Gerencia de Salud que se tomaron de algunos fundamentos de la Administración Estratégica, Administración por Objetivos y de Planificación y Control. Con el objetivo de mejorar indicadores como promedio de estancias, pacientes egresados, actividades quirúrgicas, para aumentar la eficiencia del servicio.

CAPITULO I

INTRODUCCION

CAPITULO I

INTRODUCCION

El Hospital Universitario de Caracas fue fundado bajo la característica de Instituto Antónomo". Desde su inicio el Hospital funcionaba con políticas administrativas mixtas, es decir, existían dos modelos de atención: uno contributivo por los usuarios y otro financiado por el Estado.

Son muchas las políticas que se han implementado en el Hospital en los ultimos tiempos. A finales de los años ¨90, fue desapareciendo la gratuidad y la mayoría de los servicios eran pagados. Estro trajo como consecuencia la exclusión de gran parte de la población.

Debido a esas políticas el nuevo gobierno consideró que se estaba abandonando la atención del más necesitado y que debía asegurarse la atención gratuidad a todos los ciudadanos.

Desde principios de los años 1999 y 2000, ya se comenzaba a percibir como en los servicios no se estaba cobrando, y estaban siendo financiados por el Estado sin mayores contratiempos que pudieran afectar el funcionamiento de los mismos por falta de mantenimiento. El 18 de septiembre se decretó la gratuidad de todos los servicios. (19)

La promoción que el gobierno le había hecho a la "gratuidad de los servicios del hospital" ha producido un incremento en la demanda. En este trabajo conoceremos los efectos administrativos y medidas tomadas en el "Servicio de Hospitalización de Traumatología" a raíz de esto. Es conocido por todos que la demanda de las camas en las áreas de hospitalización es uno de los problemas más frecuentes en los hospi

ales. Ahora ¿Porqué Traumatología?. Para esto hagamos un breve recuento de esta especialidad.

La Traumatología se ocupa de las lesiones traumáticas de columna, cadera extremidades que afectan a los huesos (fracturas), lesiones en partes blandas (ligamentos y articulaciones, piel), lesiones en nervios y vasculares. (2)

En el caso de requerir tratamientos en esta especialidad, los procedimientos más conservadores y comunes en ésta área son: los vendajes blandos, férulas, yesos y tracciones blandas y esqueléticas. (1) En el caso de pacientes que requieren de tratamiento más complejo es imprescindible su hospitalización para tratamiento quirúrgico, los cuales se basan por lo general en reducciones abiertas, placas y tornillos de osteosistesis, dispositivos clavo-placa y tornillo-placa, clavos intra medulares, fijadores externos, etc. (20)

Ahora si analizamos esta especialidad vemos como las fracturas óseas requieren de tratamiento traumatológico y en muchos casos de hospitalización. Entonces existen tres razones fundamentales para realizar este trabajo en el Servicio de Hospitalización de Traumatología.

1. La Gerencia de Servicios de Salud se debe aplicar en todos los servicios.

2. La gratuidad de los servicios decretada en el Hospital ha traído como consecuencia un incremento en la demanda.

3. La violencia desatada en el país en los últimos tiempos y en especial en la Ciudad de Caracas, ha aumentado la cantidad de lesionados.

4. Las características sociales del país.

Estos elementos han creado un aumento considerable en la demanda de hospitalización en Traumatología en la consulta externa, la emergencia y el traslado de otras instituciones asistenciales.

La presión de ingresos, de estos pacientes traumatizados, por la vía de emergencia o traslados de otros centros asistenciales que requieren de hospitalización, se ha convertido en un verdadero dolor de cabeza para los diferentes directos de los hospitales, en especial en este hospital. Por tal motivo se han buscado métodos efectivos que puedan agilizar la recuperación oportuna de estos pacientes y así no sobre congestionar las salas de hospitalización del Servicio de Traumatología.

El Hospital Universitario ha tomado la vanguardia de esta situación y está buscando métodos para conseguir una optimización en el rendimiento de este servicio, para que con los recursos disponibles obtenga el mayor número de resultados (Productividad) (3)

Con un nuevo enfoque el hospital ha dispuesto de especialistas en Gerencia de Servicios de Salud para que determinen las causas que inciden en la estancia prolongada de pacientes y apliquen herramientas administrativas efectivas que promueva la movilización oportuna de los pacientes hospitalizados en este servicio.

En el siguiente trabajo presentaré la experiencia de campo realizada en el Servicio de Traumatología del Hospital Universitario de Caracas durante seis meses desde Junio hasta Noviembre del 2000. Durante este tiempo se aplicaron herramientas administrativas aprendidas durante el post grado de Especialización en Gerencia de Salud que se tomaron de algunos fundamentos de la Administración Estratégica, Administración por Objetivos y de Planificación y Control.

JUSTIFICACION

En los primeros meses del año 2000 se ha observado una creciente demanda del Servicio de Traumatología debido a múltiples factores sociales que se han venido desarrollando en los últimos años, como lo es el aumento del crecimiento poblacional, el aumento del desempleo y el aumento de la pobreza en los últimos años, esto ha traído como consecuencia que un gran porcentaje de la población no pueda acceder a servicios privados de salud.

A esto hay que sumarle el hecho que en los últimos años la inversión pública en salud pública ha sido por debajo de las recomendaciones internacionales, ubicándose por debajo de un tres porciento (3%) del Producto Interno Bruto a esto hay que agregarle la mal inversión que se ha hecho con estos recursos.

Los elementos antes mencionados no hacen pensar que se ha desarrollado un aumento en la demanda por las condiciones sociales del país y que no se ha sabido darle una respuesta u oferta eficiente a esta.

En los últimos años se venía aplicando un sistema de cobro por prestaciones de servicios en instituciones de salud público, creando una demanda creciente de pacientes no atendidos que se estaba acumulando por no poder pagar.

Por todo lo antes mencionado al decretar la gratuidad de los servicios del Hospital Universitario de Caracas se creó una gran presión en la demanda que sobre pasó la capacidad de la oferta y a esto hay que agregarle la promoción en los medios de comunicación que se le ha hecho a esto y la falta de capacidad de repuesta de otros centros asistenciales del país.

Al servicio de Traumatología hay que sumarle el hecho de que el deterioro social ha aumentado la violencia en todo el país y en especial la ciudad de Caracas ubicando las lesiones traumatológicas como la décima causa de morbilidad del país.

Por esto la hospitalización de pacientes traumatizados por la vía de emergencia o la transferencia de pacientes de otros centros asistenciales que requieren tratamiento quirúrgico han traído problemas administrativos en este centro asistencial, tales como: pacientes que requieren hospitalización por la vía de la consulta externa tienen que esperar períodos prolongados, para poder tener acceso a una cama; la hospitalización de pacientes con necesidades traumatológicas alojadas en otros servicios y que por consiguiente no reciben la atención especializada del servicio de enfermería.

El Servicio de Traumatología de este Hospital se divide en dos unidades Trauma y Cirugía de la Mano todo el servicio tiene cuarenta y siete (47) camas operativas de las cuales cuarenta (40) son de Trauma y siete (7) de Cirugía de la Mano con una de demanda de sesenta y dos (62) pacientes mensuales para Trauma y de venti cuatro (24) para Cirugía de la Mano aproximadamente, para totalizar en ochenta y seis (86) ingresos para todo el servicio lo cual ha generado un abarrotamiento (datos de historias médicas).

Debido a esta creciente demanda es importante evaluar la utilización que se le viene dando a las camas.

Igualmente es importante aplicar medidas administrativas al servicio de hospitalización de traumatología para que los pacientes aparte de recibir una atención médica de calidad, se determinen los elementos que pudieran retrasar los procedimientos asistenciales y así lograr restituir la salud de los pacientes en períodos más breves y poder atender la creciente demanda, sin que esto afecte la calidad de la atención y la característica docente de este servicio.

OBJETIVOS

Objetivo General

1.3.1 Aplicar y medir resultados utilizando fundamentos de la "Administración por Objetivos, Administración Estratégica y de Control" en el Servicio de Traumatología del Hospital Universitario.

1.3.2. Determinar la utilización de las camas de pacientes hospitalizados en el Servicio deTraumatología del Hospital Universitario de Caracas y buscar estrategias administrativas que disminuya el período de estancia y aumente la rotación de pacientes.

Objetivos Específicos

1.3.1.1 Desarrollar una misión y visión del Servicio de Traumatología.

1.3.1.2 Crear el sentido de las metas y objetivos organizacionales en todos los miembros de la Organización (D.O.)

1.3.1.3 Fijar al servicio metas y objetivos que reflejen un grado de mejoramiento y a la vez que sean realistas y alcanzables en un tiempo razonable.

1.3.1.4 Aplicar herramientas administrativas de control en las actividades del proceso.

1.3.1.5 Determinar los tiempos de estancia de los pacientes hospitalizados en el servicio de trauma.

1.3.1.5 Conocer los tiempos pre-quirúrgicos y determinar las causas que retrasan los mismos.

1.3.2.1 Describir el proceso del paciente y su relación con las diferentes sub-unidades que operan para la restitución de la salud de estos mientras permanecen hospitalizados en el servicio.

1.3.2.2 Aumentar la productividad del personal médico y auxiliar.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 CARACTERISTICAS SOCIALES

Existen varias variables que han aumentado la demanda de los servicios públicos de salud en el presente año:

a. El crecimiento poblacional

En los últimos cincuenta y cuatro años (54) a partir de 1936 la población creció en más de cinco veces , aumentó en 14 millones de habitantes con un crecimiento del 438%, para ubicarse en 19.501.849 millones de habitantes en 1990. A partir de este año hasta el año dos mil (2000) ha crecido un (20%) vente porciento aproximadamente para ubicarse en 24.169.744 habitantes. (23)

b. Las altas tasas de desempleo

Por primera vez en el año dos mil (2000) la tasa de ocupados informales pasó a ser superior a los empleados formales. Los trabajadores informales conforman en la actualidad el 52,6% de la población economicamente activa y el sector formal el 47,4%. Y la tasa de desempleados se ubicó en el 15,6 % .(25)

c. La Baja Inversión en Salud

En los último diez (10) el gasto público en salud no ha sido superior al tres porciento(3%) del Producto Interno Bruto. Ubicándose en 1990 en 355,7 dólares per capital. (26)

Esto factores influyen considerablemente en la demanda en los servicios de salud. En 1998 se observa un aumento del diez y siete (17%) en relación a 1998 de servicios.(27)

Al unir todos los elementos , el aumento del desempleo, de la población y de la pobreza , la baja inversión y la ineficiencia de las instituciones prestadoras de servicio de salud pública podemos notar como existe un crecimiento en la demanda con poca respuesta en la oferta en los últimos años.

A estos hay que sumarle el aumento de la violencia en el país en los últimos años que puede ser consecuencia de lo antes mencionado. Pero lo que si estamos seguros es que esta violencia trae como consecuencia un aumento en la demanda de los servicios de traumatología ubicando los traumatismo como la décima (10) causa de morbilidad del país en 1998. (27)

2.2 ANTECEDENTES HISTORICOS

2.2.1 HOSPITALES

Ciertos historiadores afirman que ya en el año 4000 a.c. en los templos de los antiguos dioses fueron utilizados como casa de refugio para los enfermos inválidos así como escuelas de aprendizaje para los propios médicos.

Pero no fue hasta los primeros siglos de la era cristiana cuando el florecimiento de las ordenes monasteriales propiciaron la creación de hospitales, los cuales junto a los hospicios y escuelas funcionaron como parte integral de los monasterios. Durante Las Cruzadas, la misión principal de las órdenes religiosas era cuidar enfermos y así construyeron un gran número de hospitales. (4).

Durante el siglo XVII realmente se comenzó a crear los primeros hospitales dirigidos por autoridades civiles.

Hospital : Es parte integrante de una organización médica social , cuya misión consiste en proporcionar a la población una asistencia médica, tanto asistencial como preventiva. Tiene como misión la salud integral de sus usuarios tanto física, psiquica como social. Estas organizaciones mantienen a personas con algún tipo de enfermedad , que requieren de tratamiento , curación y rehabilitación. Además se atiende en forma ambulatoria en la consulta externa. (27)

Su clasificación depende según sus caracteristicas (agudos o crónicos), por servicios (especiales o generlales), su dependencia (públicos o privados), su capacidad (Nro. De camas) y su organización sanitaria.

2.2.2 HOSPITAL UNIVERSITARIO

Por decreto del 2 de octubre de 1943, bajo el gobierno del General Isaías Medina se creó el Instituto de la Ciudad Universitaria que hizo realizada el Hospital Universitario de Caracas. (16)

A partir de 1948 se crearon comisiones preparatorias de administración del hospital, pero no fue sino hasta el 27 de julio de 1954 cuando se creó el proyecto que le da la denominación "Universitaria" al hospital.

El 11 de mayo de 1956 se decretó el funcionamiento formal del hospital según decreto No. 349 , pocos días antes de su funcionamiento se decretó igualmente a éste como "Instituto Autónomo".

Su filosofía en el momento de su fundación era "ofrecer una elevada eficiencia asistencial y máximas facilidades docentes y de investigación".

En sus inicios el modelo de su funcionamiento era de carácter mixto desde el punto de vista administrativo. Este contaba con cuartos privados y semi privados para el ingreso de pacientes que podían pagar por su hospitalización, siendo las salas generales para pacientes no contributivos.

Desde entonces el Hospital Universitario ha pasado por múltiples modelos hasta llegar al actual donde el Gobierno Nacional decretó la gratuidad de los servicios. (20).

2.2.3 TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA

Se dice que la traumatología tiene un origen tan remoto como la Edad de Piedra. Ya que cuando el hombre tenía que salir a cazar y pescar estaba expuesto a gran cantidad de accidentes. Para reparar los daños recurrían a su propia práctica de curación espontánea. Karl Jager, quien hizo un estudio en huesos prehistóricos estableció que el 53,8% d3e las extremidades oseas fracturadas habían sido curadas con excelentes resultados. (5)

También es conocido que en el Egipto milenario de los faraones se practicaron procedimientos de ferulización.

Pero en la Historia Moderna, su precursor fue Hipócrates en su obra sobre las articulaciones.

En Venezuela el Padre de la traumatología moderna fue el Dr. Hernán de las Casas quien en 1936 crea la primera Cátedra y Servicio de Traumatología en la Facultad de Medicina de Caracas (anexo al Hospital Vargas).

2.2.4 SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO

En 1948 ocurrió la muerte accidentada del Dr. Hernán de las Casas. El servicio fue arbitrariamente desalojado del Hospital Vargas y no fue sino hasta el 16 de febrero de 1961

cuando se instala la Cátedra de Traumatología en el Hospital Universitario de Caracas en el piso seis, luego de una perseverante y larga lucah. (7) (17)

2.3| TRAUMATOLOGIA

Traumatología se ocupa de las lesiones traumáticas en regiones anatómica como el cráneo, cara, columna, cadera, extremidades, hombro, brazo, codo, pie, mano etc. o sea en todas las partes que presentan huesos. (7)

La patología más frecuentemente observada en la traumatología son las fracturas óseas que se producen por presión, flexión, torsión o arrancamiento. (8)

Desde el punto de vista anatomo-patológico se clasifican su localización: si la continuidad del hueso ha sido o no interrumpida, si se comunica con el medio exterior (simple y cerrada, complicada o abierta), de acuerdo a la dirección y característica de la fractura; de acuerdo al número de fragmentos; conforme al desplazamiento de los fragmentos. (8)

Con una sintomatología dolorosa general o localizada que puede estar acompañada de fiebre y shock, generalmente existe impotencia funcional e hipersensibilidad al tacto. Su diagnóstico se realiza por la exploración clínica y radiológica.

Las necesidades de un servicio de traumatología son muy diferentes al de un servicio clásico de cirugía, ya que requieren de la omnipresencia de radiología, tanto en las consultas externas, como en las salas de hospitalización y en los quirófanos, del empleo de aparatos de tracción, sala de yesos y de una recuperación funcional de sus enfermos, (fisioterapia), igualmente se requiere de una estricta asepsia del bloque operatorio. (9)

El Servicio de Traumatología del I.V.S.S. (1984-1986) atendió el 3,23% de las consultas. De cada 10 pacientes ambulatorios uno requiere de hospitalización, con un promedio de estancia de 15 días (10, 9).

2.3 HOSPITALIZACION Y RENDIMIENTO QUIRURGICO

En traumatología, la hospitalización y su relación con la actividad quirúrgica es fundamental ya que la mayoría de los pacientes hospitalizados requieren de intervenciones quirúrgicas.

Las hospitalizaciones en traumatología son registradas cuando el paciente ocupa una cama en el área de hospitalización, mantenga una historia abierta o que haya sido intervenido quirúrgicamente.

El rendimiento quirúrgico en traumatología varía según la complejidad del caso y es difícil de interpretar los cálculos de rendimientos. Sin embargo diversos estudios que permiten establecer un índice común, el cual es de dos horas treinta minutos por intervención (2:30 m). Es fundamental un buen rendimiento quirúrgico para poder operar y dar de alta a los pacientes y permitir su rotación. (3)

2.5 ADMINISTRACION DE SERVICIOS DE SALUD

2.5.1 PLANIFICACION Y CONTROL

La planificación y el Control son elementos de la administración que constituyen el llamado "proceso administrativo", en cualquier nivel y área de actividad.

Planificación: Implica la evaluación del futuro y la previsión en función de él. Unidad, continuidad, flexibilidad y valoración son los aspectos principales de un buen plan de acción (11)

Control: Consiste en el seguimiento para comprobar que todas las etapas marchan de conformidad con el plan adoptado, las instrucciones transmitidas y los principios

establecidos. Su objetivo es ubicar las debilidades y los errores para rectificarlos y evitar su repetición. (11)

Planificación : Es el intento de la gerencia de anticipar eventos futuros. Es hacer decisiones hoy, acerca del futuro. Este proceso de decisiones orientadas al futuro involucra establecer objetivos, obtener y organizar información , determinar cursos posibles de acci{on y escoger entre ellos , implementando las acciones , y monitoriando los resultados para asegurar su conformidad con los objetivos. Si los objetivos no están siendo cumplidos , modificarlos o ejecutar planes alterno.(21)

Planificación Administrativa:. Proceso sistemático y reflexión anticipatoria para reconocer y definir las tendencias futuras, examinar las relaciones entre las tendencias y los objetivos organizacionales y realizar los ajustes necesarios en función de los objetivos y condiciones generales de la institución a través del uso posible, eficiente, y económico del personal, métodos de dirección, fondos y otros recursos. (12)

Es decidir adelantado, que se hará y como se hará. El "que"lleva al establecimiento de los objetivos que se deben alcanzar. El "como" lleva a la determinación de los medios para lograr los objetivos

Tipos de Planificación

a. Los planes tácticos integran los planes estratégicos con los niveles de operaciones (el día a día), traducen los planes estratégicos en planes específicos para las divisiones de la organización y funciones claves.

b. Los planes operacionales se hacen para guiar las operaciones diarias de los departamentos , unidades , grupos y equipos de trabajo

c. Si los planes estratégicos no están acompañados de los planes tácticos y operacionales la efectividad de la organización entera estaría comprometida. (22)

Control : desde un enfoque amplio, el control incluye la evaluación del proceso y con ello una nueva toma de decisiones que sirve de base para la nueva toma de deciones que sirve de base para la nueva planificación mediante un mecanismo de retroinformación. El control implica el cierre del circuito que iniciamos con la planificación. (27)

Control de Proceso: Método de supervisión diseñado para verificar el correcto funcionamiento de un sistema cualquiera de producción. (12).

Control Operacional: Influencia de la dirección de las actividades de la institución. (12)

La planeación y el control son quizás las más básicas y profundas estrategias de todas las funciones administrativas. La planeación y el control son elementos inseparables en el proceso administrativo. Uno es pre-requisito del otro. La planeación especifica los objetivos organizacionales y las actividades; el control se relaciona con el bien que ha sido logrado. Ambos permiten al administrador enfrentarse a la incertidumbre y al cambio, y lo ayudan a influir en el futuro.

2.5.2 ORGANIZACIÓN

Una organización es una unidad coordinada formada por un mínimo de dos personas que trabajan para alcanzar un objetivo o conjunto de objetivos comunes.

La estructura de una organización es la pauta que indica de qué forma las personas y los puestos de trabajo se agrupan entre en la misma. La estructura suele presentarse por medio de un organigrama. Las comunicaciones , la toma de decisiones y el desarrollo organizativo son ejemplos de procesos de una organización.

Un análisis de los organismos de salud , tanto públicos como privados , revela que estos tienen cierta características comunes con otras organizaciones como lo son empresas

dedicadas a dar servicios , ej. Hoteles, restaurantes, aeropuertos, organizaciones militares, dependencias del Gobierno , entre otras, pero a su vez tienen características que le son propias ya que son organizaciones que se ocupan del problema de salud. (27)

2.5.3 ADMINISTRACION POR OBJETIVOS

La administración por objetivos se presenta en todos los tamaños, colores y formas. Académicos y consultores la han empaquetado y vendido bajo diferentes membretes. Algunos de estos son: "Administración por Resultados", "Administración por Metas y Resultados", "Administración por Objetivos y Resultados" y "Establecimiento Individual de Metas". Los profesionales del ramo han producido "metas y controles", "planificación y revisión del trabajo" y un sin número de siglas y recetas personales. Su aplicación proporciona bases para un sistema de valuación del desempeño de objetivos, facilitan la planificación y el control administrativo, ayudan a preparar y desarrollar administradores, proporcionan una base para la compensación por incentivos e incrementan el nivel de compromiso y el grado de la participación en la administración de los asuntos de la organización. (13)

La administración por objetivos es un proceso que consiste en pasos independientes e interrelacionados:

a. La formulaciópn de metas. El enunciado claro y preciso de los objetivos.
b. El desarrollo de planes de acción realistas para su logro.
c. La revisión sistemática del desempeño y logro.
d. La toma de medidas correctivas necesarias para conseguir los logros planeados.

Los elementos claves son "establecimiento de metas", "planeación de la acción", "autocontrol" y "revisiones periódicas del progreso".

La administración por objetivos es un sistema para facilitar la planeación y el control organizacional, la organización y la asignación de labores, la solución de problemas y la toma de decisiones, la motivación y el autocontrol, así como otras funciones administrativas importantes, tales como: la valuación de desempeño, el desarrollo del gerente, a compensación y la planificación de la mano de obra, pueden ser integradas significativamente en el sistema.

Objetivos: Es un logro deseado o un resultado esperado. Es una meta expresada en una dimensión específica; es más estrecho en enfoque; tiene un cuadro temporal más corto, quizás de seis meses a tres años. Hasta donde sea posible, los objetivos se expresan en términos cuantitativos, mensurables y concretos, en forma de una relación escrita de los resultados deseados que se van a lograr en un período dado.

Meta: Es una condición futura deseada. Refleja una condición de propósitos, algo que alcanzar. Su marco de tiempo tiende a ser a largo plazo, a diferencia de un blanco que es a corto plazo, quizás de tres a cinco años o más. Las metas tienden a ser de amplio enfoque; aunque lo suficiente específicas como para proporcionar una dirección y empuje. Pueden ser expresados en términos cuantitativos o en términos cualitativos. Sin embargo cuanto más específicos y concretos se expresen mejor.

2.5.4 ADMINISTRACION ESTRATEGICA

La Administración Estratégica es el arte y la ciencia de formular y evaluar las decisiones interfuncionales que permiten a la organización conseguir sus objetivos.

El proceso de la Administración Estratégica consta de tres etapas: Formulación, Implementación y Evaluación. La formulación de una estrategia consiste en la elaboración de la misión de la institución, detectar las debilidades y amenazas externas, definir sus fuerzas y debilidades y establecer estrategias. (14)

1. Características

   a. Instrumento que facilita el manejo de situaciones por directivos y gerentes
   b. Considera el entorno
   c. No requiere ser compleja
   d. Es proactiva y no reactiva
   e. Reduce el Impacto de los cambios

2. Algunas ventajas

   a. Capacita para influir o adaptarse al medio en vez de reaccionar ante el, ejerciendo control sobre el destino , y aumentando la capacidad de provenir problemas
   b. De base objetiva para asignar recursos
   c. Reduce conflictos internos y la resistencia a los cambios
   d. Permite aprovechar oportunidades, controlar amenazas, utilizar fortalezas y reducir debilidades

3. Elementos

   a. Visión
   b. Misión
   c. Objetivos
   d. Estratégias

Desarrollo de "Misión"

Visión: Es el que (como el sueño), es la expresión del futuro de lo esperado por la organización y por sus interesados. Es la satisfacción interna de la organización y es más flexible.

Misión: Es el enunciado formal. Te dice características y fortalezas para el logro, se busca satisfacer el mercado.

Características (Misión)

- Debe definir lo que la organización es y lo que aspira ser.
- Específica
- De carácter distintivo. Son las características propias de la organización para alcanzar sus objetivos.
- Marco de evaluación para actividades presentes y futuras (establece un estándar de control general).
- Se formula en términos claros.

Visión:

Tiene como norte la organización. Nos permite establecer las expectativas de los clientes internos y externos.

Grupos de intereses[

Internos	Visión	Externos
Funcionarios		Clientes
Ejecutivos	Razón de ser	Proveedores
Directores	de la organización	Gobierno
Accionistas		Competencia
Empleados		Comunidad

Misión Corporativa:

- Clientes
- Productos o Servicios
- Mercado
- Tecnología
- Filosofía Corporativa
- Auto concepto

Calidad Inspiradora

2. Mercado. Se segmenta por situación geográfica y poblacional.
3. Tecnología. Son todos los conocimientos que nos hacen falta para llevar a cabo una misión eficaz.
4. Filosofía corporativa: Deberá motivar a los individuos de la corporación a un reto positivo.

2.5.5 PROCESO

Actividades que insuflan vida a la estructura de una organización . Los procesos habituales son las comunicaciones , la toma de decisiones , la socialización y el desarrollo profesional. (19)

El desempeño de las funciones clásicas de la administración como lo son la planeación , organización , dirección y control constituyen el proceso administrativo.(11)

Los elementos que interactuan en la atención de los pacientes para la restitución de la salud de los mismos, conforman el proceso asistencial.

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

CAPITULO III
MARCO METODOLOGICO

No existe un método administrativo específico para trabajar en una empresa de servicio asistencial si consideramos la complejidad de los mismos. Lo que se hizo fué utilizar principios básicos de herramientas administrativas de la:

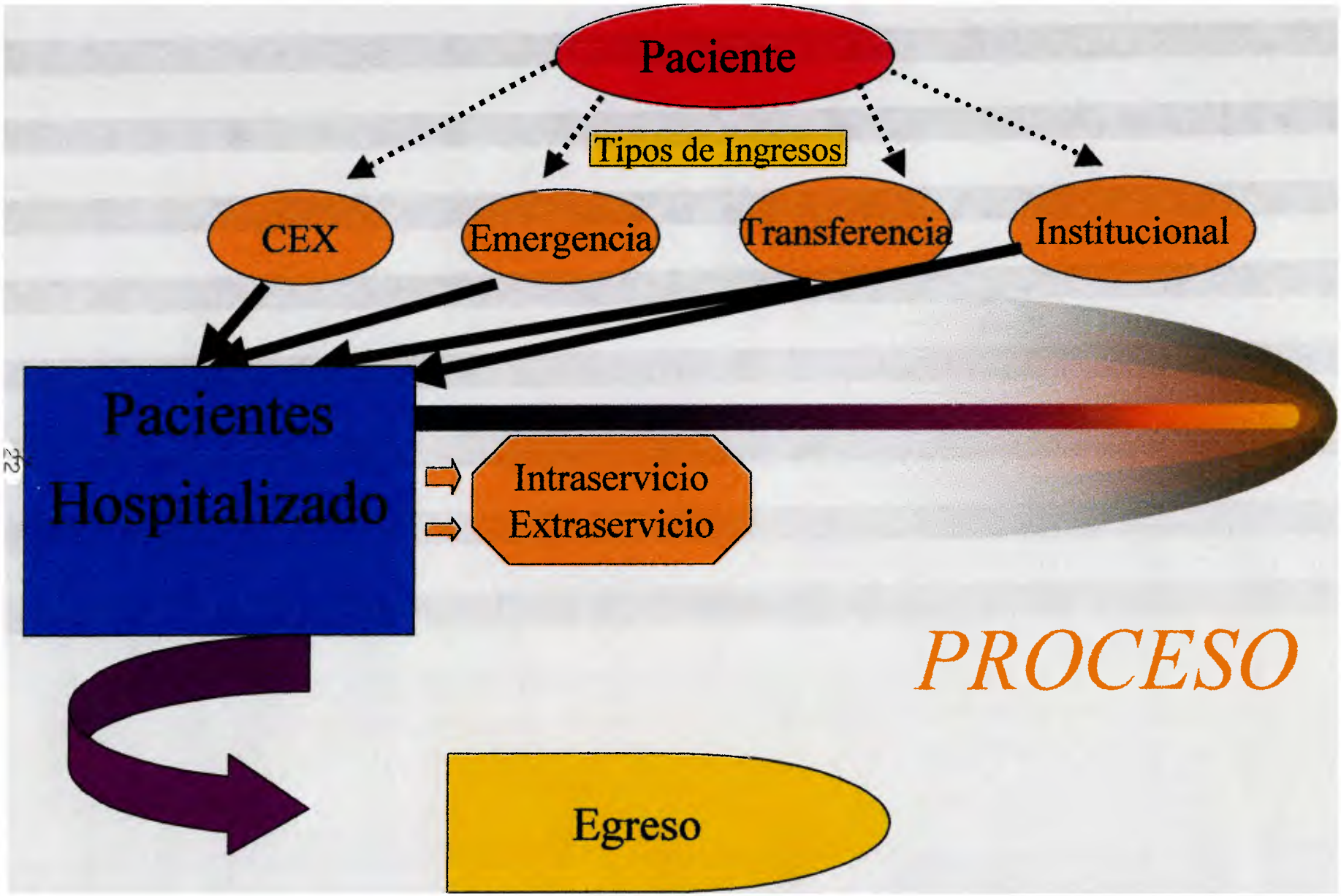
a. Administración Clásica
b. Administración Estratégica
c. Administración por Objetivos
d. Desarrollo Organizacional

Durante la experiencia vivida en los seis meses de trabajo de campo el consultor fue aplicando los principios básicos aprendidos durante el post grado. Lo primero que se realizó fue conocer el proceso del paciente hospitalizado, la planificación y la organización del servicio, la cual describiremos a continuación:

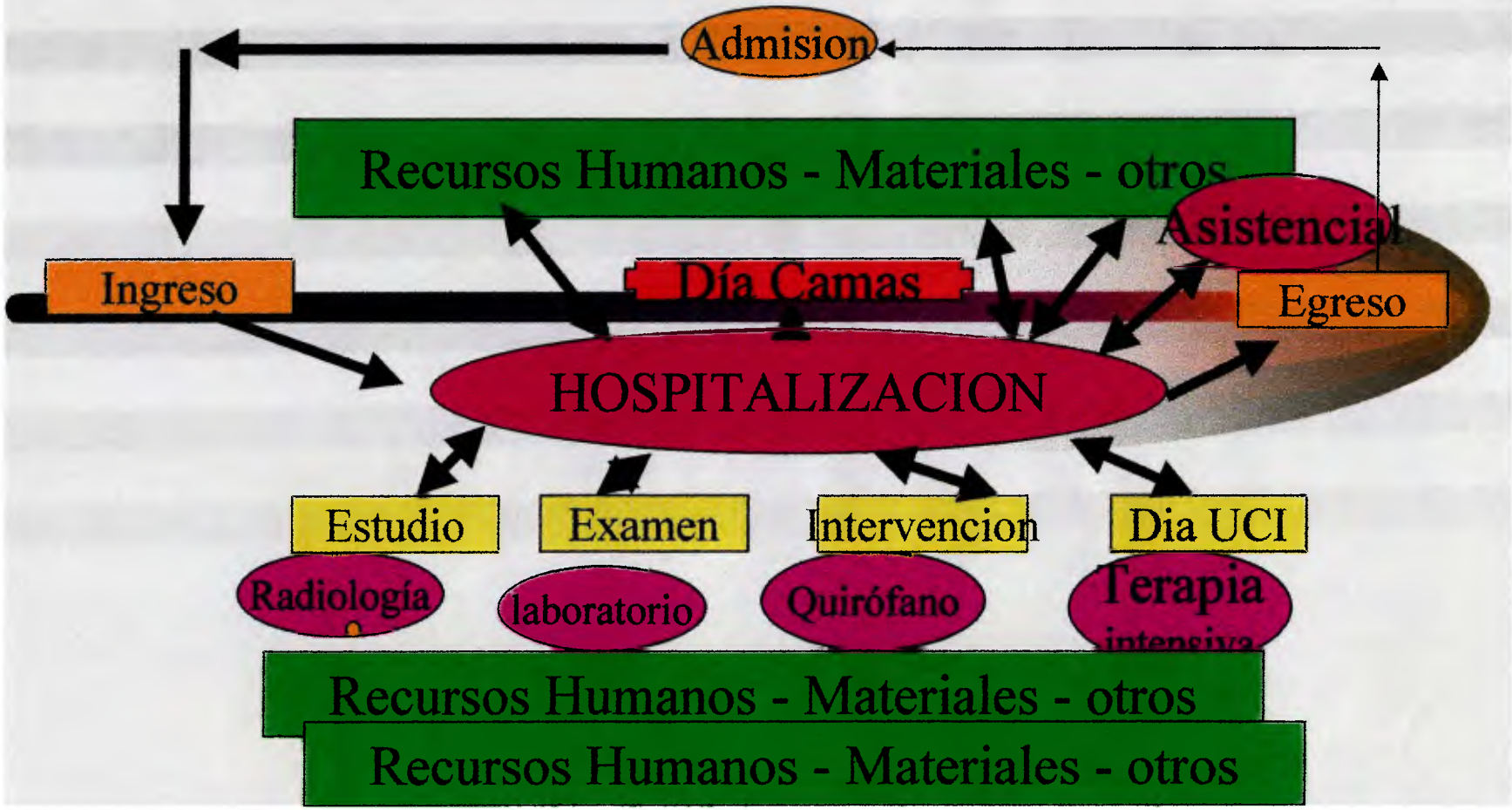
a. La información se obtuvo por observación directa.
b. Información obtenida por medio de entrevistas los integrantes del servicio
c. Información obtenida de diferentes departamentos.

3.1 EL PROCESO

Los pacientes que requieren hospitalización en el servicio ingresan por tres vías: consulta externa , emergencia o traslados interinstitucionales. Si el ingreso se efectúa por la consulta externa lo recibe el equipo que lo evaluó; si entra por emergencia es recibido por el residente de guardia, pasa a la sala de hospitalización, recibe tratamiento (puede ser quirúrgico) y es dado de alta por autorización del jefe del equipo.


Paciente
Tipos de Ingresos
CEX
Emergencia
Transferencia
Institucional
Pacientes Hospitalizado
Intraservicio
Extraservicio
PROCESO
Egreso

PROCESO HOSPITALIZACION



3.2 PLANIFICACION

La planificación del servicio la realiza el jefe del servicio. La de cada paciente la realiza el equipo al que está asignado, previa dirección del jefe del equipo.

La planificación táctica es realizada por el Jefe del servicio principalmente aunque en esta participan los jefes de equipos.

La planificación operacional la efectúan los residentes con apoyo de los jefes de equipos.

3.3. ORGANIZACION

3.3.1 Cuerpo Médico

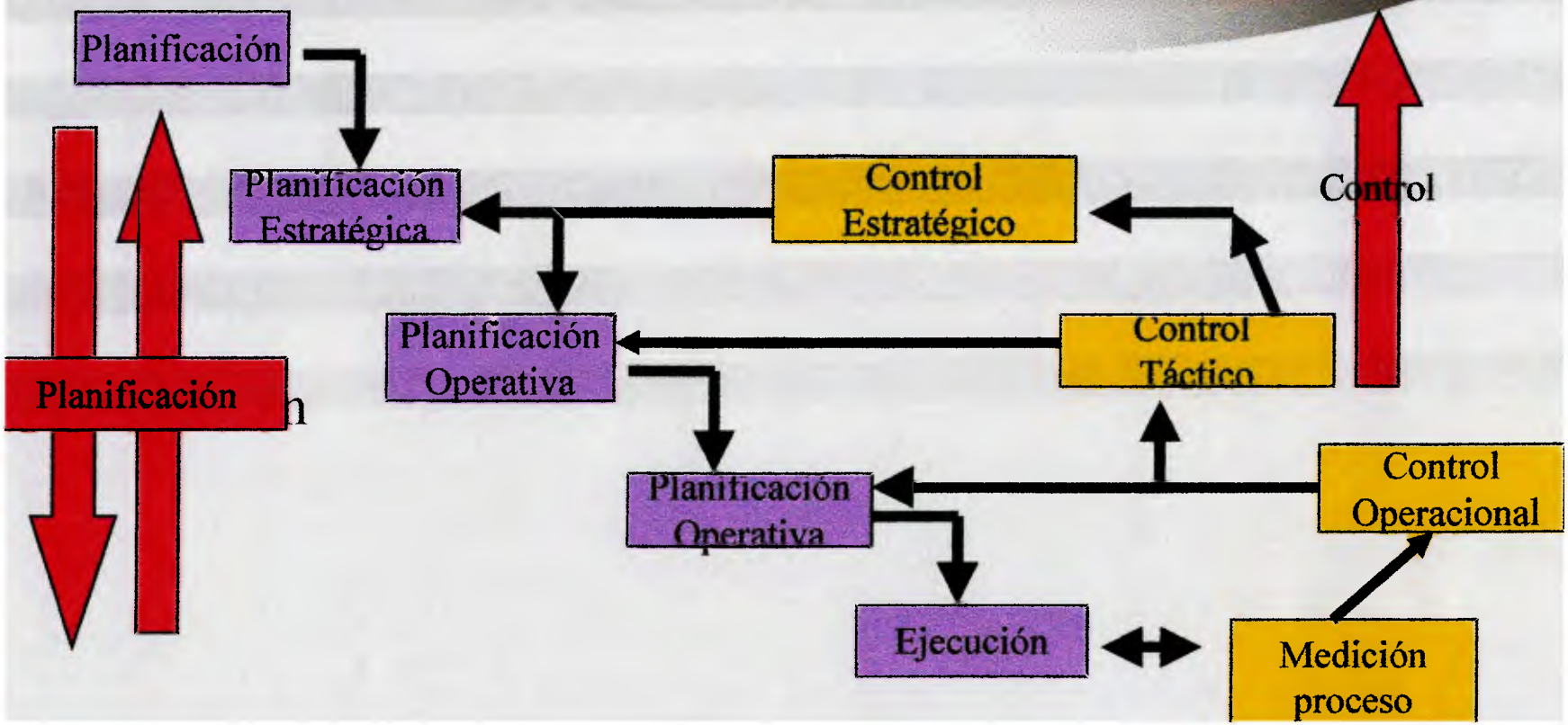
El servicio cuenta con un cuerpo médico, enfermeros de hospitalización, enfermeros de quirófano, técnicos de ortopedia, técnico de rayos X, personal de mantenimiento, secretarias.

El cuerpo médico cuenta con un Jefe de Servicio, médicos docentes, médicos adjuntos, médicos asistenciales y residentes.

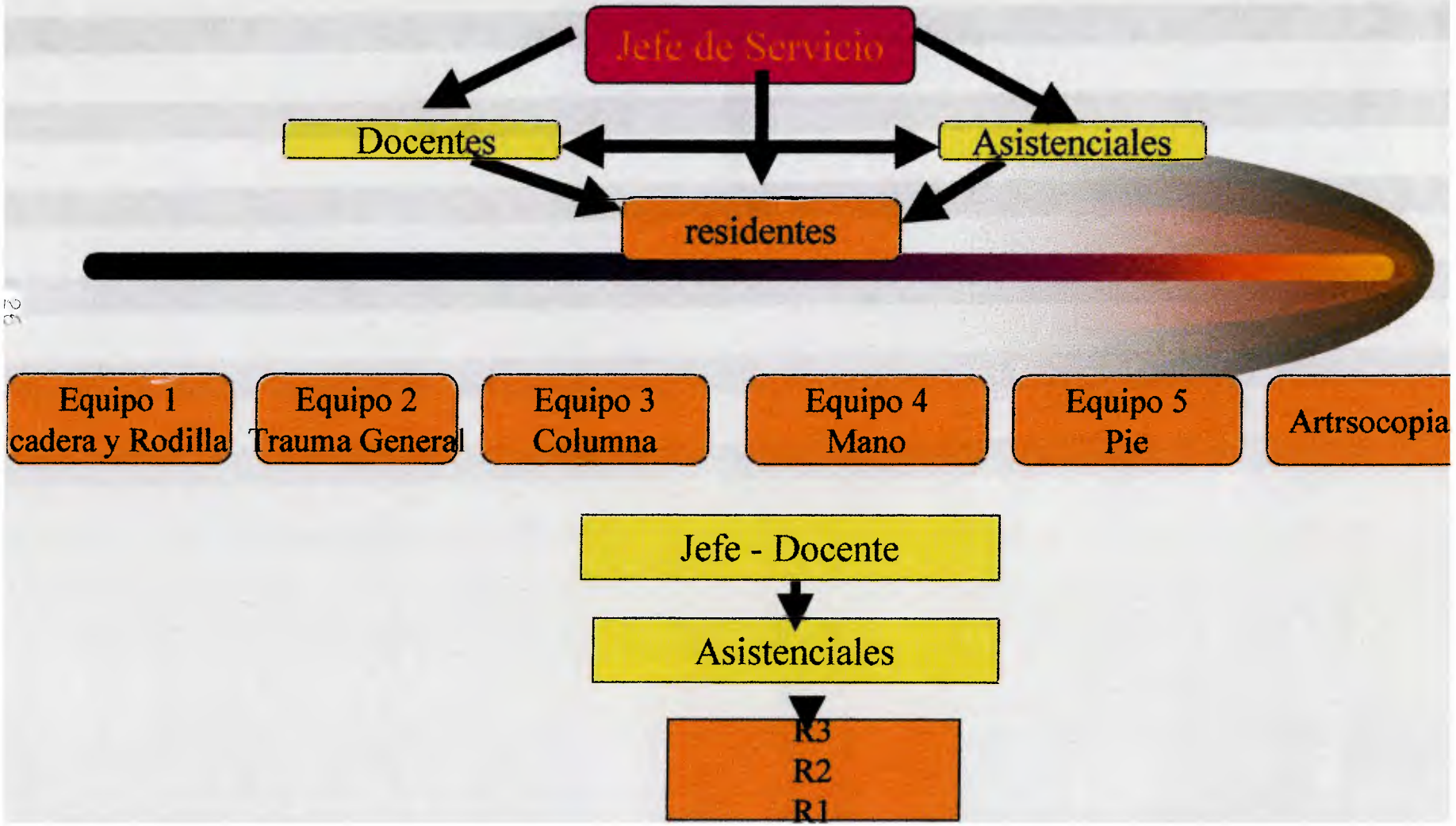
El servicio está dividido en cinco equipos:

1. Equipo 1: Especialista en Cirugía de Cadera y Rodilla
2. Equipo 2: Trauma General
3. Equipo 3: Especialidad Columna
4. Equipo 4: Cirugía de la Mano
5. Equipo 5: Especialidad Pié
6. Equipo 6: funciona independientemente: es un servicio de Artroscopia.

PROCESO DE PLANIFICACION



ORGANIGRAMA



Cada uno de estos equipos tiene un Jefe (Médico Docente)

Quedando el organigrama de la siguiente forma:

El servicio cuenta como lo apreciamos con un Jefe de Servicio, seis médicos docentes jefes de equipo, nueve adjuntos docentes y doce residentes.

Por lo general son equipos fijos, salvo cuando el Jefe de Servicio determine otra cosa se cambian estos.

3.3.2 Organización de Servicio de Enfermería del Quirófano:

Los quirófanos del Servicio de Traumatología cuentan con dos jefes de quirófano, quines a la vez cumplen funciones de instrumentistas (cuatro), cuatro circulantes de anestesia, cuatro circulantes de material y dos camilleros. La mitad trabaja en la mañana y la otra por las tardes.

3.3.3 Organización Enfermería de Hospitalización

Cuenta con un Jefe de Servicio, cinco enfermeros profesionales, siete enfermeros auxiliares. El Jefe de Servicio trabaja en las mañanas con dos enfermeros profesionales y tres auxiliares. En las tardes y las noches trabajan un profesional y dos auxiliares.

3.3.4 Organización del Servicio de rayos X

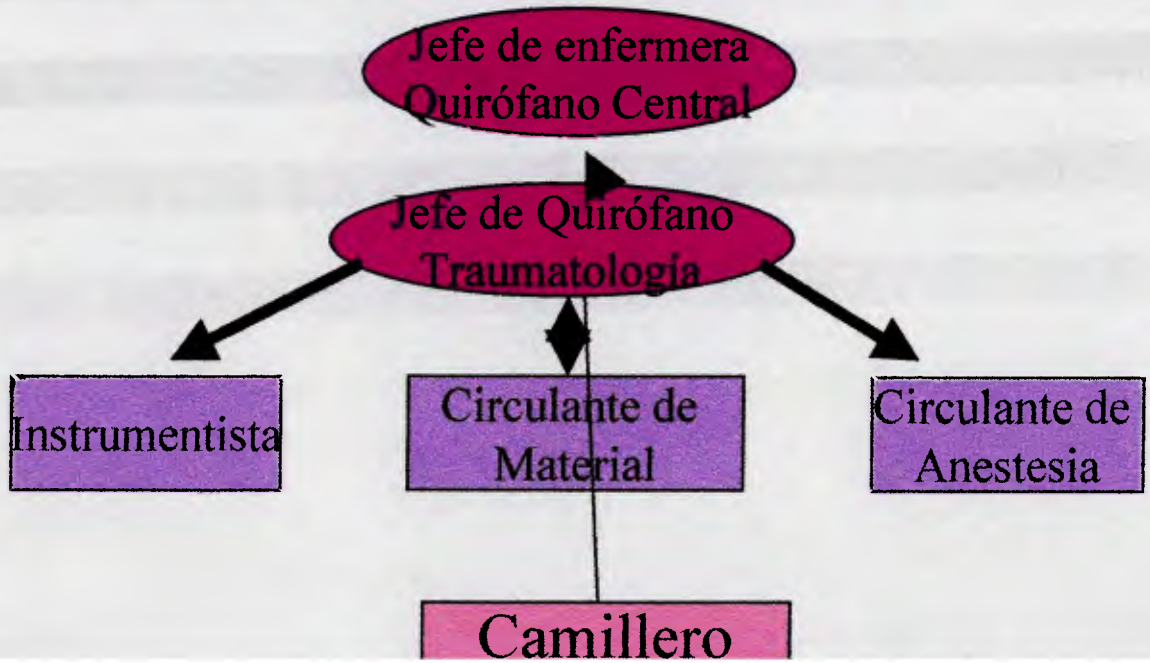
En las mañanas trabajan un técnico y dos auxiliares y en las tardes un técnico y un auxiliar.

3.3.5 Sala de Yesos:

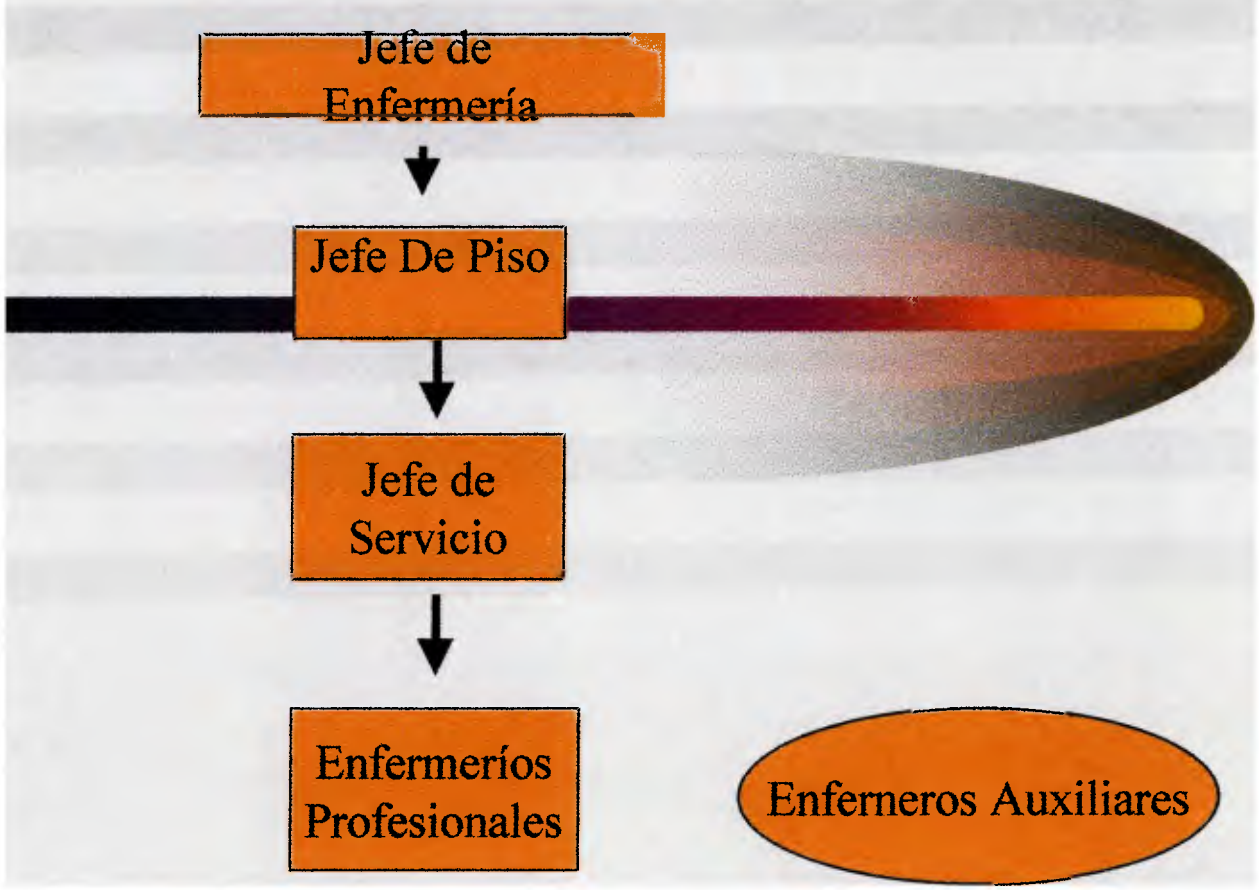
Cuenta con un jefe y alumnos a Técnicos de Ortopedia.

Organigrama de Enfermería de Quirófano

Dos quirófanos - Dos (2) Turnos
Mañana y Tarde
Organización por quirófano y por turno



Organigrama Enfermería



3.4 CONTROL

Debido a que la planificación es una actividad reservada para el Jefe de Servicio y a los jefes de equipo, se comenzó a trabajar paulatinamente en el control del desempeño global y de varias actividades claves. (13)

Describiremos desde Julio hasta Noviembre, mes a mes, como se aplicaron las medidas de Control, Administración Estratégica , Administración por Objetivos y de Desarrollo Organizacional .

3.4.1 JUNIO

Durante este mes lo primero que se ejecutó fue el control de actividades claves para determinar la situación de la hospitalización del servicio.

Se diseñó una ficha para registrar los siguientes datos

1. Tres veces por semana se revisaba el registro de los pacientes hospitalizados en la secretaria del servicio y una vez por semana los extraservicio

2. Se revisaban las historias para determinar la procedencia de los pacientes.

3. Semanalmente se les entregaba a los jefes de equipos la revista médica, la situación de los pacientes, días de hospitalización, tiempo pre-quirúrgico, pacientes operados y equipo al cual estaban asignados.

4. Control de las horas de inicio de las actividades quirúrgicas en los quirófanos asignados a traumatología.

5. Control de las actividades del personal de quirófanos en el cambio de guardia 1:00 p.m.
6. Control de los registro de la secretaría de hospitalización con revistas a los pacientes cuarto por cuarto.

3.4.2 MES DE JULIO

Después de obtener los resultados del mes de junio de los días de hospitalización, promedio de estancia, camas ocupadas y egresos estos se expusieron en un Seminario para informar a los médicos del servicio de la situación administrativa. (gráfico 1,2,3,4)

Durante este mes se creó la visión, la misión y los objetivos del servicio, los cuales se expusieron al cuerpo médico, personal de enfermería de hospitalización y enfermería de quirófano.

Control del mes de Julio:
Se siguió con un control riguroso pro-activo de las actividades.

1. Tres veces por semana se revisaban en la secretaría del servicio el registro de los pacientes hospitalizados.

2. Se revisaban las historias para determinar la procedencia de los pacientes.

3. Semanalmente se les entregaba durante la revista médica a los jefes de equipos la situación de los pacientes, días de hospitalización, tiempo pre-quirúrgico, pacientes operados y equipo al cual estaban asignados.

4. Control de las horas de inicio de las actividades quirúrgicas de los quirófanos asignados a Traumatología.

5. Control de las actividades del personal de quirófano en el cambio de guardia 1.00 p.m.

VISION

- **Atención Integral Asistencial , Docente y Administrativa de los paciente de Traumatología.**

MISION

- Prestarle a los pacientes que acudan al Servicio de Traumatología del Hospital Universitario de Caracas ,provenientes de las consultas externas y de emergencias una atención médica eficaz . Brindandoles la atención más adecuada durante su estadía en el servicio, sumistrandoles el tratamiento correspondiente para restituirle su salud lo más rápido posible para que el paciente pueda reincorporarse a su vida ordinaria

OBJETIVOS

- Disminuir el promedio de estancia a 15 días con un índice de rotación mensual de 2.
- Realizar mensualmente 92 cirugías en pacientes hospitalizados.
- Diferenciar los pacientes hospitalizados por emergencias y CEX .
- Crear estímulos a los profesionales que manejen más efectivamente a los pacientes.

Durante este seminario se les habló sobre la motivación como elemento de recompensa si se lograban los objetivos establecidos como: rotación de las camas, tiempos de estancia y actividades quirúrgicas.

3.4.3 MES DE AGOSTO

Durante la primera semana de agosto se le informó sobre los resultados a los equipos obtenidos del mes de julio de los días de hospitalización, promedio de estancia, cirugías efectuadas y rendimiento quirúrgico (gráfico 5,6,7)

Durante este mes se introdujeron dos nuevos elementos administrativos:

La división por subunidades de las actividades (13)
Se introdujo el elemento de la motivación.

MOTIVACION: (19)

Se introdujo el concepto de motivación por objetivo logrado para conseguir una conducta y un rendimiento positivo.

Debido a la cultura que se había creado en los miembros de la organización en el pasado, fue difícil romper con el criterio de que la recompensa económica no era el único elemento que debería ser considerado como elemento motivador.

CONTROL:

Durante este mes se comenzó también con los elementos de control pro-activo pero con la diferencia que se dividieron en sub-unidades por equipo.

1. Tres veces por semana se revisaban en la secretaría del servicio el registro de los pacientes hospitalizados.

2. Se revisaban las historias para determinar la procedencia de los pacientes.

3. Semanalmente se les entregaba durante la revista médica a los jefes de equipos la situación de los pacientes, días de hospitalización, tiempo pre-quirúrgico, pacientes operados, equipo al cual estaban asignados.

4. Control de las horas de inicio de las actividades quirúrgicas de los quirófanos asignados a traumatología.

5. Control de las actividades en la secretaria del servicio en el cambio de guardia 1:00 p.m. del personal de quirófano.

3.4.4 MES DE SEPTIEMBRE

Durante este mes se presentó al personal médico en un Seminario los resultados generales del mes de agosto: pacientes egresados, promedio de estancia, cirugías efectuadas, rendimiento de los quirófanos de todo el servicio. (gráficos 8,9,10,11). Estos mismos elementos divididos en sub-unidades como lo recomendado en Administración por Objetivos (Gráficos 12, 13, 14, 15)

Igualmente durante este mes se introdujo un nuevo método de presentar los resultados de las actividades; en vez de presentarlo por mes separadamente se presentarían junto con otros meses una misma gráfica. Esto nos permitiría evaluar el proceso de la gestión y abrir una discusión que involucraría más a los integrantes de la organización. (Gráficos 17, 18, 19, 20,21,22)

MOTIVACION:

Ya que no se contaba con el respaldo de recompensar económicas para motivar por rendimiento se le sugirió a la Dirección como elemento motivador herramientas que mejoraran las condiciones de trabajo. Esto se hizo en todas las sub-unidades del personal médico, enfermería de hospitalización y de quirófano.

Personal Médico: Los médicos, en especial los residentes, se quejaron por la dificultad que presentaban para realizar las evaluaciones cardiovasculares que se les exigían para poder ingresar a pabellón los pacientes que iban a aser intervenidos quirúrgicamente. Por esto solicitaron como elemento motivador un Electrocardiógrafo.

El personal de enfermería de quirófanos: Solicitó entrenamiento en el manejo de material específico de traumatología.

El personal de enfermería de hospitalización: Solicitó un bebedor de agua.

3.4.5 MES DE OCTUBRE

Después de obtener los resultados del mes de septiembre de los días de hospitalización, promedio de estancia, camas ocupadas y egresos estos se expusieron en un Seminario para informar a los médicos del servicio de la situación administrativa.

(gráfico 23,24,25,26)

Control del mes de Octubre:

Se siguió con un control riguroso pro-activo de las actividades.

1. Tres veces por semana se revisaban en la secretaría del servicio el registro de los pacientes hospitalizados.

2. Se revisaban las historias para determinar la procedencia de los pacientes.

3. Semanalmente se les entregaba durante la revista médica a los jefes de equipos la situación de los pacientes, días de hospitalización, tiempo pre-quirúrgico, pacientes operados y equipo al cual estaban asignados.

4. Control de las horas de inicio de las actividades quirúrgicas de los quirófanos asignados a Traumatología.

5. Control de las actividades del personal de quirófano en el cambio de guardia 1.00 p.m.

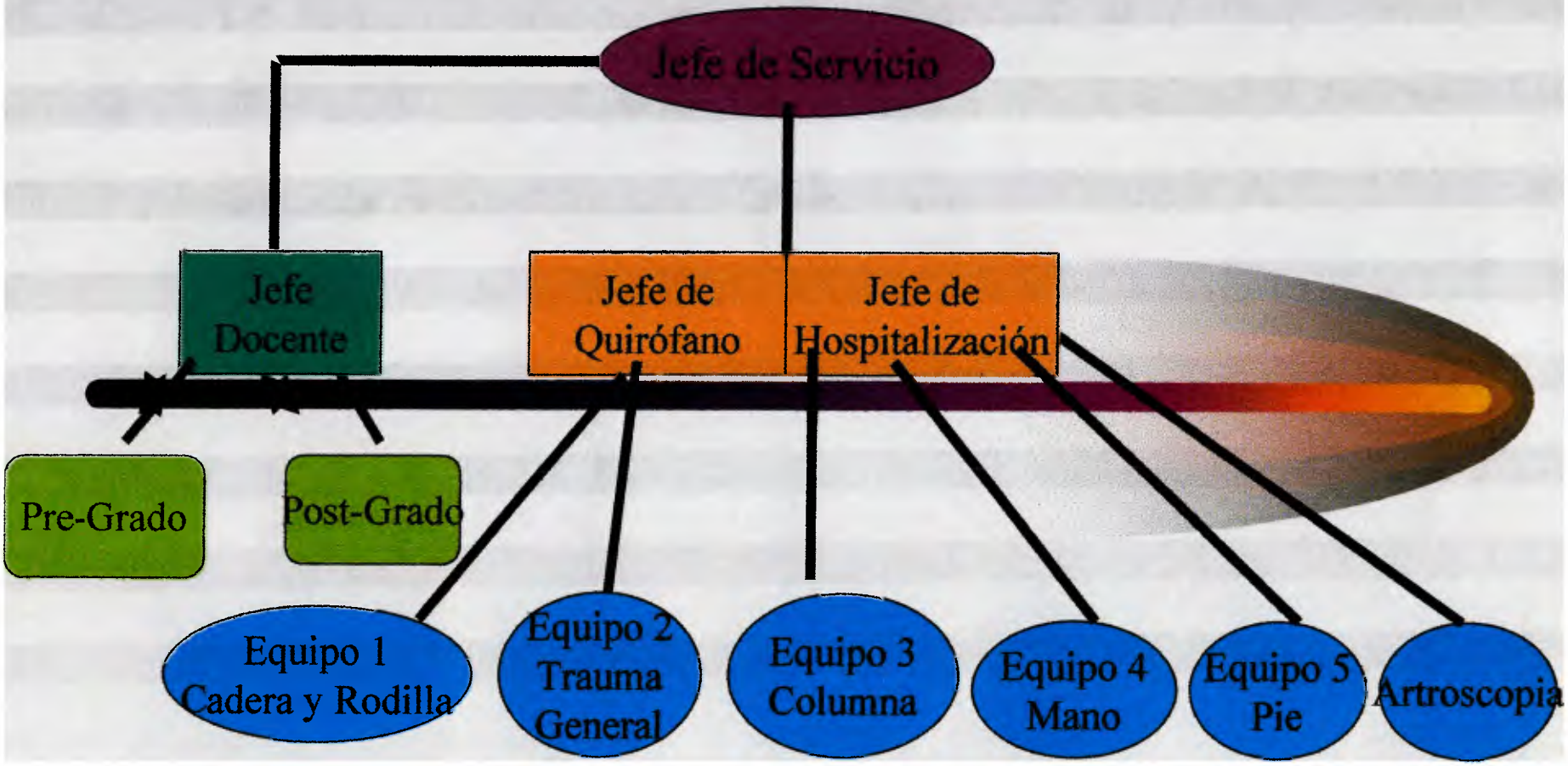
3.4.6 MES DE NOVIEMBRE

Después de obtener los resultados del mes de octubre de los días de hospitalización, promedio de estancia, camas ocupadas y egresos estos se expusieron en un Seminario para informar a los médicos del servicio de la situación administrativa.

(gráfico 27,28,29,30)

Durante este mes se cambió la planificación de las actividades quirúrgicas. Cada jefe de equipo (Médico Docente) planifica la actividad diaria en la mañana y en la tarde. A partir del 15 (Quince) del mes de noviembre estos solo podrán planear las actividades quirúrgicas en el turno de la mañana y en la tarde se contratarían dos médicos traumatólogos asistenciales para los turno de la tarde, previa aprobación del Jefe del Servicio. Con el objetivo de que los casos que se consideren como complejos y sean adecuados para enseñar a los nuevos residentes se realicen durante las horas en que generalmente se encuentran en el servicio (mañanas) y los menos complejos lo realicen los médicos asistenciales en las tardes.

NUEVO ORGANIGRAMA



CAPITULO
IV
RESULTADOS

RESULTADOS

El servicio de Traumatología General está dividido en dos unidades: en Traumatología y Cirugía de la Mano, a Trauma se refiere únicamente a la primera unidad, y todos los resultados están divididos en trauma y cirugía de la mano.

Durante el mes de Junio los días de hospitalización para el servicio fueron de mil cientos sesenta y tres (1663) días, de los cuales trauma contabilizó dos mil quinientos cuarenta y dos días (1542), y Cirugía de la Mano registró ciento veintiuno (121) días de hospitalización. El promedio de estancia en general fue de 21,6, para Trauma de 26,96 y para Cirugía de la mano de 5,76.Del total de las camas ocupadas cuarenta y seis (46) fueron del servicio y seis extra servicio. Se egresaron setenta y siete (77) pacientes de los cuales cincuenta y cuatro (54) correspondieron a Trauma y veintitrés (23) a Cirugía de la Mano. Gráfico 1,2,3,4.

Durante el mes de Julio egresaron del servicio sesenta (60) pacientes ; de los cuales Trauma egresó cuarenta y cinco (45) y Cirugía de la Mano quince (15). El promedio de estancia total para el servicio fue de 28,8 días; de los cuales para trauma de 23,05 días y Cirugía de la Mano 6,46 días. Se efectuaron ochenta y tres (83) cirugías electivas; sesenta y dos (62) las efectuó trauma y ventiuna (21) cirugía de la mano. (Gráfico 5,6,7)

Durante el mes de agosto egresaron ciento trece (113) pacientes; setenta y ocho (78) egresó de Trauma, y treinta y cinco(35) de Cirugía de la Mano. El promedio de estancia para todo el servicio fue de 17,46; para Trauma de 23,43 y Cirugía de la Mano de 4,17 días. Del total de ciento cincuenta y dos (152) cirugías electivas efectuadas, cien (100) se efectuaron en pacientes hospitalizados y cincuenta y dos (52)en pacientes ambulatorios. Trauma efectuó ciento once (111) cirugías de las

cuales sesenta y siete (67) se realizaron en pacientes hospitalizados y cuarenta y cuatro (44)en pacientes ambulatorios, Cirugía de la Mano efectuó cuarenta y una (41), de las cuales treinta y tres (33) se hicieron en pacientes hospitalizados y (8) en pacientes ambulatorios. El promedio del tiempo por intervención en números enteros fue de 2,40 horas; siendo para Trauma de 2,57 horas y para Cirugía de la Mano de 1,95.

Durante este mes de agosto se dividió el resultado en los diferentes equipos de Trauma. Los pacientes egresados por el equipo uno (1) fue de 19,los del equipo dos (2) dieciocho (18),los del equipo tres (3) veintiún (21) y los del equipo cinco (5) diecisiete (17). El promedio de estancia para el equipo uno (1) fue de 23,42 días, los del equipo (2) de 25,94 días, los del equipo tres (3) 24,84 días y el equipo cinco (5) 23,64. En relación con las cirugías electivas efectuadas el equipo uno (1) efectuó diez y seis (16), el equipo dos (2) diez y ocho (18), el equipo tres (3) veinte (20) y el equipo cinco (5) treinta y siete (37). Durante este mes se constató de que el servicio de Trauma efectuaba artroscopias un día a la por algunos de sus miembros efectuando veinte (20) cirugías ambulatorias. Igualmente se introdujo un nuevo elemento como es las cirugías canceladas por equipo el equipo (1) canceló una (1), el equipo dos (2) canceló catorce (14), el equipo tres (3) nueve (9), el equipo cinco (5) trece (13) y artroscopia canceló doce (12) cirugías. El promedio del tiempo quirúrgico para el equipo uno (1) en números enteros expresado en horas fue de 2,81 para el equipo (1), de 3,05 para el equipo dos (2), de 2,5 horas para el equipo tres (3), de 2,30 para el equipo cinco (5), y de 2,5 para artroscopia. (Gráficos 8,9,10,11,12,13,14,15,16)

En el mes de septiembre se presentaron los primeros resultados preliminares correspondiente a un trimestre de investigación. Si observamos los pacientes egresados durante los meses de julio, junio y agosto, se puede observar como en junio egresaron de setenta y siete (77) pacientes, de los cuales cincuenta y cuatro (54) egresaron de Trauma y veintitrés (23) Cirugía de la Mano. En el mes de julio se observa una disminución de los egresos de sesenta (60) pacientes egresados de

los cuales cuarenta y cinco (45) los egresó Trauma y quince (15) Cirugía de la Mano. En agosto hubo una evidente recuperación; egresaron ciento once (111) pacientes de los cuales setenta y seis (76) egresaron de Trauma y treinta y cinco (35) de Cirugía de la Mano.

EL promedio de estancia de trauma general durante el mes Junio fue de 21.6 ; para trauma de 26.96 días y para Cirugía de la Mano de 5.76 días . Durante el mes de julio se observa un aumento para ubicarse en 23.05 días para todo el servicio ; para Trauma 28.8 días y Cirugía de la Mano de 6.46 días. En agosto el promedio de todo el servicio bajó notablemente a 17.78 días; en Trauma a 24 días y en Cirugía de la Mano a 6.46 días.

Las actividades quirúrgica en junio para trauma general fueron de noventa y ocho (98) cirugía; de las cuales sesenta y ocho (68) las realizó Trauma y treinta y tres (30) Cirugía de la Mano. En el mes de julio se observa una disminución; se efectuaron ochenta y tres (83) intervenciones de las cuales Trauma realizó sesenta y dos (62) y Cirugía de la Mano venti una (21). En agosto se observa un claro aumento de las actividades quirúrgicas, el servicio efectuó ciento cincuenta y dos (152) cirugías de las cuales Trauma efectuó ciento once (111) y Cirugía de la Mano cuarenta y una (41).El rendimiento quirúrgico en junio estaba cercano a casi 4 horas entre intervenciones , Trauma las efectuaba en 4 1/2 horas y Cirugía de la Mano en 2 horas. Durante el mes de julio no hubo una variación significativa en los tiempos de intervención, con excepción de Cirugía de la Mano que disminuyó su tiempo quirúrgico a un poco más de 1 1/2 horas por intervención. En agosto el tiempo quirúrgico disminuyó a un aproximado de 2 1/2 horas por intervención en Trauma y de 2 horas para Cirugía de la Mano por intervención. (Gráfico 17,18,19,20)

Durante el mes de Septiembre egresaron por el servicio ciento un (101) pacientes; Trauma egresó ochenta y cuatro (84) y Cirugía de la Mano diez y siete (17). El promedio de estancia para el servicio fue de 17,45 días ; para trauma fue de 18,31 días y para Cirugía de la Mano de 7,94 días. Se efectuaron ciento diez (110)

cirugías electiva;, de las cuales ochenta y ocho (88) las efectuó Trauma y ventidos (22) efectuó Cirugía de la Mano . (Gráfico 21,22,23,24)

Durante el mes de Octubre egresaron por el servicio setenta y cinco (75) pacientes ; Trauma egresó cincuenta y cuatro (54) y Cirugía de la Mano veintiún (21) pacientes. El promedio de estancia para el servicio fue de 14.96 días ; para Trauma fue de 20.6 días y para Cirugía de la Mano de 6.2 días. Se efectuaron ciento diez (100) cirugías electivas; de las cuales setenta y cinco (75) las efectuó Trauma y ventidos (25) Cirugía de la Mano. El rendimiento quirúrgico para Trauma General de expresado en valores enteros ubicándose en 3,2 para Trauma General, de 3,6 para Trauma y de 2 para Cirugía de la Mano. (Gráfico 25,26,27,28)

Durante el mes de Noviembre egresaron por el servicio ochenta y nueve (89 pacientes; Trauma egresó cincuenta y cinco (55) y Cirugía de la Mano treinta y cinco (35). El promedio de estancia para el servicio fue de 14,74 , para Trauma de 21 días y para Cirugía de la Mano 5.8 días. Se efectuaron ciento veinte (120) cirugías electivas, de las cuales ochenta y seis (86) las efectuó Trauma y treinta y cuatro (34) Cirugía de la Mano. El rendimiento quirúrgico para trauma general fue expresado en valores enteros de 3,2 para Trauma General; 3,6 para Trauma y de 2 para cirugía de la Mano. (Gráfico29,30,31,32)

En diciembre se obtuvieron resultados conjuntos de pacientes egresados, promedio de estancias, cirugías electivas efectuadas y rendimiento quirúrgico desde junio hasta noviembre del 2000 los cuales serán analizadas en la discusión. (Gráfico 33,34,35,36)

tas traumatología mes de Junio

Días de hospitalización			
	Trauma y cir. Mano	Trauma	Cir. Mano
	1663	1542	121
Porcentaje	100	92.724	7.28

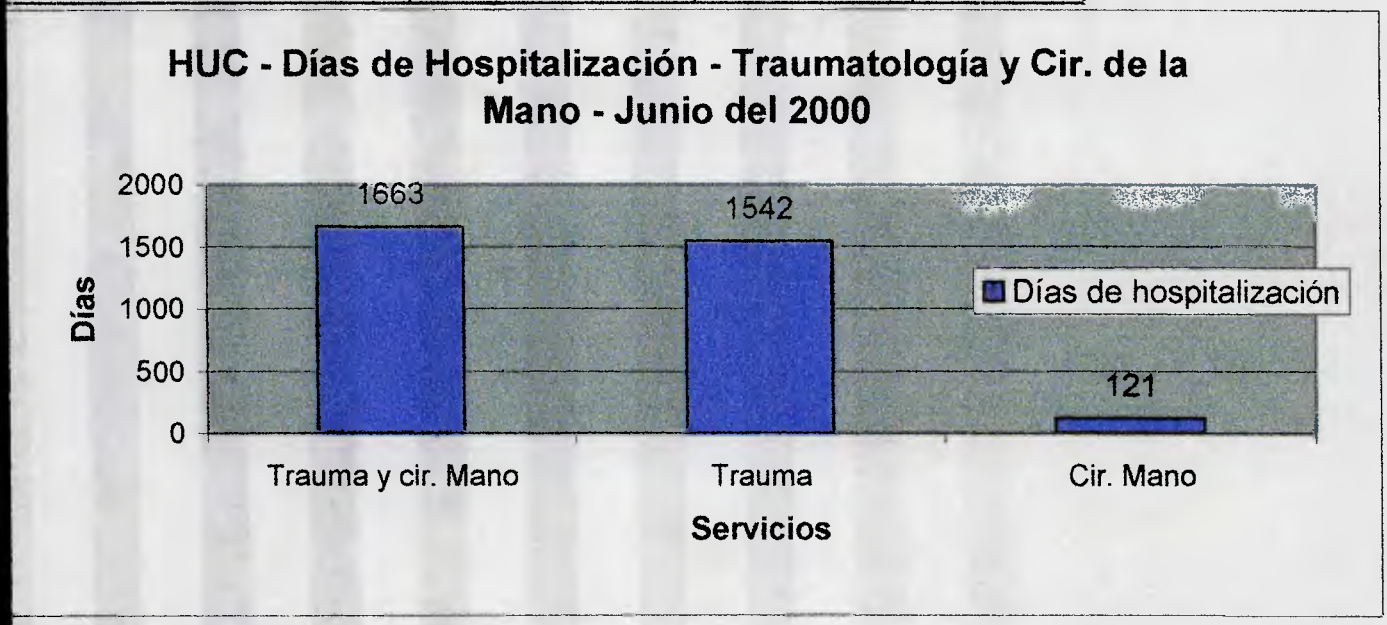


Gráfico 1

omedio de Estancia Servicio de Traumatología y Cirugía de la Mano

	Trauma y Cir. Mano	Trauma	Cir. Mano
omedio de Estancia	21.6	26.96	5.76

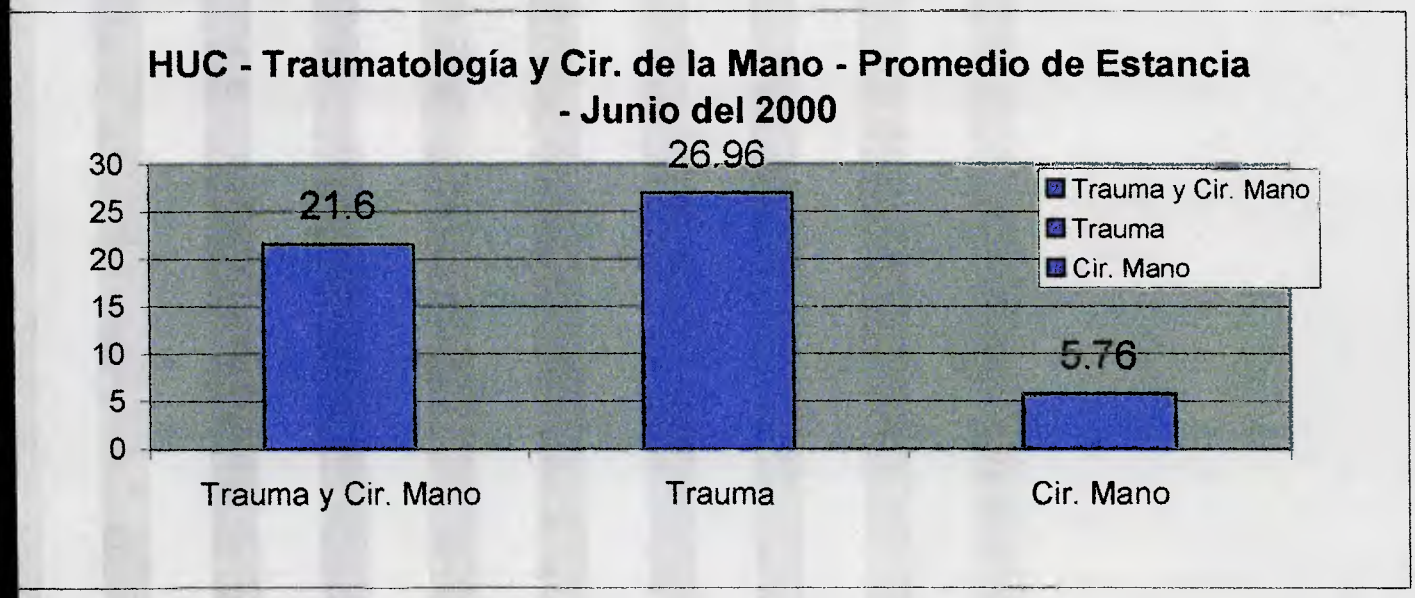


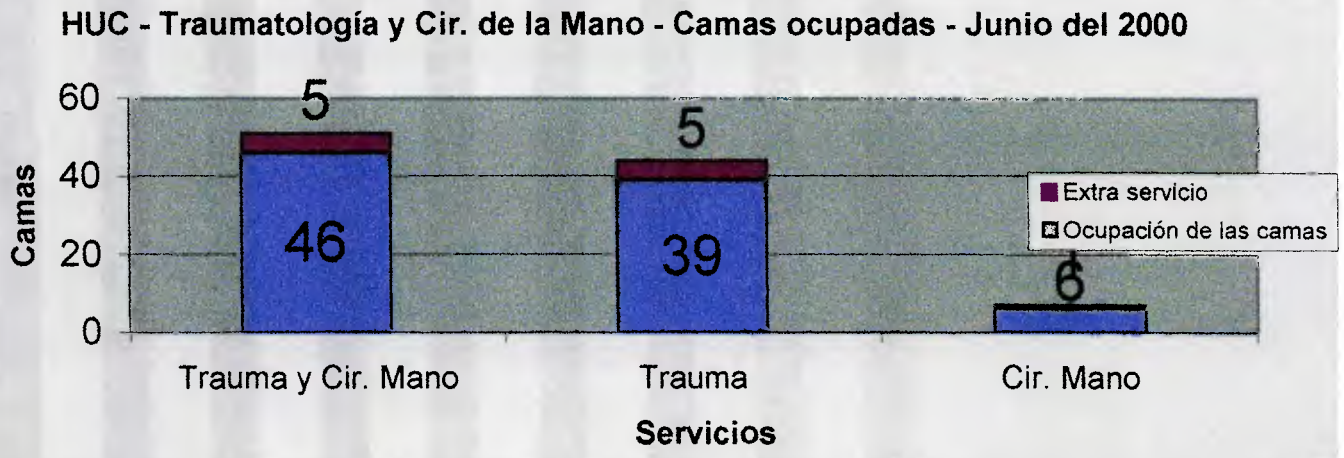
Gráfico 2

OSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS
ERVICIO DE HOSPITALIZACION DE TRAUMATOLOGIA

tas traumatología mes de Junio

	Trauma y Cir. Mano	Trauma	Cir. Mano
Ocupación de las camas	46	39	6
Extra servicio	5	5	1
Total de camas Ocupadas	51	44	7
Porcentaje	**100**	**86.27**	**13.73**

Gráfico 3

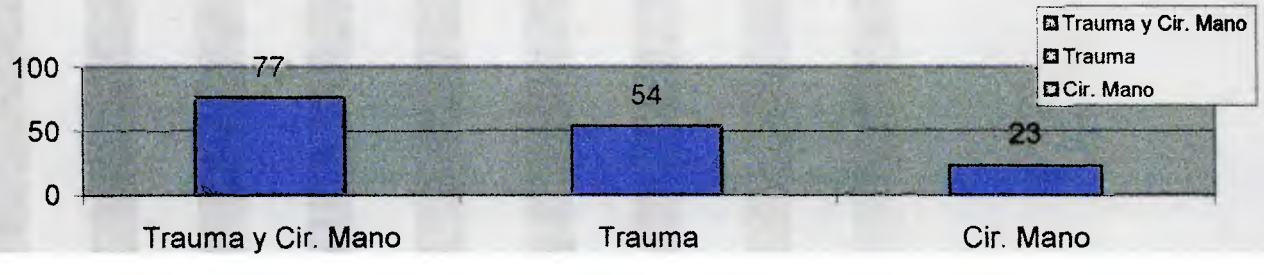


bservación : las ocupaciones de camas extra servicio de este gráfico correponden
los pacientes dados de alta.
a cama utlizada por Cirugía de la mano pertenece al mismo servicio asignada a trauma.

acientes Egresados Servicios de Traumatología y Cirugía de la Mano

	Trauma y Cir. Mano	Trauma	Cir. Mano
Egresados	77	54	23
Porcentaje	**99.99**	**70.12**	**29.87**

Gráfico 4



HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS
SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE TRAUMATOLOGIA

Altas traumatología mes de Julio

Pacientes Egresados Servicios de Traumatología y Cirugía de la Mano

	Trauma y Cir.	Trauma	Cir. Mano
Egresados	60	45	15

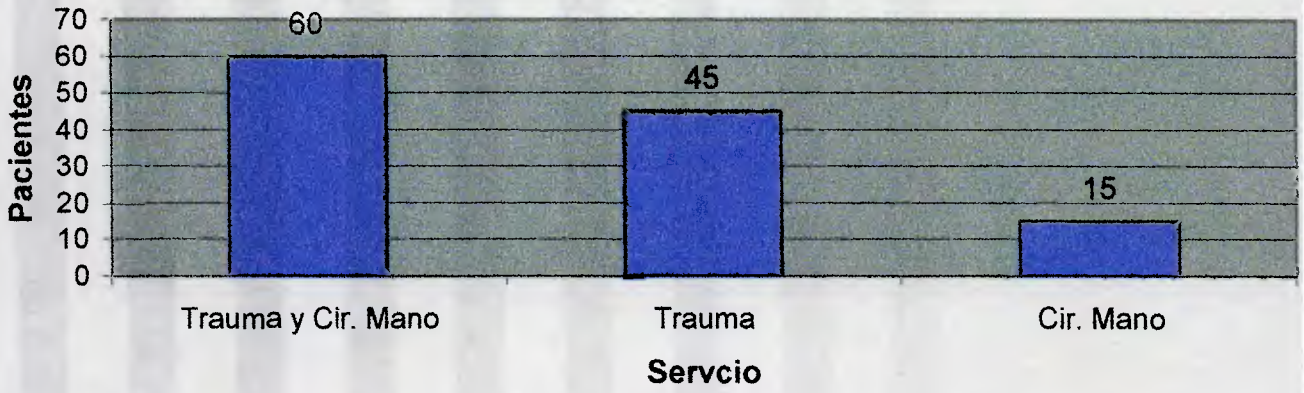
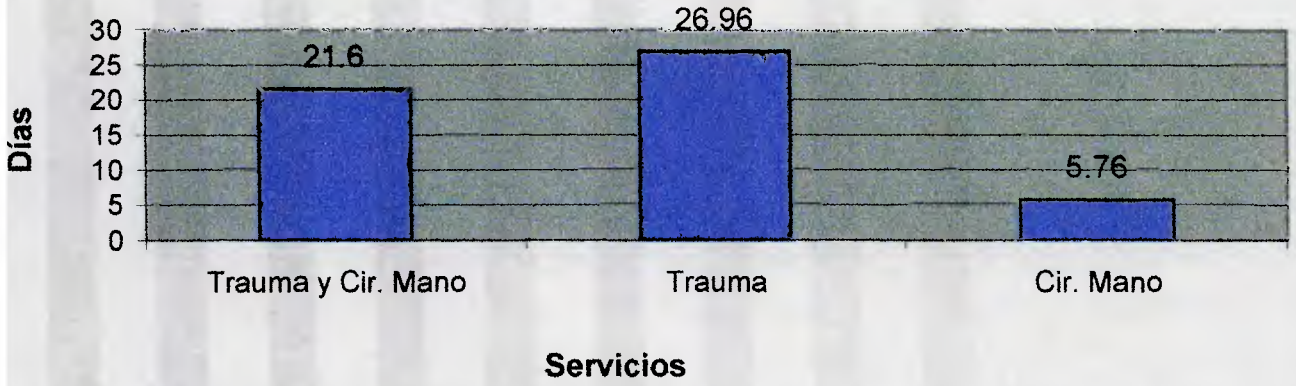


Gráfico 5

	Trauma y Cir.	Trauma	Cir. Mano
Promedio de Estancia	21.6	26.96	5.76



Gr´fico 6

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS
SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE TRAUMATOLOGIA

Altas traumatología mes de Julio

	Trauma y cir. Mano	Trauma	Cir. Mano
Electivas Efectuadas	83	62	21

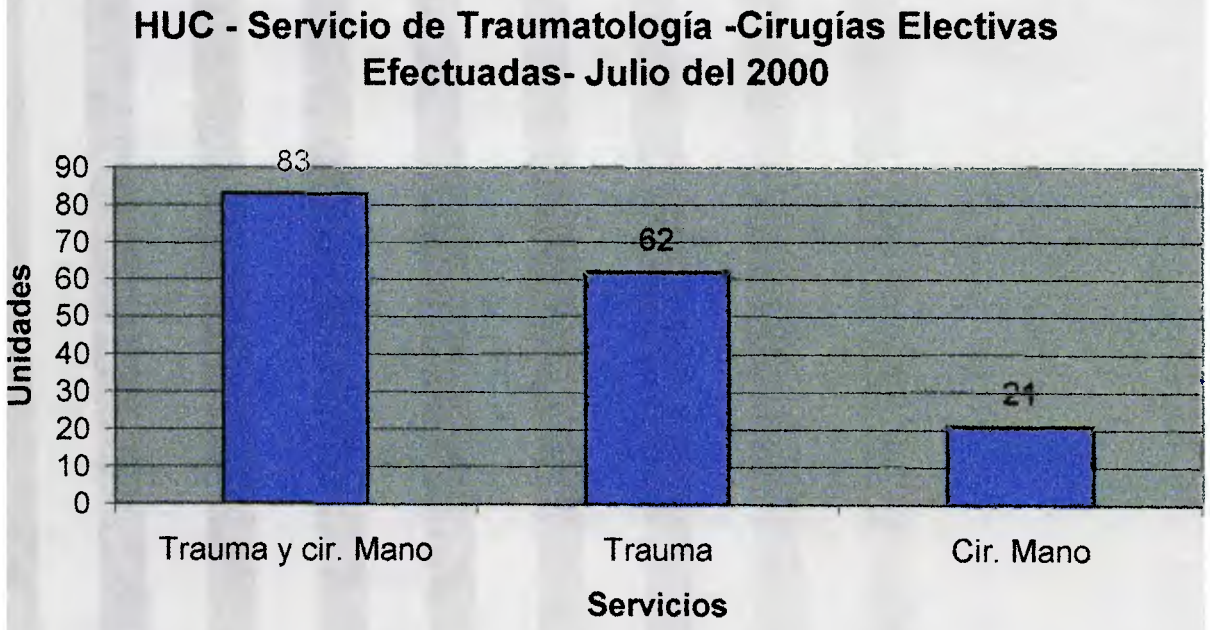


Gráfico 7

PACIENTES EGRESADOS Y PROMEDIO DE ESTANCIA DEL SERVICIO
AGOSTO DE 2000

	TRAUMA	CIR. MANO	Traum. Y Cir. Mano
EGRESADOS	**78**	**35**	**113**

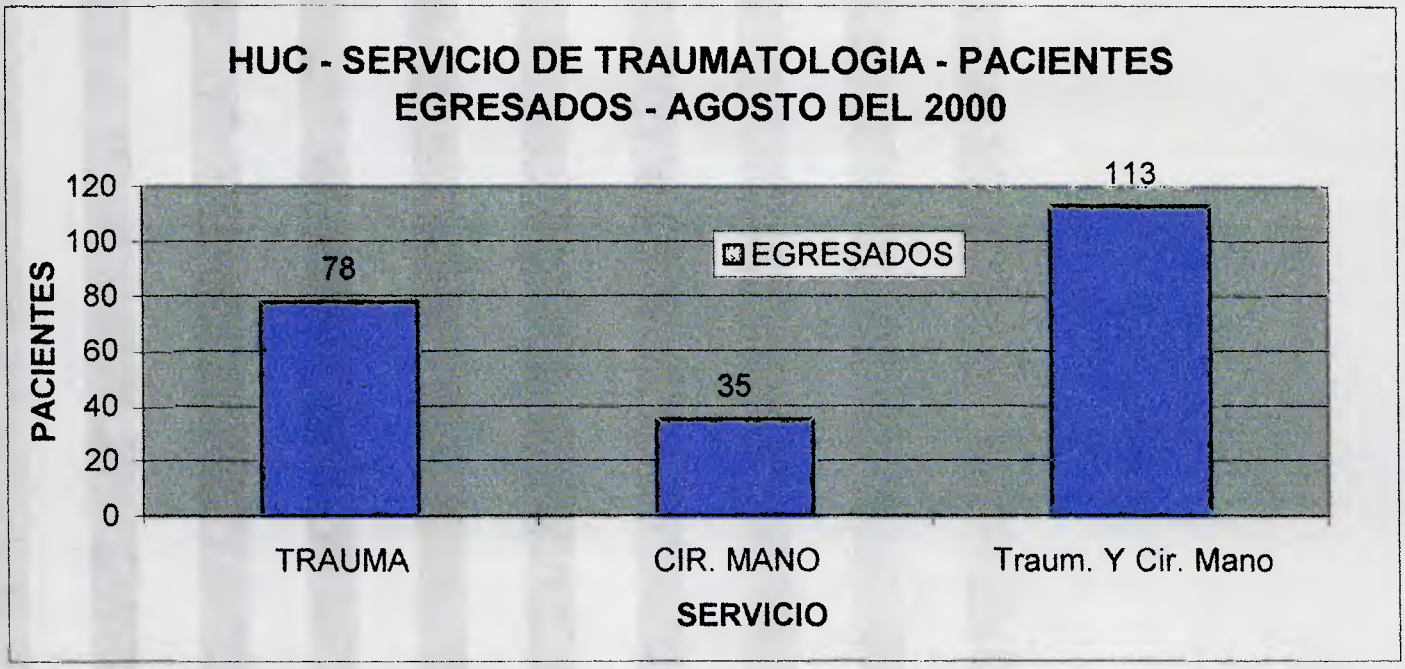


Gráfico 8

	TRAUMA	CIR. MANO	Traum. Y Cir. Mano
Prom. De Estancia	**23.43**	**4.17**	**17.46**

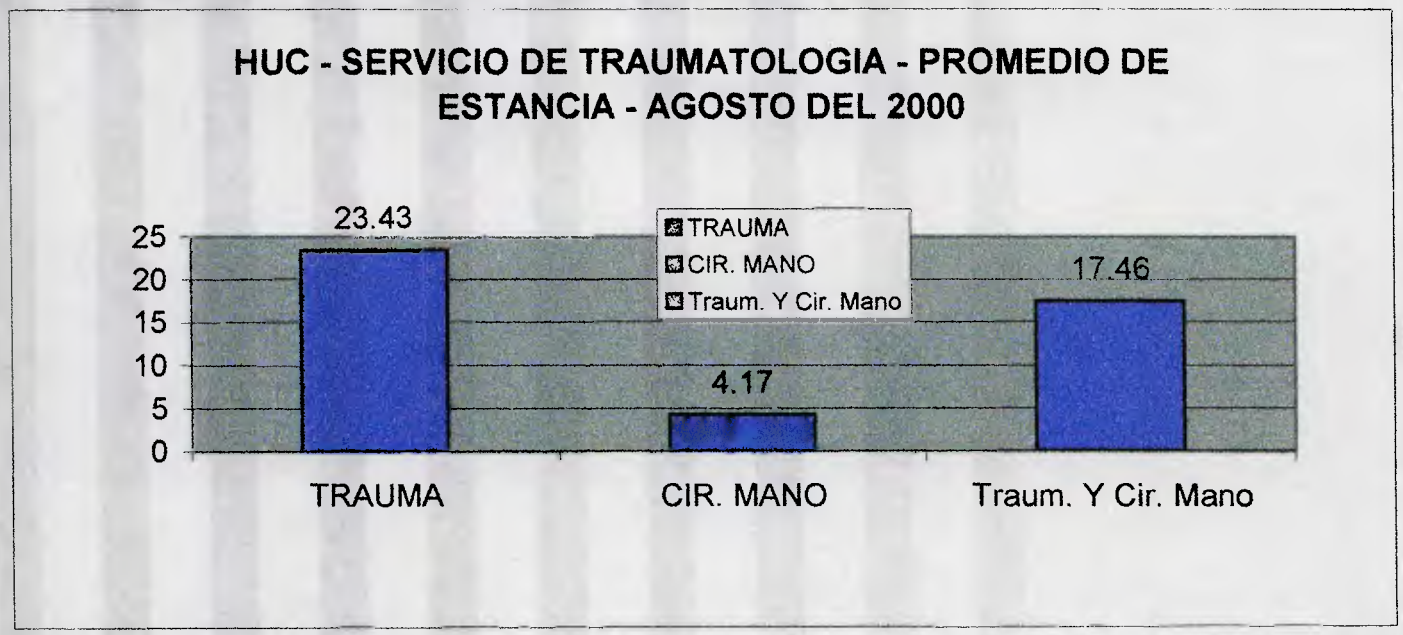


Gráfico 9

CIRUGIAS EFECTUADAS Y CANCELADAS
AGOSTO DEL 20000

EFECTUADAS

		Traum. Y Cir ma	Trauma	Cir. Mano
HOSPITALIZADOS	100	67	33	
AMBULATORIOS	52	44	8	
	TOTAL	**152**	**111**	**41**

HUC - SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA - CIRUGIAS EFECTUADAS- AGOSTO DEL 2000

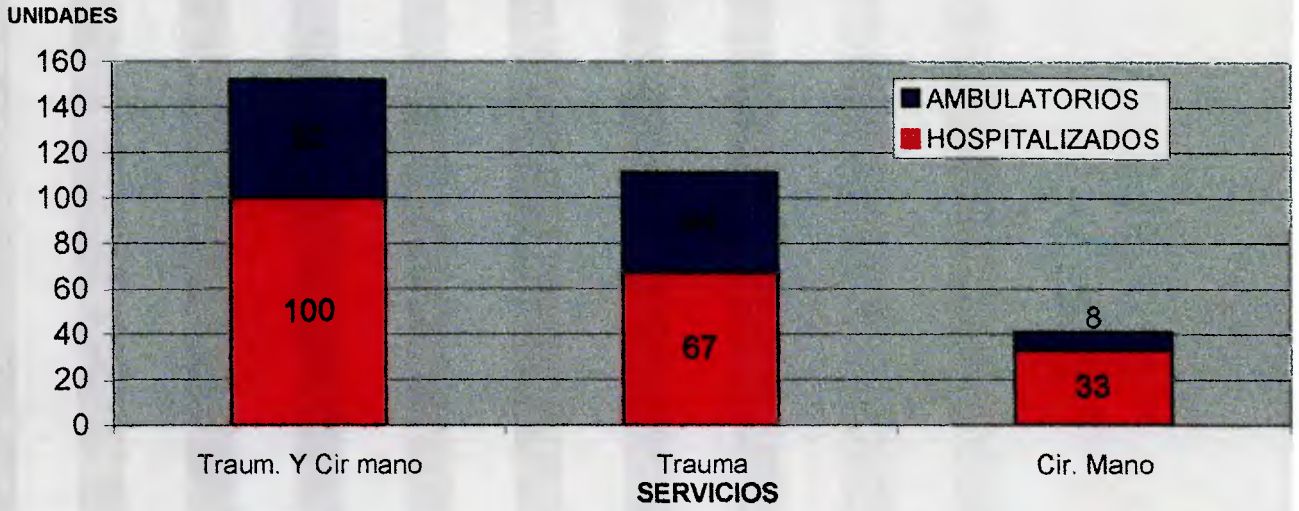


Gráfico 10

RENDIMIENTO QUIROFANOS TRAUMA Y CIRUGIA DE LA MANO

	Traum. Y Cir ma	Trauma	Cir. Mano
Promedio quirurgico	**2.40**	**2.57**	**1.95**
TURNOS	73	57	16
HORAS	365	285	80
CIRUGIAS	152	111	41

HUC- SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA - PROMEDIO QUIRURGICO- AGOSTO DEL 2000

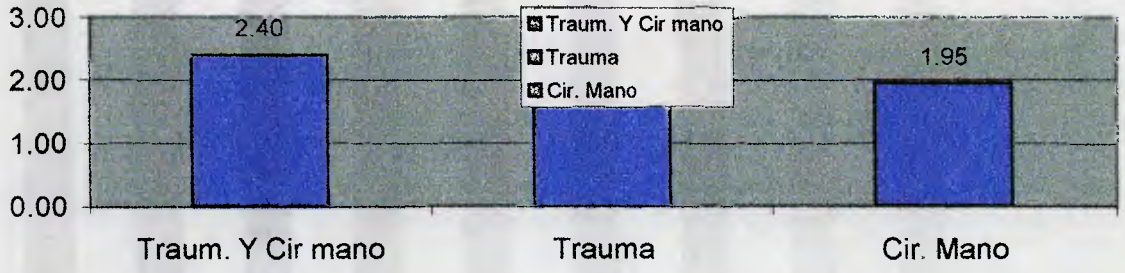


Gráfico 11

RVICIO DE TRAUMATOLOGIA

PACIENTES EGRESADOS Y PROMEDIO DE ESTANCIA POR EQUIPO
AGOSTO DE 2000

	EQUIPO 1	EQUIPO 2	EQUIPO 3	EQUIPO 5
EGRESADOS	19	18	21	17

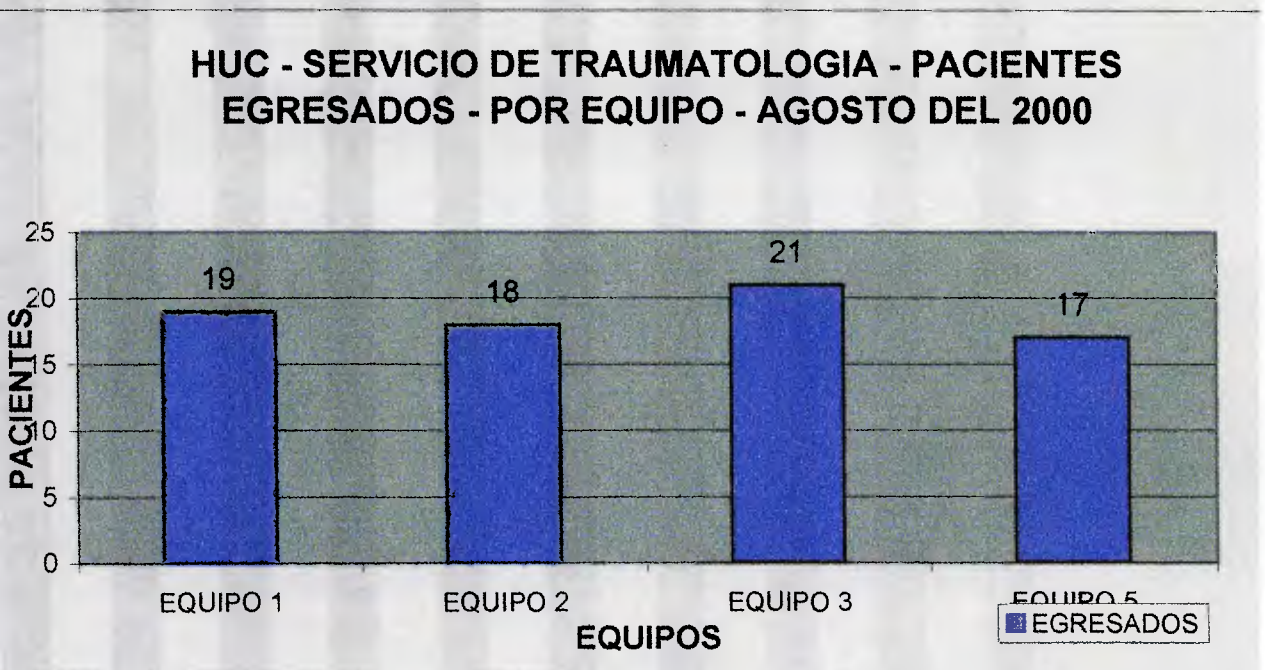


Gráfico 12

	EQUIPO 1	EQUIPO 2	EQUIPO 3	EQUIPO 5
Prom. De Estancia	23.42	25.94	24.84	23.64

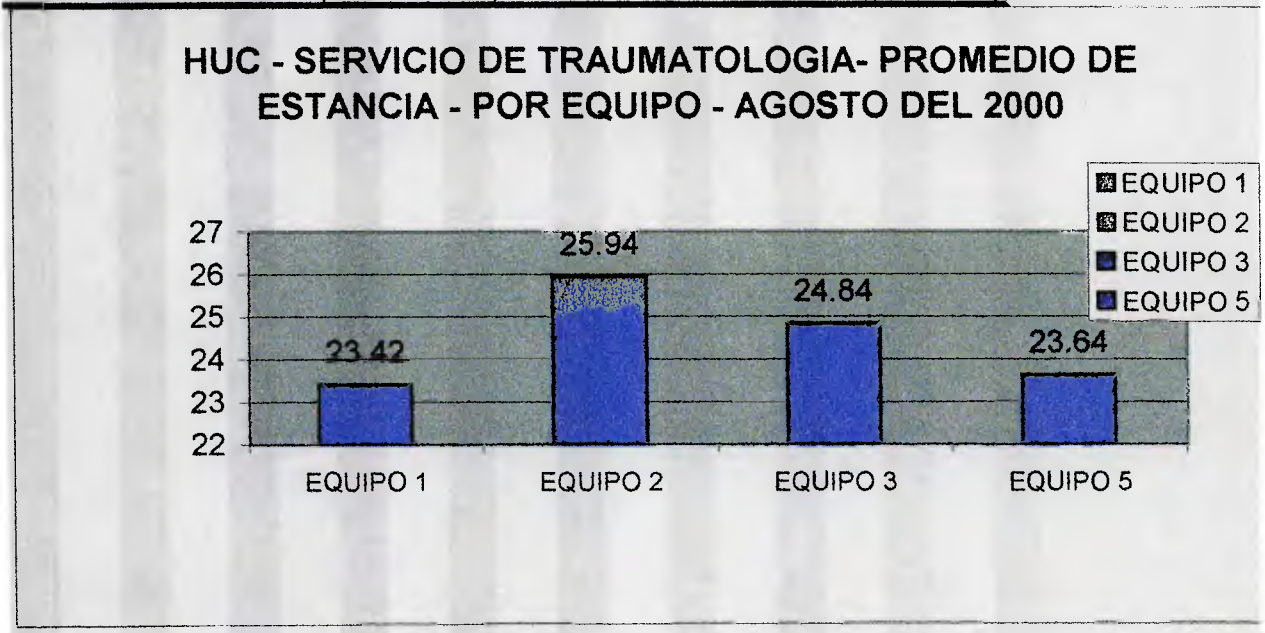


Gráfico 13

CIRUGIAS EFECTUADAS Y CANCELADAS
AGOSTO DEL 20000

CIRUGIAS EFECTUADAS POR EQUIPO

	EQUIPO 1	EQUIPO 2	EQUIPO 3	EQUIPO 5	ARTROSCOPIA
HOSPITALIZADOS	16	13	18	20	
AMBULATORIOS		5	2	17	20
TOTAL	**18**	**20**	**37**	**20**	**20**

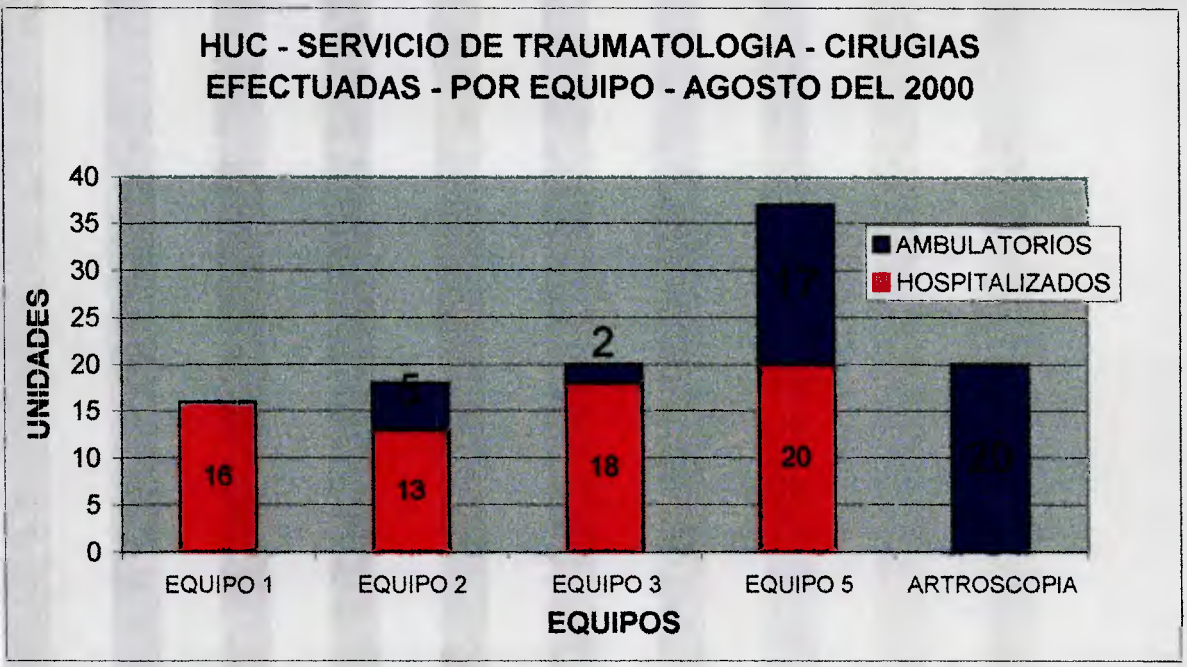


Gráfico 14

RUGIAS CANCELADAS POR EQUIPO

	EQUIPO 1	EQUIPO 2	EQUIPO 3	EQUIPO 5	ARTROSCOPIA
CANCELADAS	3	14	9	13	12

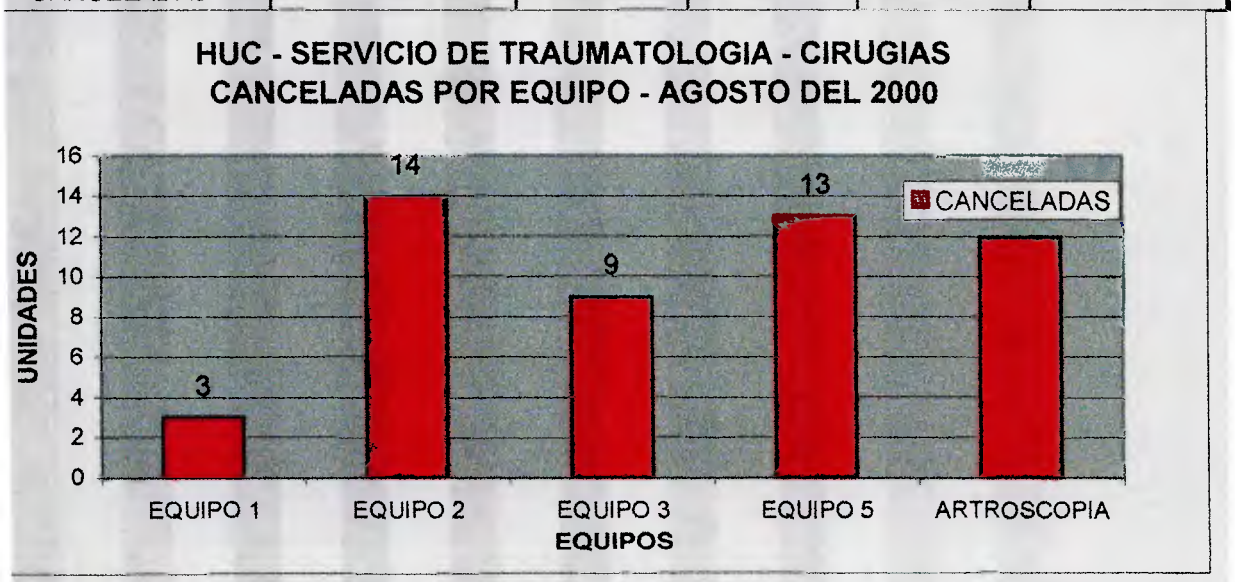


Gráfico 15

RVICIO DE TRAUMATOLOGIA

NDIMIENTO DE QUIROFANOS POR EQUIPO

	EQUIPO 1	EQUIPO 2	EQUIPO 3	EQUIPO 5	ARTROSCOPIA
medio quirurgico	**2.81**	**3.06**	**2.50**	**2.30**	**2.5**
RNOS	9	11	10	17	10
RAS	45	55	50	85	50
UGIAS	16	18	20	37	20

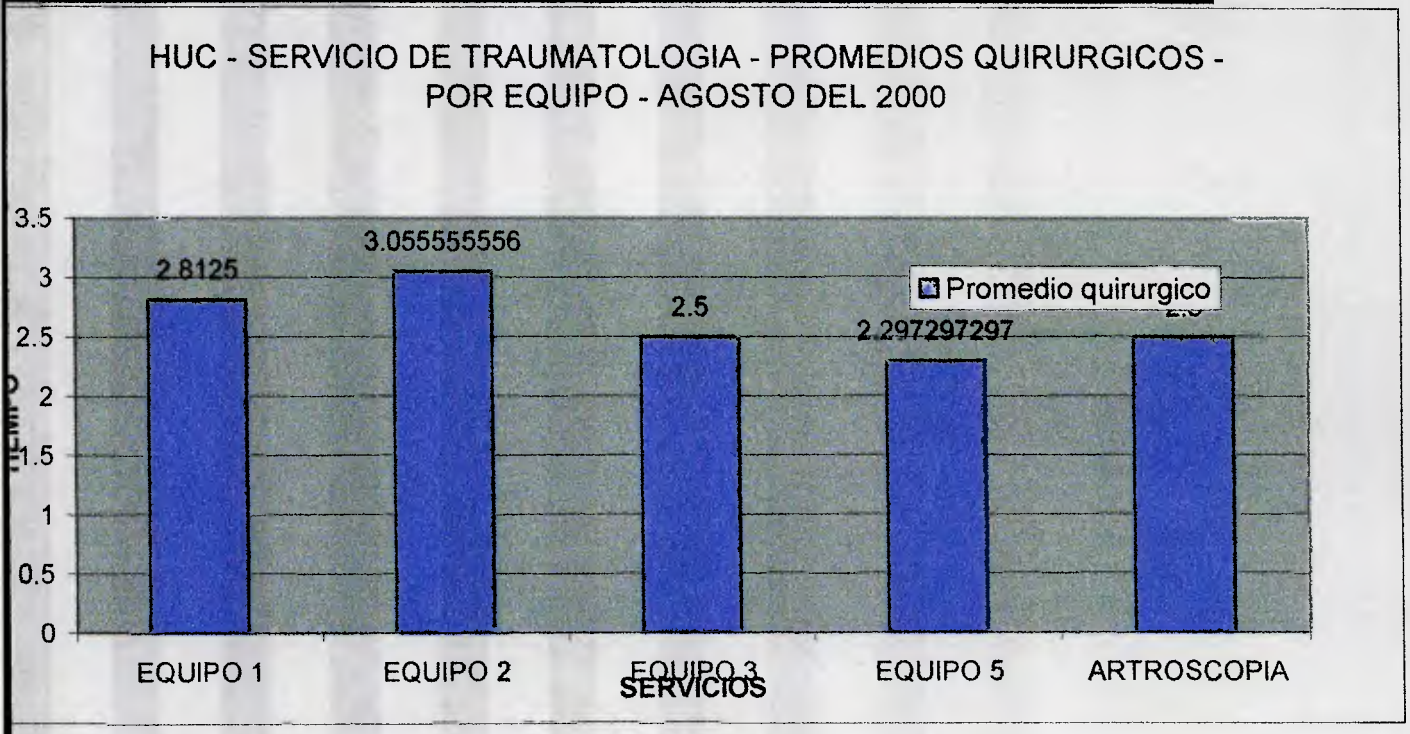


Gráfico 16

PACIENTES EGRESADOS Y PROMEDIO DE ESTANCIA
JUNIO - JULIO - AGOSTO DEL 2000

PACIENTES EGRESADOS

	Junio	Julio	Agosto
Trauma	54	45	78
Cir. Mano	23	15	35
Trauma y Cir. Mano	77	60	111

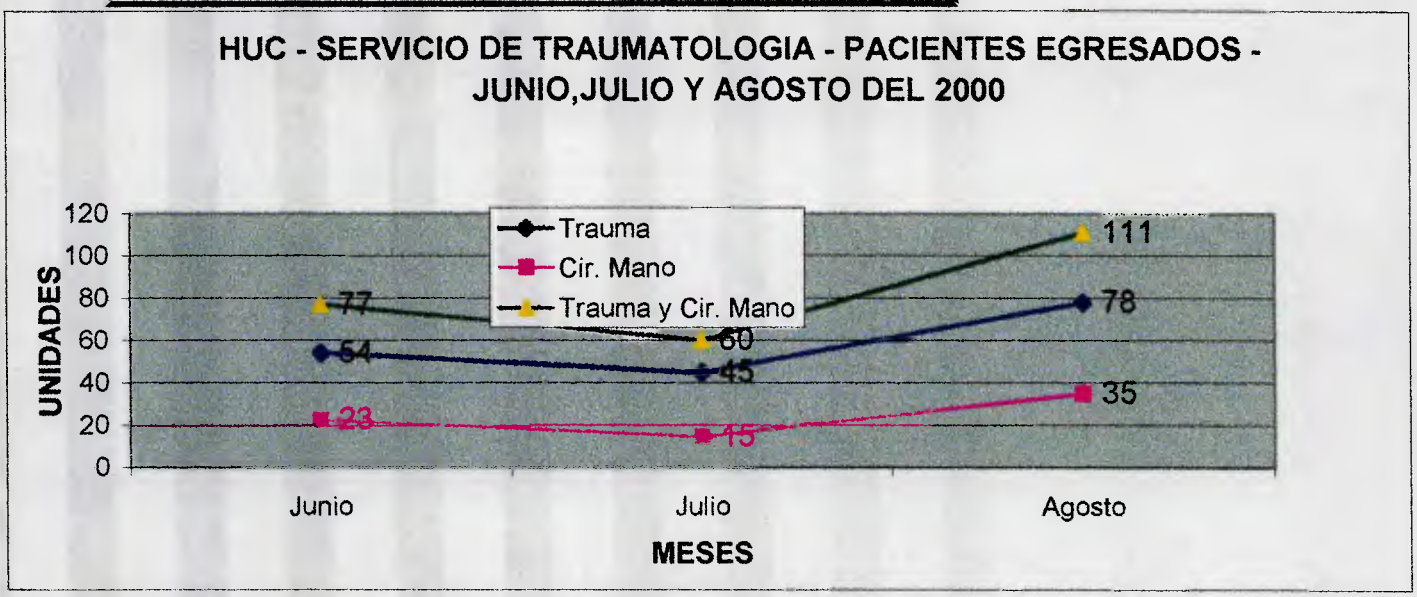


Grafico 17

PROMEDIO DE ESTANCIA

	Junio	Julio	Agosto
Trauma	26.96	28.8	24
Cir. Mano	5.76	6.46	4.17
Trauma y Cir. Mano	21.6	23.05	17.78

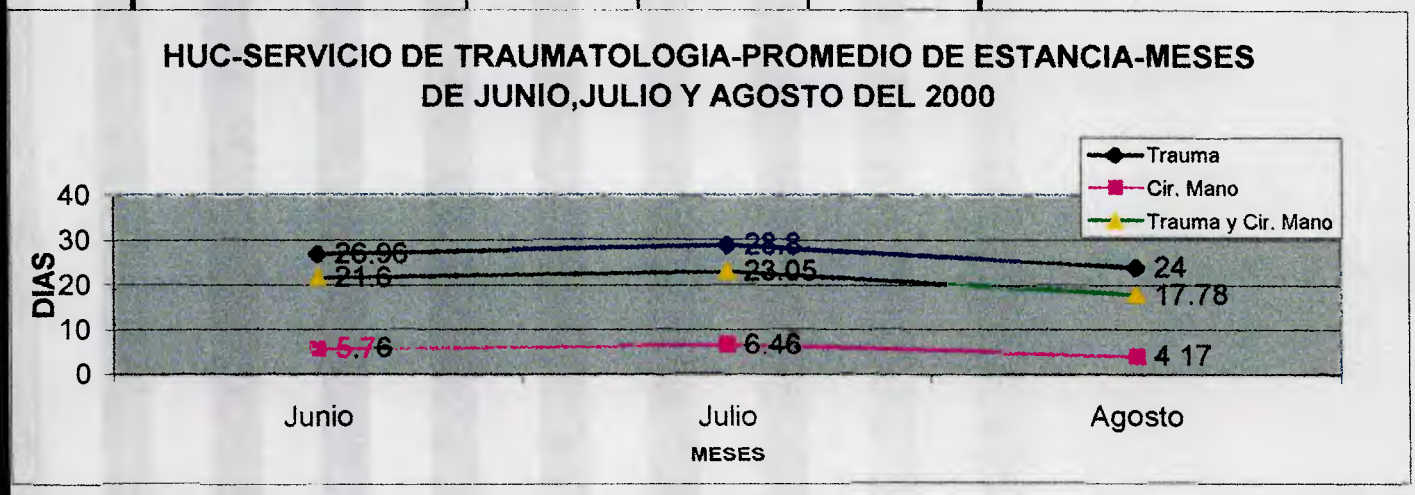


gráfico 18

CIRUGIAS EFECTUADAS Y RENDIMIENTO QUIRURGICO
JUNIO, JULIO Y AGOSTO DEL 2000

CIRUGIAS EFECTUADAS

	Junio	Julio	Agosto
Trauma	68	62	111
Cir. Mano	30	21	41
Trauma y Cir. Mano	98	83	152

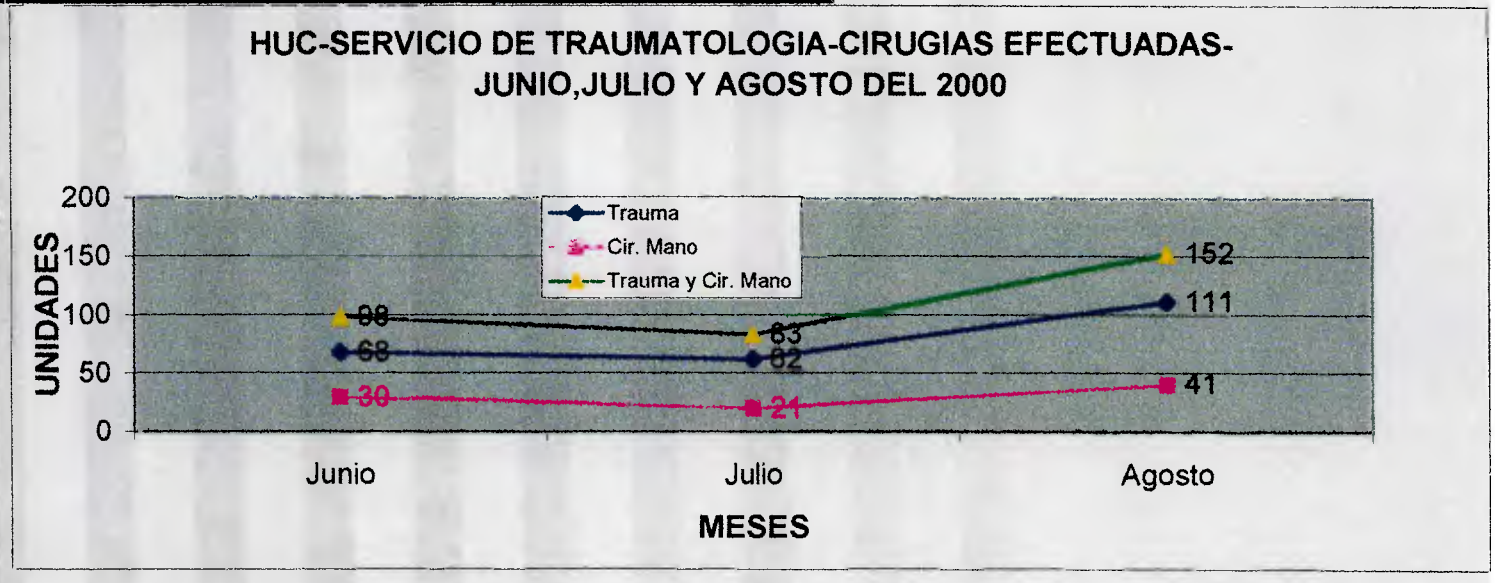


gráfico 19

RENDIMIENTO QUIRURGICO

	Junio	Julio	Agosto
Trauma	4.48	4.64	2.57
Cir. Mano	2	1.66	1.95
Trauma y Cir. Mano	3.72	3.84	2.4

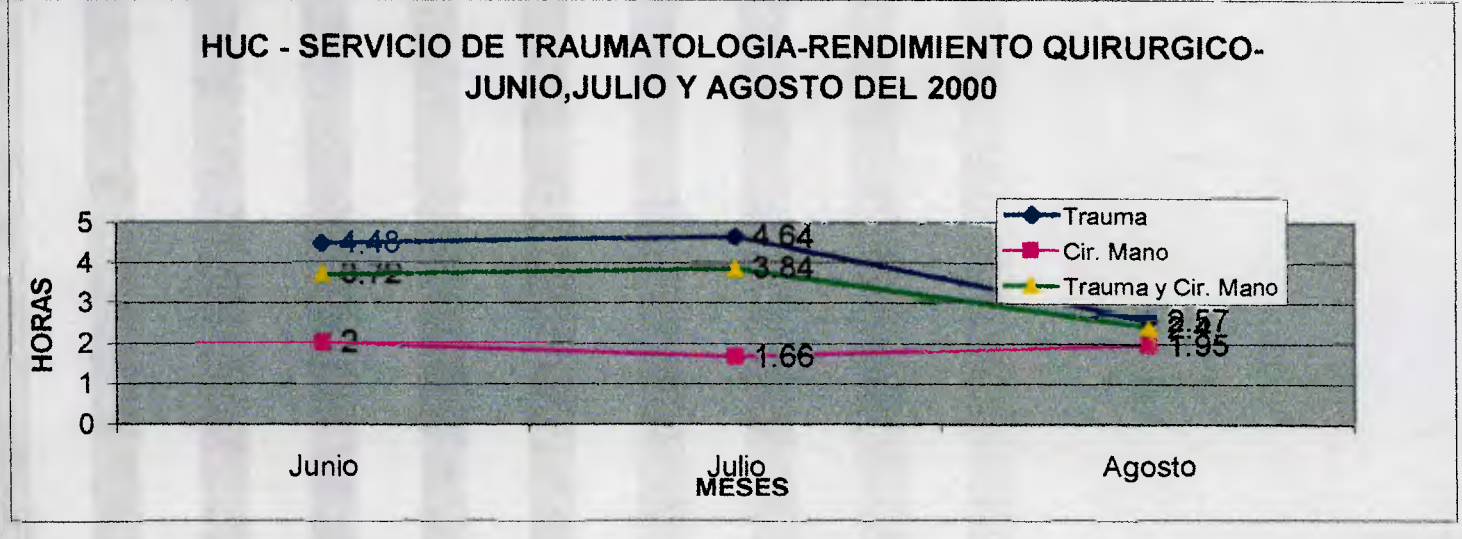


gráfico 20

PACIENTES EGRESADOS Y PROMEDIO DE ESTANCIA DEL SERVICIO
SEPTIEMBRE DE 2000

	TRAUMA	CIR. MANO	Traum. Y Cir. Mano
EGRESADOS	**84**	**17**	**101**

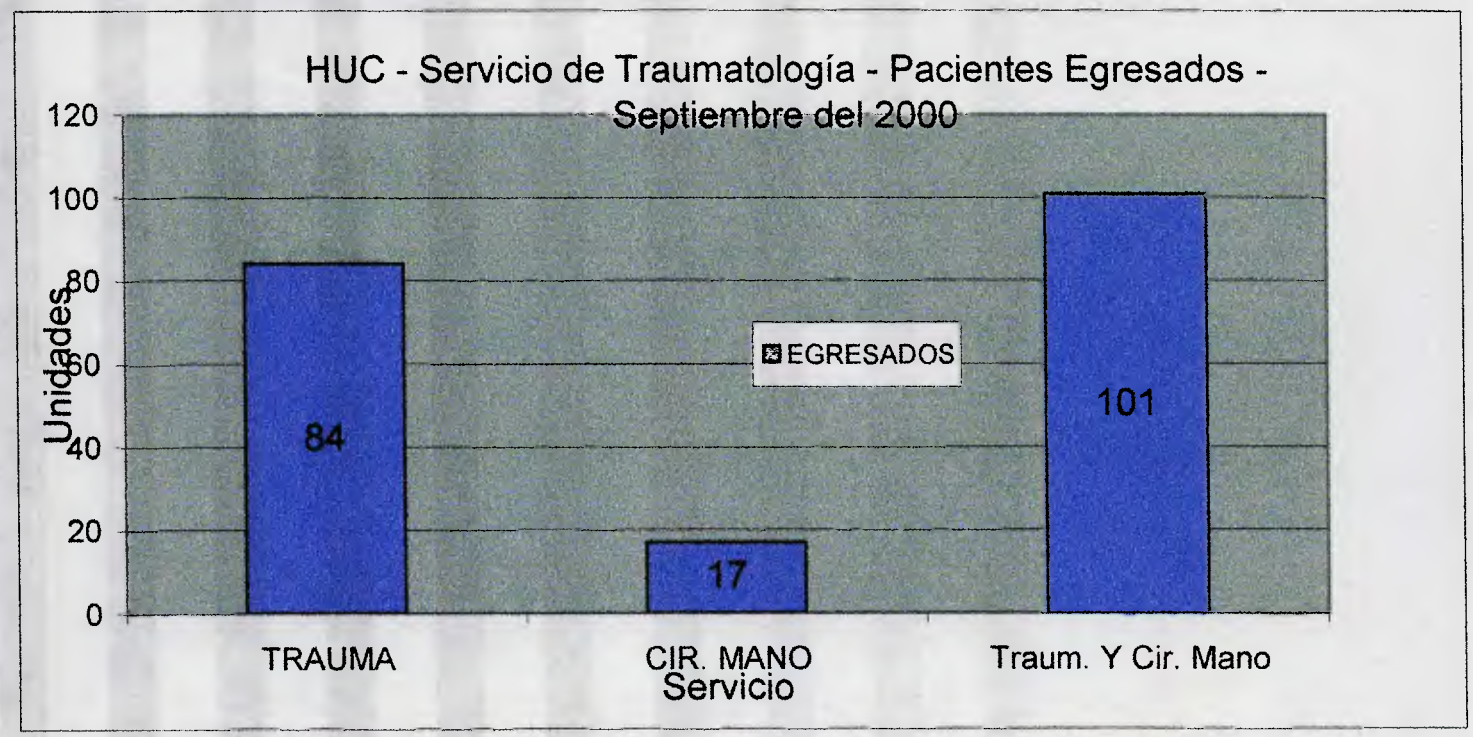


Gráfico 21

	TRAUMA	CIR. MANO	Traum. Y Cir. Mano
Prom. De Estancia	**18.31**	**7.94**	**17.45**

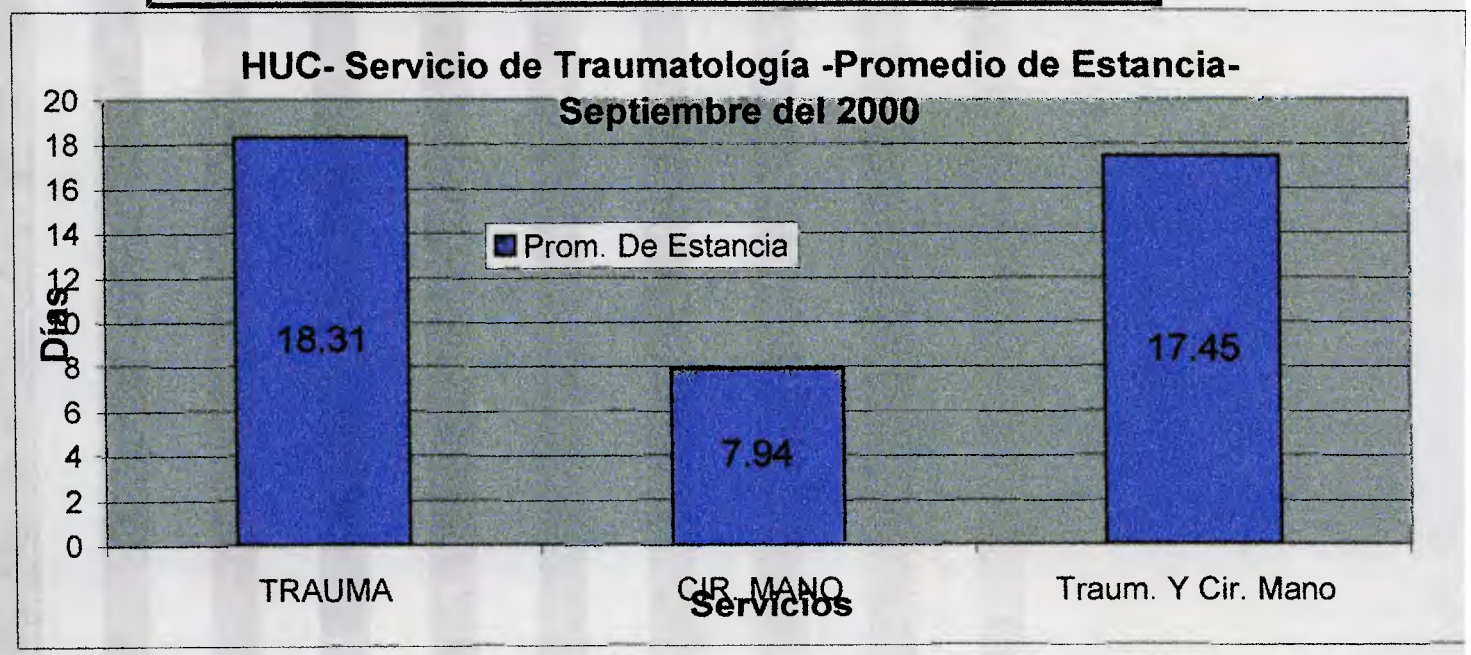


Gráfico 22

PACIENTES EGRESADOS Y PROMEDIO DE ESTANCIA POR EQUIPO
AGOSTO DE 2000

	TRAUMA	CIR. MANO	Traum. Y Cir. Mano
Cir. Efectuadas	**88**	**22**	**110**

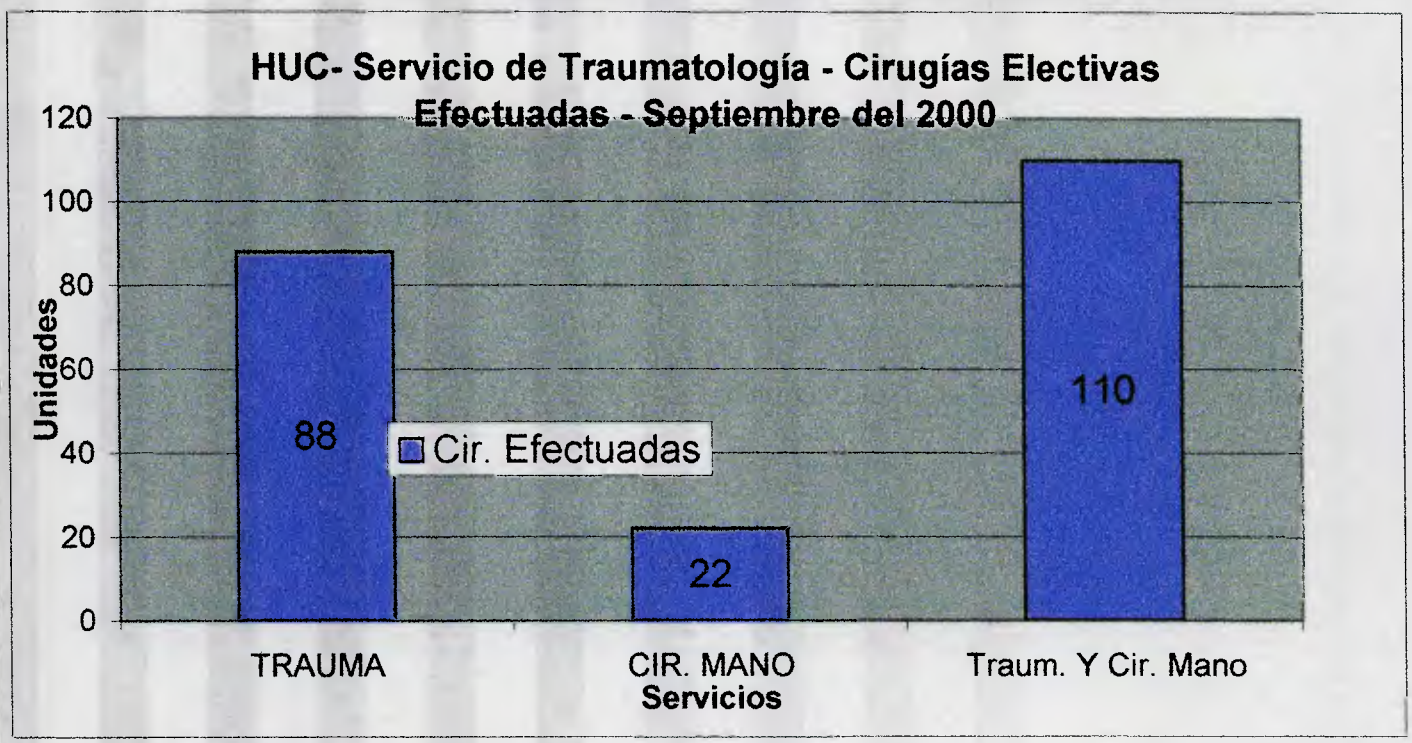


Gráfico 23

Rendimiento quirúrgico		
TRAUMA	CIR. MANO	Traum. Y Cir. Mano
2.27	1.83	2.09

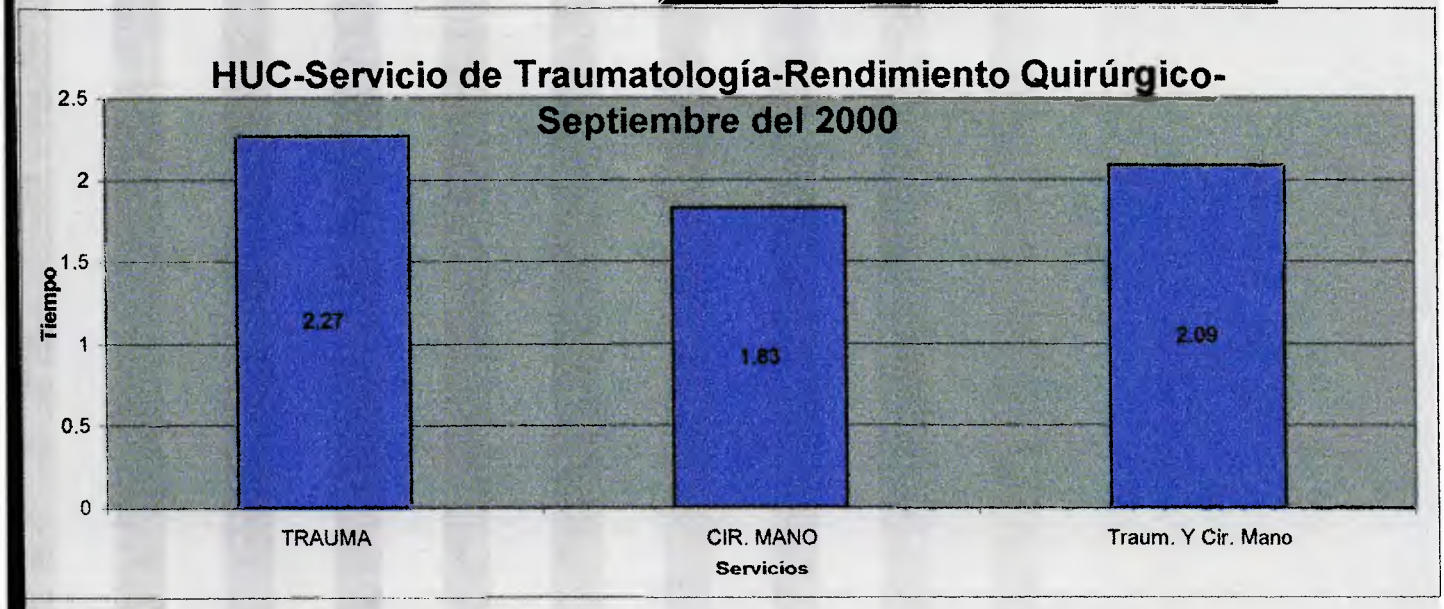


Gráfico 24

PACIENTES EGRESADOS

Trauma y Cir.	Trauma	Cir. Mano
75	54	21

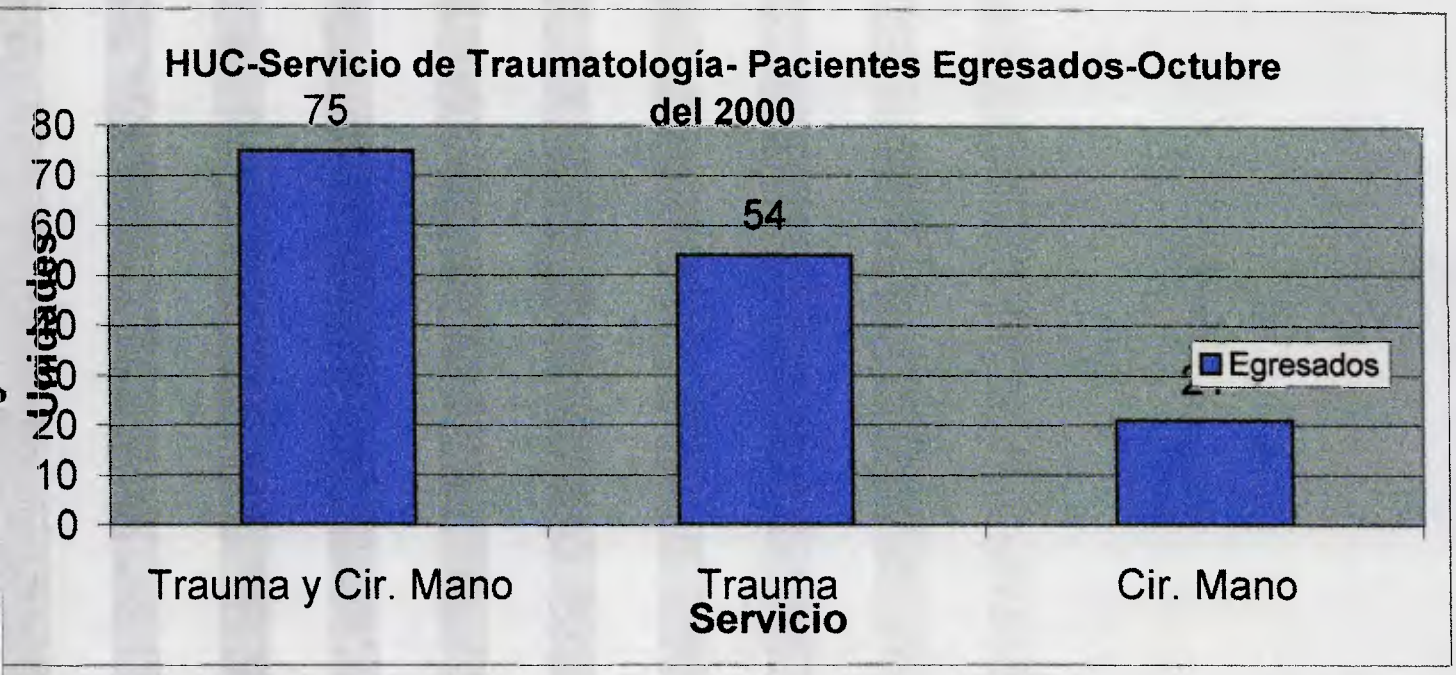


Gráfico 25

Trauma y Cir. Mano	Trauma	Cir. Mano
14.96	20.6	6.2

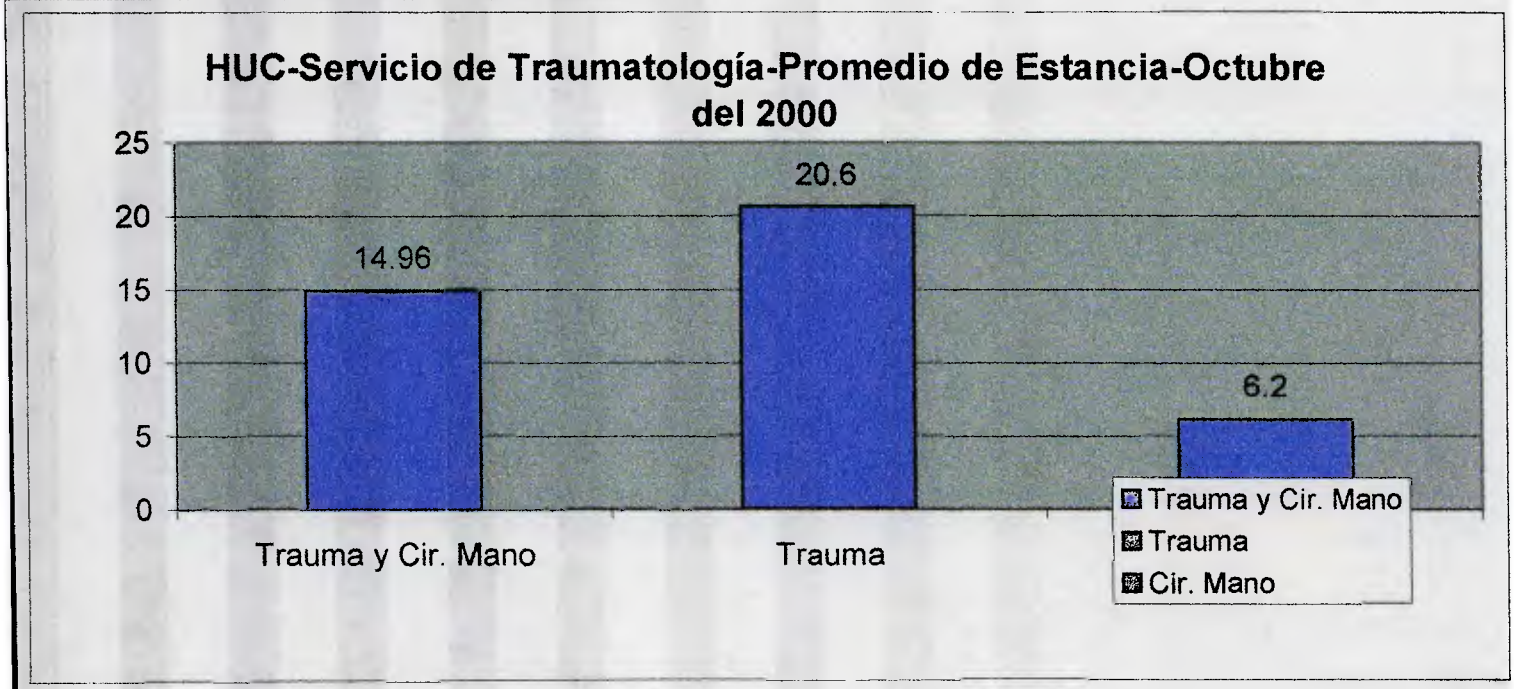


Gráfico 26

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS
SERVICIO DE HOSPITALIZACION DE TRAUMATOLOGIA

Altas traumatología mes de Octubre

	Trauma y cir. Ma		Trauma	Cir. Mano
Electivas Efectuadas	100	75	25	

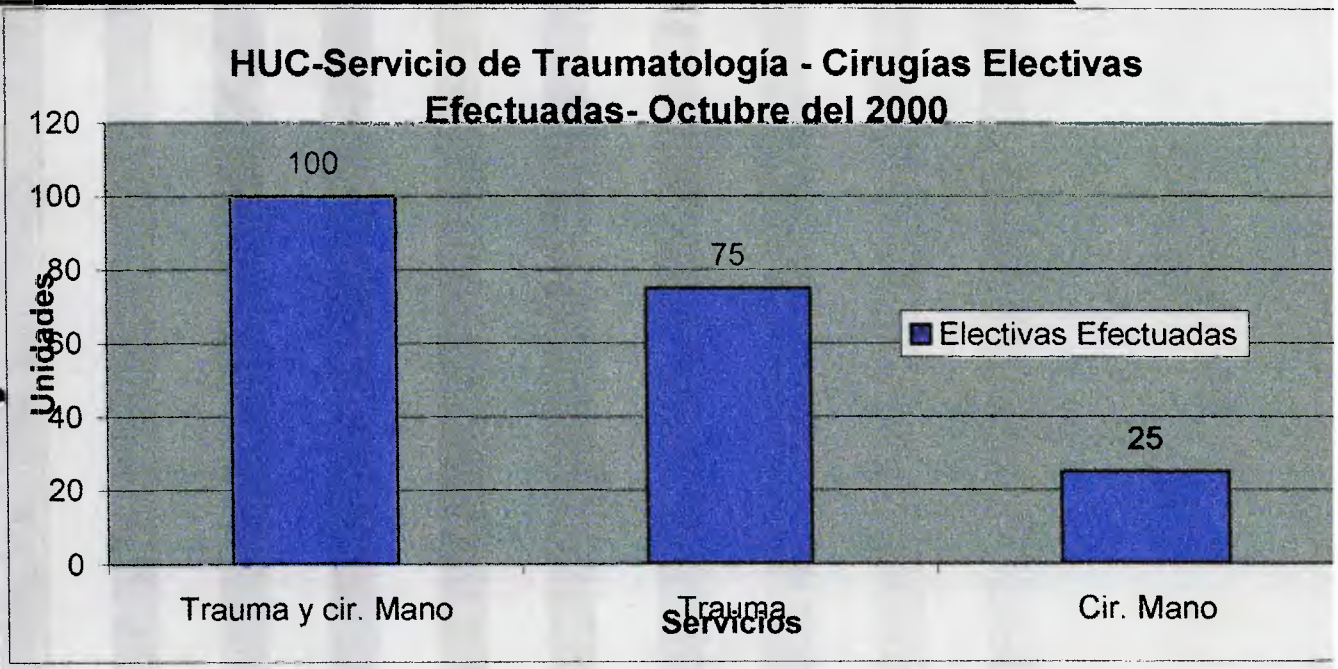


Gráfico 27

	Trauma y cir. Ma	Trauma	Cir. Mano
Rendimiento Quirúrgico	3.2	3.6	2

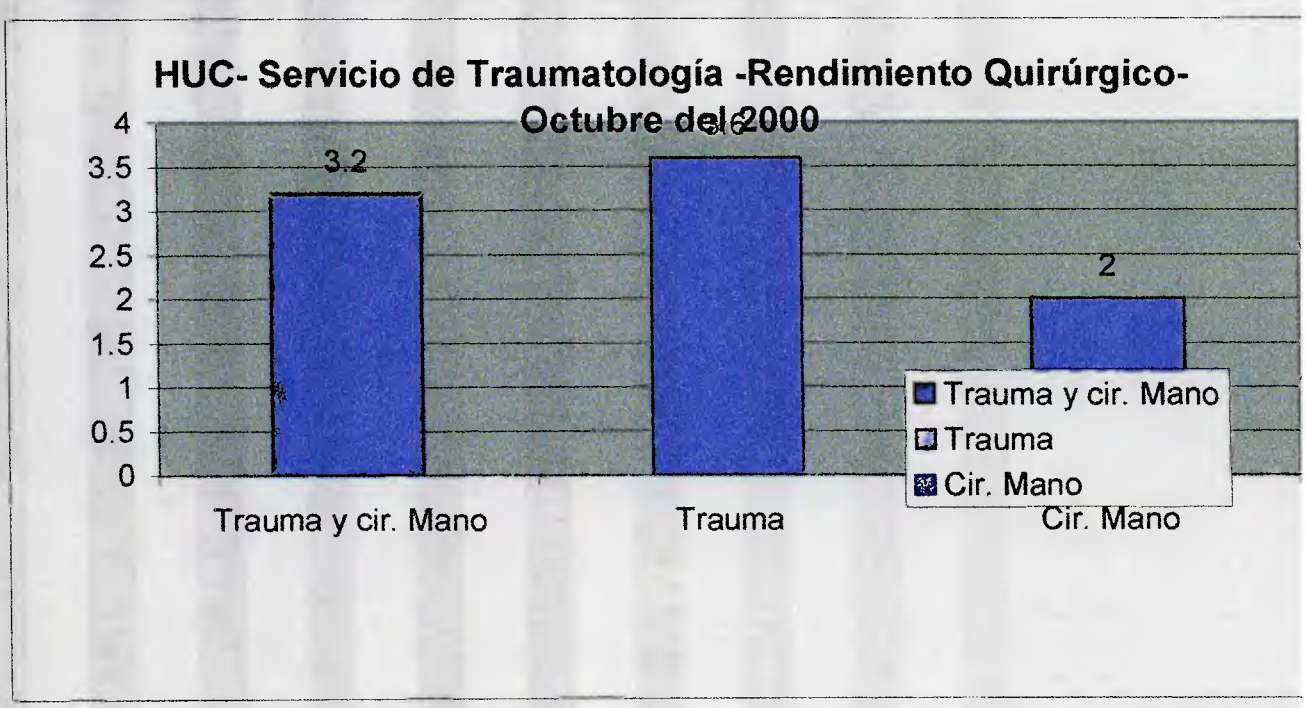


GRAFICO 28

HUC
SERVICIO DE TRAUMATOLOGIA

PACIENTES EGRESADOS Y PROMEDIO DE ESTANCIA DEL SERVICIO

Noviembre DE 2000

	TRAUMA	CIR. MANO	Traum. Y Cir. Mano
EGRESADOS	55	34	89

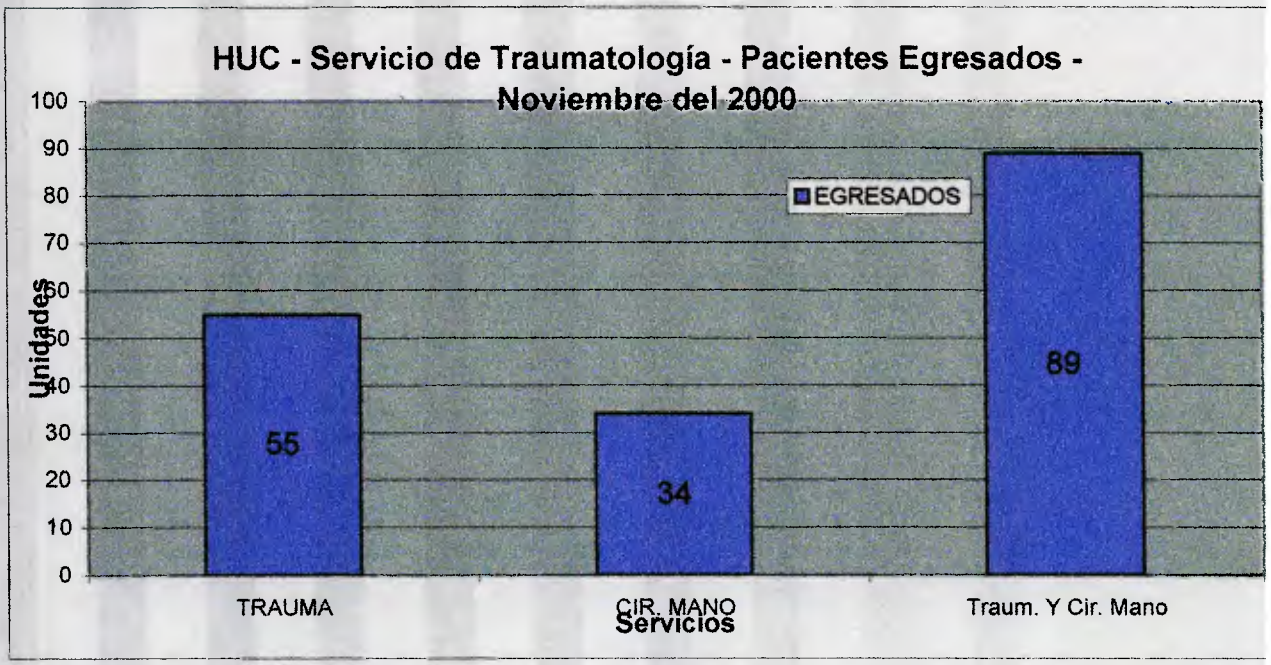


GRAFICO 29

	TRAUMA	CIR. MANO	Traum. Y Cir. Mano
Prom. De Estancia	21	5.8	14.74

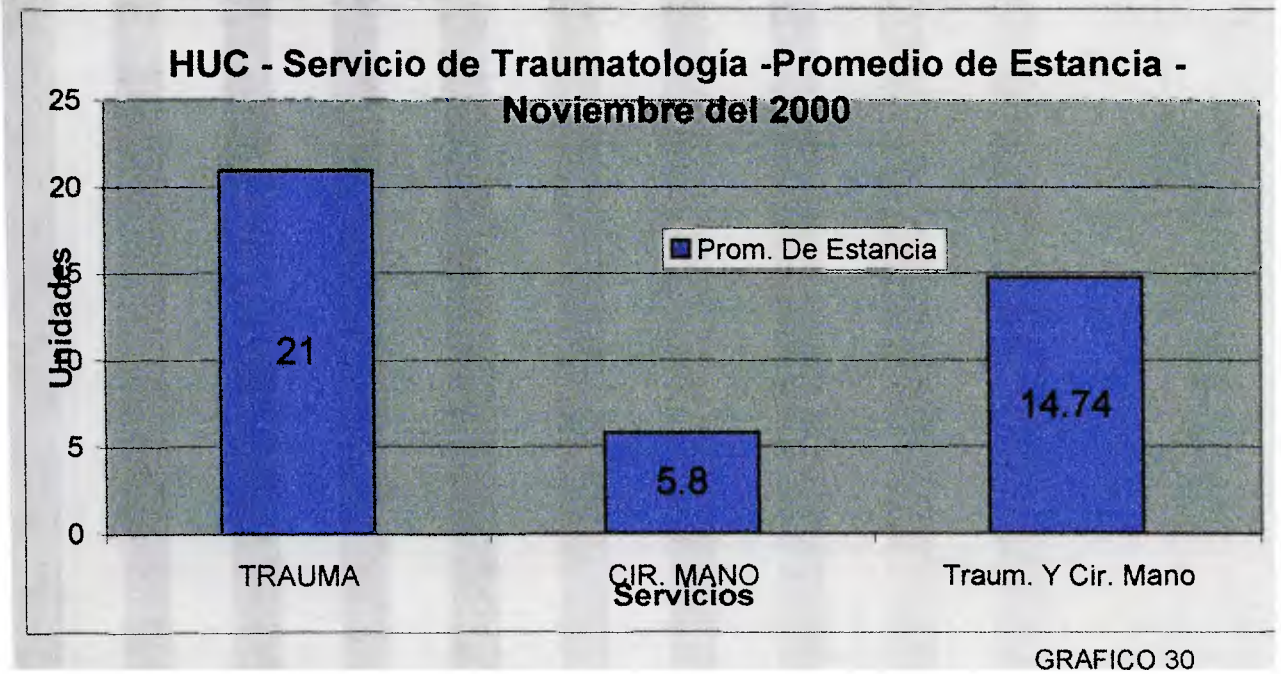


GRAFICO 30

	TRAUMA	CIR. MANO	Traum. Y Cir. Mano
Cirugía electivas Efectuadas	**55**	**34**	**89**

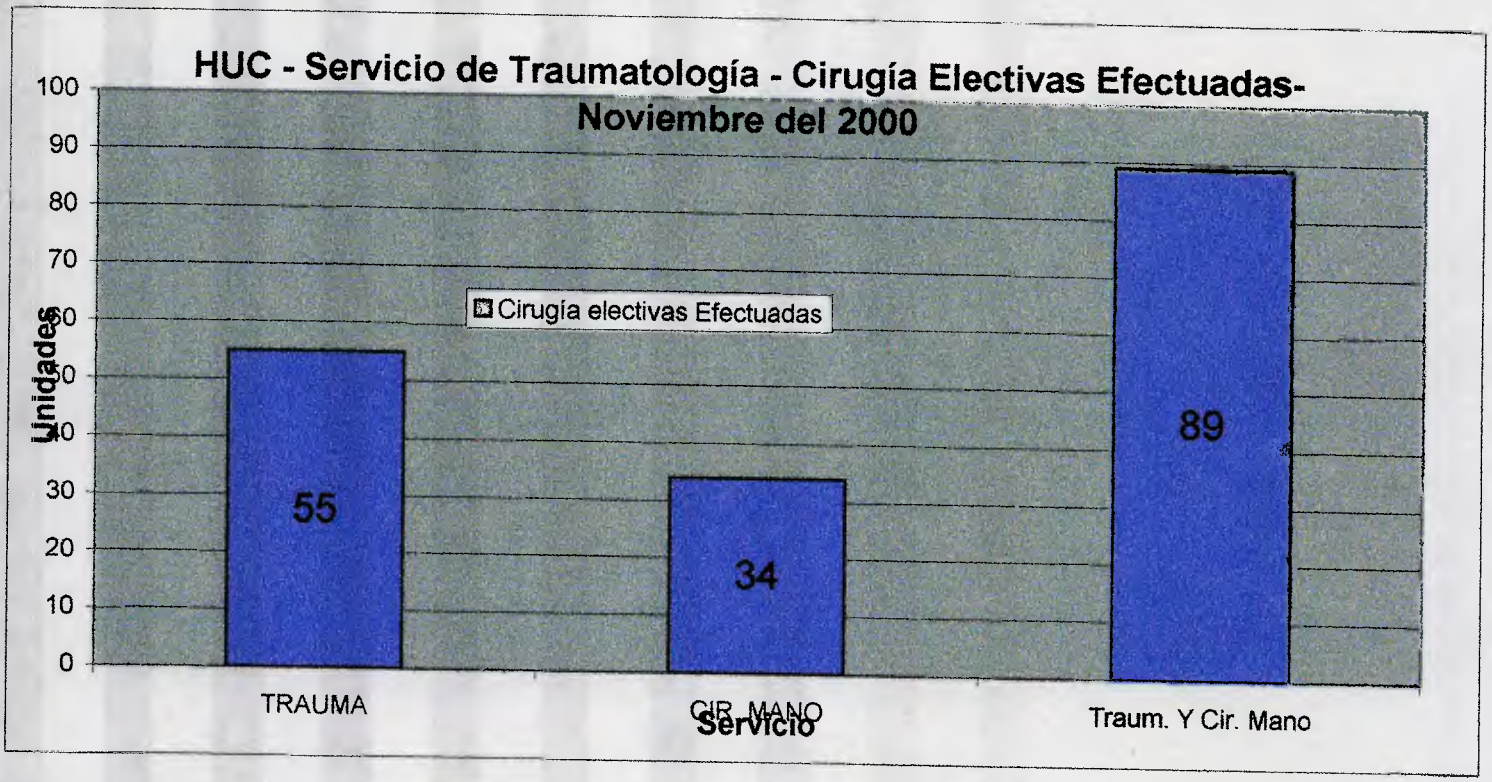


GRAFICO 31

	TRAUMA	CIR. MANO	Traum. Y Cir. Mano
Rendimiento Quirúrgico	**3.6**	**2.3**	**3.2**

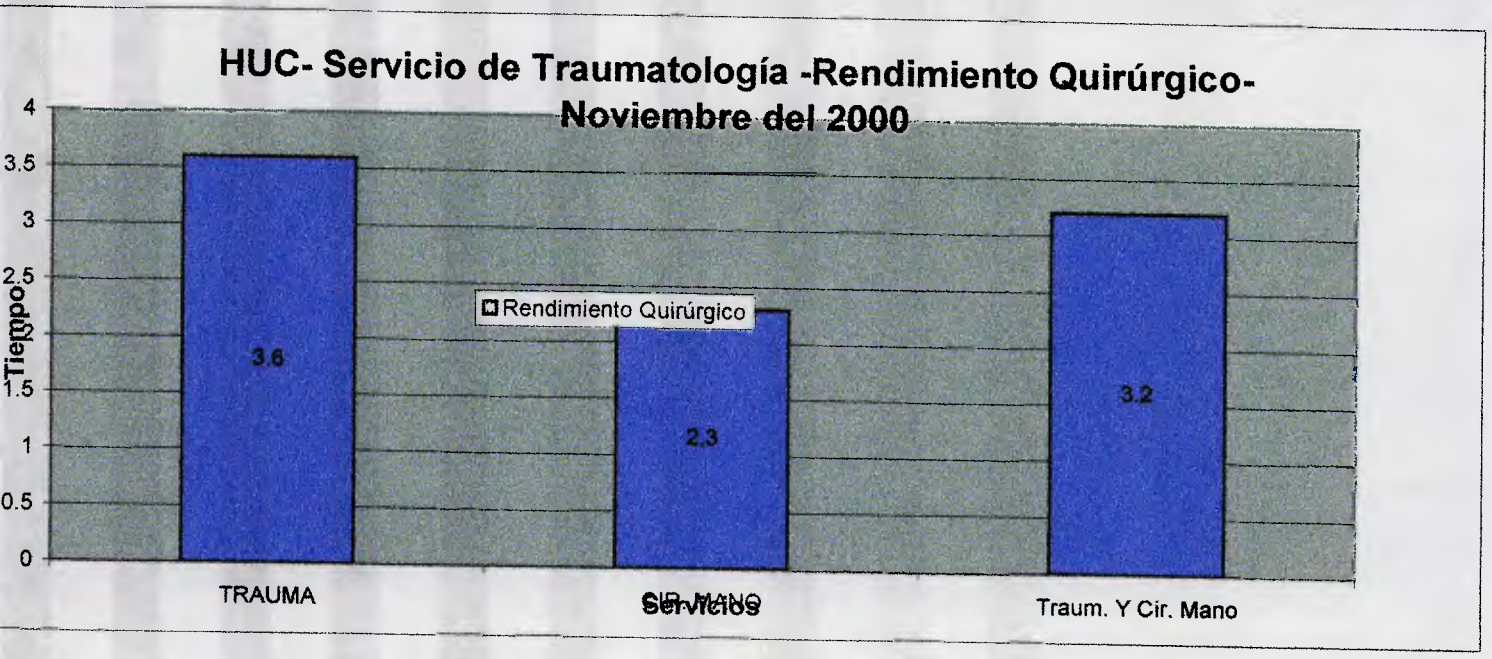


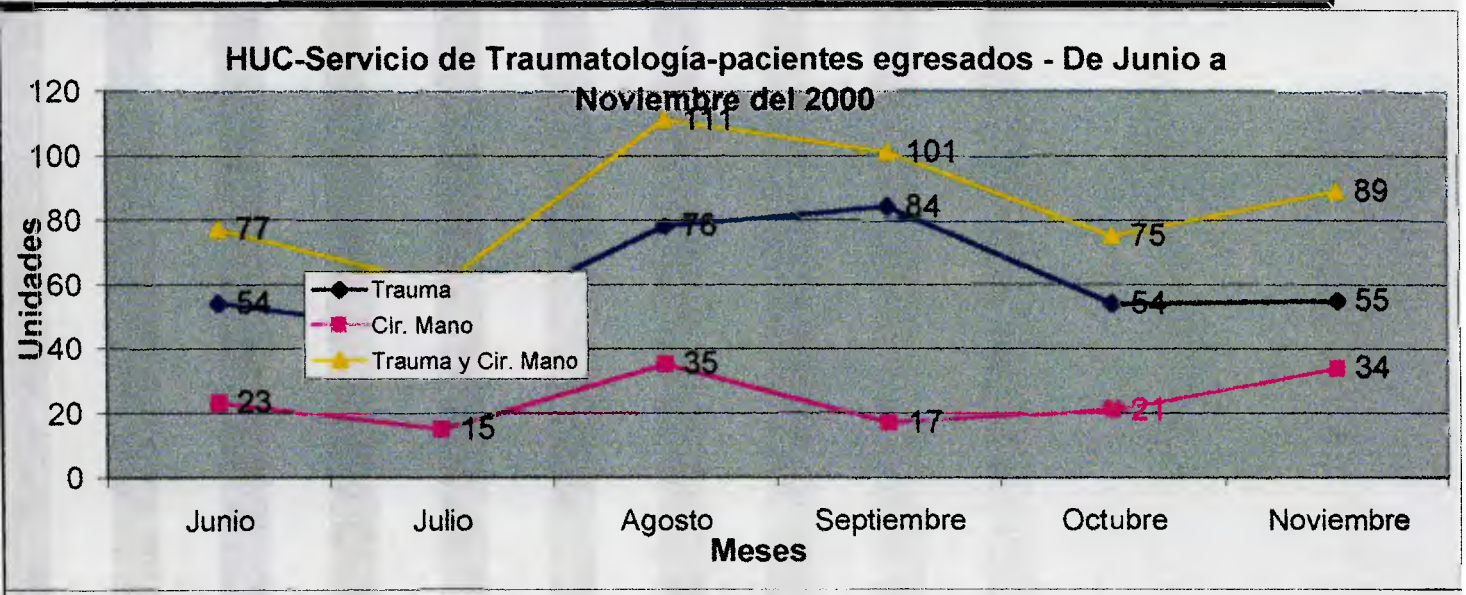
GRAFICO 32

PACIENTES EGRESADOS Y PROMEDIO DE ESTANCIA

JUNIO - JULIO - AGOSTO, SEPTIEMBRE , OCTUBRE Y NOVIEMBRE DEL 2000

PACIENTES EGRESADOS

	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
Trauma	54	45	78	84	54	55
Cir. Mano	23	15	35	17	21	34
Trauma y Cir. Mano	77	60	111	101	75	89



PROMEDIO DE ESTANCIA

GRAFICO 33

	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
Trauma	26.96	28.8	24	18.31	20.5	21
Cir. Mano	5.76	6.46	4.17	7.94	6.2	5.8
Trauma y Cir. Mano	21.6	23.05	17.78	17.45	14.96	14.74

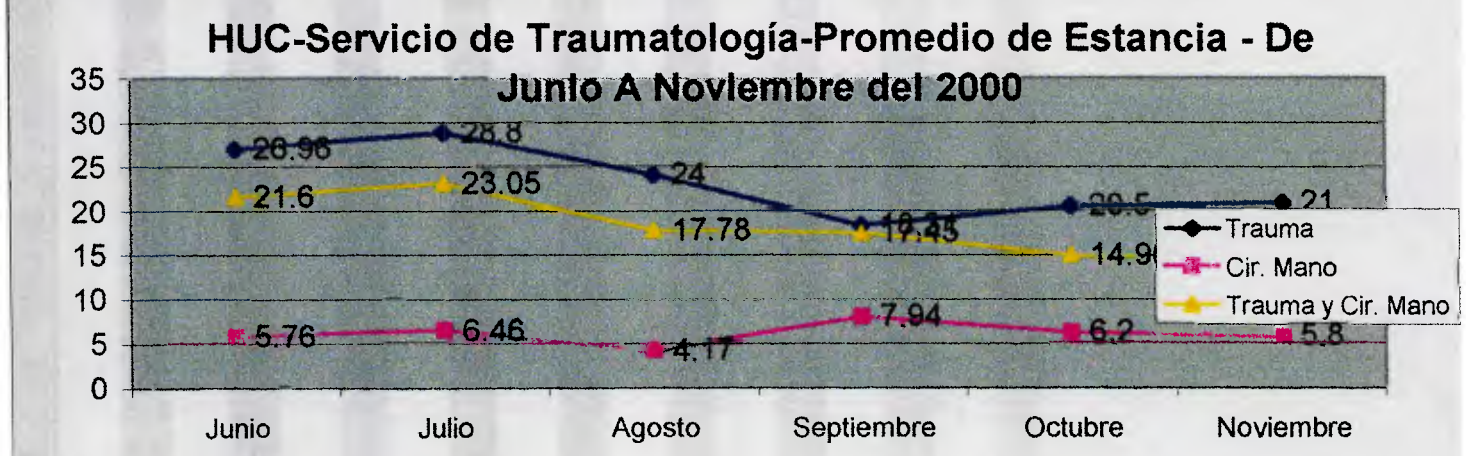


GRAFICO 34

UC
ERVICIO DE TRAUMATOLOGIA

CIRUGIAS EFECTUADAS Y RENDIMIENTO QUIRURGICO
JUNIO, JULIO , AGOSTO, SEPTIEMBRE , OCTUBRE Y NOVIEMBRE DEL 2000

IRUGIAS EFECTUADAS

	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
Trauma	68	62	111	88	75	86
Cir. Mano	30	21	41	22	25	34
Trauma y Cir. Mano	98	83	152	110	100	120

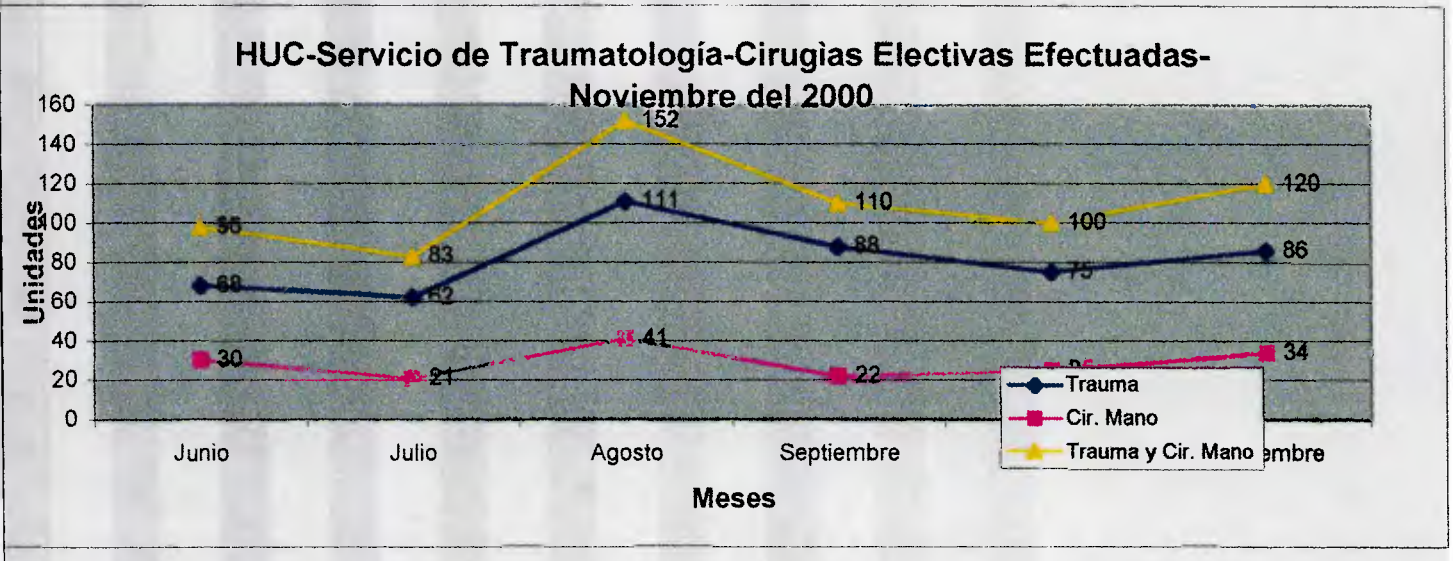


GRAFICO 35

ENDIMIENTO QUIRURGICO

	Junio	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre
Trauma	4.48	4.64	2.57	2.27	3.6	3.6
Cir. Mano	2	1.66	1.95	1.83	2	2.3
Trauma y Cir. Mano	3.72	3.84	2.4	2.09	3.2	3.2

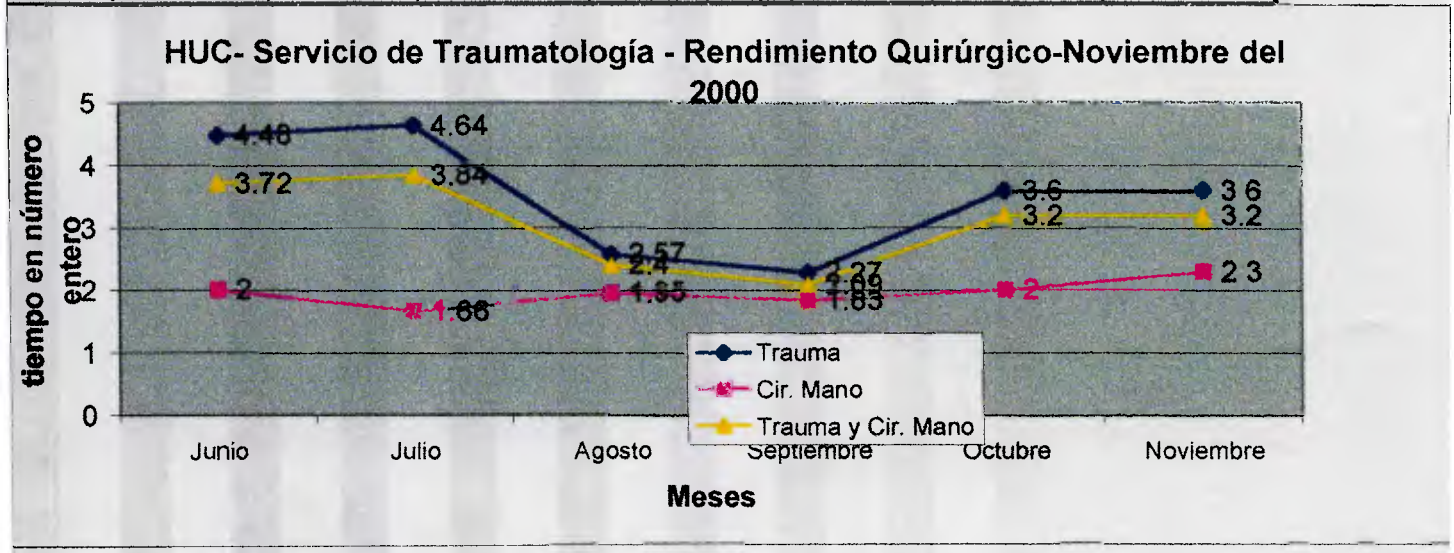


Gráfico 36

DISCUSIÓN

En los primeros resultados obtenidos durante el mes de junio, se utilizaron algunos indicadores tales como los días de hospitalización , camas ocupadas intra y extra servicio los cuales posteriormente no se siguieron registrando , debido a lo limitado del recurso y se escogió entre los que estaban al alcance de obtener por cuenta propia y que causaran impacto para llegar al objetivo .

Con esto lo que se trata de demostrar es que para evaluar el proceso en los centros asistenciales contamos con múltiples indicadores entre ellos los poblacionales, sanitarios, recursos, calidad, rendimiento, etc. Y que podrían sobrepasar siento setenta , más los que actualmente se están en elaboración y que es una decisión gerencial administrativa escoger cuales son los indicadores para lograr las metas y objetivos.

Por tal motivo el primer mes se dedicó al análisis teórico del trabajo, como la formulación de visión, misión, conocimiento del proceso, organización y posteriormente se fijaron los objetivos para decidir sobre cuales indicadores pudieran ayudar en el control de la evaluación y se establecieron los objetivos cuantitativos medibles por los integrantes de la organización.

Desde el mes de julio hasta el final de la investigación en noviembre, se utilizaron sólo los siguientes indicadores; promedio de estancia, pacientes egresados, cirugías electivas efectuadas y rendimiento quirúrgico.

Otro elemento a considerar es que en este centro de salud existe una resistencia a la libre difusión de información y lo cual acarrea difícil su obtención su obtención sin contar con el retardo en el procesamiento, y el cual pudiera ser indispensable para las toma decisiones tácticas del día a día. Por esto se decidió buscar la información mediante recolección directa y ahí también se pudo constatar

que incluso en la información recolectada a través de historias médicas existían errores que alteraban los resultados y en muchos casos se utilizaba información difícil de interpretar no coadyudantes al mejoramiento en el manejo eficiente de los recursos.

Para fijarse objetivos cuantitativos y fáciles de medir para un mejor control en el servicio de Traumatología se utilizaron los estándares ya establecidos ; para el promedio de estancia se fijó entre 8 y 12 días a través de estudios realizados en el M.S.A.S. y el I.V.S.S. Y debido a las características docentes de este hospital se flexibilizó y se alargó este periodo a quince (15) días como el objetivo a lograr en el servicio. Para los pacientes egresados si contábamos con 47 camas para todo el servicio , de las cuales siete (7) son de Cirugía de la Mano y cuarenta (40) de Trauma si contamos con un su índice de rotación de dos (2) mensual por cama , lo relacionamos con un promedio de estancia de 15 días la mitad y contamos con cinco (5) camas de pacientes infectados contamos con cuarenta y dos (42) con dos rotaciones mensuales equivalente a ochenta y cuatro (84) mas cinco (5) de los pacientes infectados totalizando en noventa y un (91) pacientes egresados por todo el servicio , para trauma es de setenta y dos (76) y para Cirugía de la Mano quince (15). Ya que este tipo de servicio es dependiente de la actividad quirúrgica se fijó como objetivo la realización de por lo menos una cirugía electiva por paciente hospitalizado con un mínimo de ochenta y ocho (91) mensuales , Trauma setenta y seis (76) y Cirugía de la Mano quince (15). El rendimiento quirúrgico se tomaron con promedios estándares establecidos de dos horas y media (21/2) entre intervenciones.

Al conocer los primeros resultados se determinó que se estaba lejos de los objetivos planteados; En junio el promedio de estancia era 26,96 en junio o sea, (11) días más que el objetivo; los pacientes egresados llegaban escasamente a cincuenta y cuatro (54) o sea treinta y cuatro (34) pacientes por debajo de la meta; las cirugías electivas efectuadas fueron de sesenta y ocho (68) se desconocía si eran en pacientes hospitalizados o ambulatorios , sin embargo estaba por debajo del

objetivo de cirugías electivas fijadas como objetivo en pacientes hospitalizados de noventa y una (91). El rendimiento quirúrgico se ubicaba en un poco menos de cuatro y media horas por intervención ; con estos valores se comenzó el trabajo.

Durante el mes de julio se presentó un problema de aguas blancas en el hospital en y por ende las actividades quirúrgicas fueron afectadas influyendo negativamente en todos los indicadores durante este mes se fijaron los objetivos , metas, visión y misión a todos lo miembros que actuaban en la organización: médicos, residentes, enfermería de hospitalización y quirúrgica y se trabajó en el reforzamiento de la cultural organizacional

En agosto todos los indicadores variaron positivamente. Se observó un aumento en los pacientes egresados y las cirugías electivas y una disminuyeron en los promedios quirúrgicos y los tiempos por intervención. Durante este mes se intensificaron los controles e incluso se dividieron por unidad o subunidades creando un ambiente de responsabilidad de los pacientes a cargo de cada uno de los equipos, aunque no se puede decir que este elemento fue clave para lograr el éxito de este mes ser considerado . Si sumamos los resultados totales de este mes con los de las diferentes sub-unidades se observan diferencias numéricas, esto se debe a que en muchas ocasiones era dificultoso obtener la información y era casi imposible establecer de cual equipo eran determinados pacientes, pero lo que se quería lograr era un control específico y crear un ambiente de competencia entre cada los diferentes equipos.

En mes de septiembre a pesar de que los pacientes egresados y las cirugías electivas disminuyeron, el promedio de estancia mejoró para ubicarse en el mejor promedio de toda la investigación para trauma de 18,3 días y manteniendo promedio quirúrgico .

En el mes octubre no hubo una respuesta al reforzamiento positivo motivación de parte de las autoridades o jefes inmediatos a los grupos que se habían esforzado

por mejorar su rendimiento , aunado el factor que en este mes se perdieron tres días hábiles debido a un Congreso de Traumatología y se comenzó a observar un descenso de las actividades del servicio.

Durante el mes de noviembre el control diario en las actividades quirúrgicas sólo se efectuó durante pocos días; hubo poco control y las actividades no variaron significativamente en relación al mes anterior.

Con estos resultados no se puede concluir que lo efectuado es la solución para aumentar los rendimientos de los servicios médicos, pero se deben evaluar las herramientas administrativas utilizadas que arrojaron resultados positivos; tales como el control exhaustivo de las actividades y el reforzamiento motivación por el logro de objetivos.

CAPITULO V

CONCLUSIONES

CAPITULO V
CONCLUSIONES

Existen algunos elementos que actualmente aumentan la demanda de los servicios de salud en general , desde el punto de vista social se encuentran ; el bajo poder adquisitivo, el desempleo, el empleo informal etc. A los servicios de traumatología hay que agregarle el elemento de la violencia con armas de fuego que ha aumentado considerablemente. Desde el punto de vista político existen otros elementos como son la baja inversión en el sector salud en los últimos años y la gratuidad en la prestación del servicio en la actualidad.

El gobierno actual se ha trazado como meta atender la creciente demanda invirtiendo grandes cantidades de recursos y sus directivos han tenido que buscar métodos efectivos para poder atender esta creciente demanda.

La falta de recursos materiales y humanos no son las únicas causas del problema de rendimiento en los centros de salud. La falta de aplicación de criterios administrativos , como la planificación básica (planificación, control, organización, coordinación) , administración estratégica , administración por objetivos etc. por los responsables en la toma de decisiones afecta la productividad.

Para quienes trabajan y conocen los servicios médicos que tienen gran dependencia quirúrgica en la restitución de la salud de los pacientes, tales como los servicios de traumatología , conocen la complejidad del proceso, en el cual interactúan diferentes departamentos en la atención del paciente, como lo son; enfermería, laboratorio, banco de sangre, radiología y la interacción con otros profesionales, sin contar con el elemento de tener turnos quirúrgicos suficientes y que estos elementos estén perfectamente coordinados para poder efectuar las cirugías en los turnos quirúrgicos correspondientes.

En el servicio de traumatología de este hospital los principales elementos administrativos que afectaban la productividad del servicio se encontraban en la planificación, coordinación y el control de las actividades.

La planificación estratégica (objetivos, metas y políticas) del servicio desde el punto de vista administrativo era casi inexistente y estos solo se llevaban a cabo con criterios médicos (clínicos) y docentes.

La planificación táctica asistencial del paciente estaba basada únicamente en el criterio médico, hoy se toman en cuenta, paralelamente, los tiempos de estancia (administrativos) y para la asignación de los turnos quirúrgicos en los turnos quirúrgicos durante las revistas. Pero esta coordinación no está integrada con los diferentes departamentos como enfermería de hospitalización y enfermería quirúrgica, lo cual dificulta la planificación del proceso, trayendo como consecuencia perdida de tiempo en la disposición de los recursos a tiempo.

En múltiples ocasiones en el departamento médico la planificación quirúrgica no se adapta a la realidad de la disposición del recurso humano, ya que la planificación táctica de los pacientes a ser intervenidos la efectúa el jefe del servicio conjuntamente con los jefes de equipo para todo el día (mañana y tarde), pero debido a que los jefes de equipo por ser docentes sólo van al servicio en horas de la mañana, se producen cancelaciones por falta de docentes durante las tardes. Los médicos contratados (asistenciales) que asisten por las tardes son insuficientes y no participan en la planificación de la atención del paciente, cancelando cirugía electivas y alargando así los tiempos pre-quirúrgicos y aumentando los tiempos de estancia.

La planificación operativa (coordinación) es efectuada por los residentes, tanto en la hospitalización como en los quirófanos. Entre otras responsabilidades, como

son las guardias médicas, consultas externas, atención en sala de yesos y preparación teórica de la especialidad, dificultan la planificación a tiempo y a esto hay que agregarle el poco conocimiento administrativo gerencial de estos.

A pesar de ser indispensable de que los departamentos actúen articuladamente en el proceso, cada uno tiene su propia línea de mando en y se reportan a diferentes jefaturas , sin que exista una comunicación eficiente entre estos . Incluso dentro de los mismo departamento existen diferentes estructuras de organización , por ejemplo existen médicos docentes que se reportan a la universidad y médicos asistenciales contratados por el hospital. Otro ejemplo importante es que el departamento enfermería no se reporta al Jefe del Servicio .

Tampoco existen controles administrativos en la líneas medias en la toma de decisiones, los indicadores no llegan a los jefes de servicios y el control operacional es informal y se efectúa a través de la improvisación.

Al analizar el trabajo observamos como el único logro de esta investigación se hizo a traves del control operacional y siendo los resultados positivos, ya que se aumentó la actividad quirúrgica y el número de pacientes egresados y se disminuyó el tiempo de estancia y mejoró el rendimiento quirúrgico.

Probablemente si se consideraran todos los elementos administrativos de planificación y control y se tomaran en consideración las metas y objetivos se mejoraría la productividad , eficiencia y eficacia en el proceso asistencial y se utilizarían mejor los recursos tanto humanos como materiales.

Para esto los profesionales de la salud deben conocer , entender y aceptar los criterios administrativos a la hora de la toma de decisiones , sin que esto signifique un sacrificio del aspecto asistencial la consideración clínica para a fin de garantizar la restitución adecuada del paciente con calidad.

RECOMENDACIONES

Fijarse objetivos cuantitativos y fáciles de medir para un mejor control en el servicio de Traumatología estancia entre 3 a 5 días para Cirugía de la Mano y debido a las características docentes de este hospital de quince (15) días para Trauma.

Egresar setenta y seis pacientes (76) al mes por Trauma y tomar medidas para que los pacientes infectados sean atendidos, transferidos o resueltos a través de otra vía sin que pasen de un mes en promedio de estancia.

Realizar de por lo menos una cirugía electiva por paciente hospitalizado con un mínimo de ciento once (111) cirugías mensuales por el servicio , Trauma realizaría setenta y seis (76) y Cirugía de la Mano venti cinco (25).

Cumplir con el rendimiento quirúrgico dos horas y media (21/2) en promedio por intervención.

Escoger los indicadores de recursos, rendimiento, eficiencia y eficacia apropiados que les permitirá planificar, analizar y evaluar (controlar) el servicio. Y exigirle a historias médicas que los procese y los haga llegar (mensualmente) oportunamente.

Especificar las funciones de la organización médica del servicio de los docentes , médicos asistenciales y médicos residentes.

Nombrar un jefe de actividad quirúrgica para que se cumpla con la planificación operativa y un jefe administrativo de hospitalización que planifique y

controle tácticamente y operativamente las actividades tomando en consideración los tiempos pre-quirúrgicos y los tiempos de estancia de los pacientes.

Realizar revistas médicas en los pacientes extraservicio.

Determinar las horas de disposición quirúrgica de los docentes.

Determinar la demanda de los pacientes que requieren ser hospitalizados por la emergencia o a través de la consulta externa.

El jefe del servicio debería tener competencia con una comunicación adecuada en planificación estratégica y táctica de los departamentos de enfermería quirúrgica y hospitalaria.

Contratar médicos asistenciales para las horas de la tarde ya que solo hay uno por día para dos quirófanos.

BIBLIOGRAFIA:

1. ENCICLOPEDIA ENCARTA – Traumatología – Microsoft – 1999

2. BOWNWE-JUPITE-LEVINE-TRAFTON – 1998 – Skeletal Trauma – Editor W.B. Sauder Company – Secunda Impresión – Pag. 74.

3. GARCIA SERVEN – 1993 – Indicadores de Gestión para Establecimientos de Atención Médica – Editorial Lithonorma – Caracas

4. ENCICLOPERIA ENCARTA – Hospitalización – Microsoft – 1999

5. M. SANCHEZ, Miguel María – Historia de la Cirugía, Traumatología y Ortopedia – Acta Histórica Médica – Valli Soletana XV.

6. REINALDO NESSI – La Ortopedia – Proyecto Especial de Grado – 1997 – Hospital Universitario de Caracas – Escuela Técnica Dr. Pablo Izaguirre.

7. Dr. Pablo Izaguirre Fernández Torres – A. Balbi – Maura de Romero – Codificación y Archivo en un Servicio de Ortopedia y Traumatología – 1965.

8. Dr. ALBERTO PLUMACHER CH. Temas de Traumatología – Tipografia Unión – Maracaibo, Venezuela (16-23)

9. Dr. MERLE D AUBIGNE, F MAZAS – Tratado de Técnica Quirúrgica Editorial Toray-Masson, S.A. Barcelona, 1976.

10. M. BARQUIN – Dirección de Hospitales – Barcelona – 1986.

11. IDALBERTO CHIAVENATO – Introducción a la Teoría General de la Administración – Editorial McGraw Hill Interamericana, IV Edición – 1998 (104)

12. J.M. ROSENBERG: - Diccionario de Administración y Finanzas – Edición en Español, Ediciones Centrum Técnicas y Científicas – Barcelona 1992 (97, 98, 308)

13. ANTHONY P. RAIA – Administración por Objetivos – Editorial Trillas – Mexico – Segunda Edición – 1989 – (11, 13, 31, 49)

14. FRED R. DAVID – Conceptos de la Administración Estratégica – Editorial Prentice-Hall Hispanoamericana, S.A. – Quinta Edición 1997 – (5, 6)

15. SECRETARÍA DE QUIRÓFANO – Intervenciones Quirúrgicas Electivas – Desde Julio del 2000 hasta Noviembre del 2000.

16. FRANCISCO PLAZA IZQUIERDO – Hospital Universitario de Caracas (Recuento Histórico en su Trigésimo Aniversario, 1956-1986) – Publicado por el Rectorado de la Universidad Central de Venezuela y el Hospital Universitario de Caracas – Tomo 1.

17. FRANCISCO PLAZA IZQUIERDO – Hospital Universitario de Caracas (Recuento Histórico en su Trigésimo Aniversario 1956 – 1986) – Publicado por el Rectorado de la Universidad Central de Venezuela y el Hospital Universitario de Caracas – Tomo 2.

18. SECRETARIA DE HOSPITALIZACION DE TRAUMATOLOGIA – Libro de Registro Diario de Ingresos y Egresos – Año 2000.

19. GIBSON-IVANCEVICH – DONNELY – Las Organizaciones – Editorial McGraw-Hill/Irwin – Octava Edición 1997.

20. DIRECCIÓN DEL HOSPITAL – Gratuidad de los Servicios – Circular No. 31 – 18 de septiembre del 2000.

21. AÑEZ EDUARDO – Introducción a la Gerencia de Centro de Salud – Manuscrito – Centro de Desarrollo Gerencial IESA – 2000

22. AÑEZ EDUARDO – Planificación y Gerencia Estratégica - Manuscrito - Centro de Desarrollo Gerencial IESA – 2000

23. OCEI – Proyecciones Poblacionales – 1990

24. MINISTERIO DEL TRABAJO – Estudio Demográfico – 1998

25. OCEI – Encuesta de Hogares por Muestreo – Indicadores de la Fuerza Laboral

26. CONGRESO DE LA REPÚBLICA – Oficina de Asesoría Económica y Financiera – Gasto Público en Salud – 1998

27. ANIRT ARMAS DE BUJANDA – Servicios de Salud – Material de Clase – 1998

28. GUSTAVO PEREDA LECUNA – Planificación y Control – Material de Clase – 1998

29. AÑEZ EDUARDO – laminas de Presentación – Proceso – Centro de Desarrollo Gerencial – IESA 200

30. MALAGON-LONDOÑO-GALAN MORENA – Auditoría en Salud – Editorial Médica Internacional – 1 ra Edición