

Coordinación de Servicios Hospitalarios*

ARLENE HOWE

Lo que el Centro Médico de la Universidad de Michigan, Estados Unidos, logró mediante procedimientos de ingeniería industrial, de la norma por la cual, incluso los hospitales pequeños, pueden mejorar la eficacia de la enfermería.

“Volver la enfermera a la cabecera del enfermo” es uno de los lemas invocados a diario en la administración de hospitales, y, en el Hospital Clínico de la Universidad de Michigan, la aplicación de métodos de ingeniería dio por resultado una fórmula administrativa que, al parecer, lleva precisamente a lo que el lema propone.

El problema planteado en este hospital de 1.000 camas puede muy bien ser similar al de hospitales de tamaño mucho menor. Por lo que al primero respecta, el problema constaba de dos partes, ambas relativas a cada unidad de enfermería.

La primera de dichas partes era la necesidad de suprimir, en el departamento de servicios de enfermería, las actividades consideradas “ajenas a la especialidad”. La segunda, y más difícil, era la necesidad de coordinar las múltiples funciones inherentes a la unidad de enfermería.

En el Hospital Clínico, había residentes especializados en administración de hospitales y estudiantes de métodos de ingeniería, del departamento de ingeniería industrial de la Universidad de Michigan, dedicados a investigación de asuntos de administración de hospitales.

La necesidad de coordinación quedó demostrada muy pronto, ya que la unidad de enfermería de pacientes internos estaba controlada por tantos departamentos como servicios había en el hospital.

Cierto es que a la enfermería parecía

incumbir la responsabilidad primordial de la atención a los pacientes, pero muchos otros departamentos ejercían una acción perturbadora. Los departamentos de servicios, tales como los de ropa blanca, almacén general, materiales esterilizados, laboratorios, farmacia y compras, desempeñaban funciones de atención indirecta de pacientes. Personal de disciplinas afines a la ciencia de la salud, tales como dietética, fisioterapia, ergoterapia, servicio social y otras, intervenía también en el cuidado directo de pacientes.

Las reparaciones generales de las salas de pacientes correspondían al servicio de mantenimiento; el servicio de limpieza (llamado “servicio del edificio”) tenía a su cargo la limpieza general y el lavado de paredes, y a los auxiliares del departamento de enfermería incumbían otras labores de limpieza.

Todas estas complicaciones culminaban en los ingentes problemas del sistema de consultas. Solicitudes de consultas “inmediatas”, consultas incompatibles de un dado enfermo establecidas por departamentos distintos, y el volumen de transporte de pacientes, contribuían a crear una situación casi imposible.

Si bien las enfermeras jefe contaban con auxiliares de oficina, la coordinación de esta diversa labor departamental en la unidad de enfermería era casi imposible. En realidad, se vio después que, por escasez de enfermeras las enfermeras jefe venían dedicando casi el 90 % de su trabajo al cuidado directo

Ayudante de personal y consultora de enfermería en el Departamento de Administración del Centro Médico de la Universidad de Michigan, Estados Unidos.

* Publicado en inglés en *The Modern Hospital*, Vol. 101, No. 1, julio de 1963.

Resultados principales del estudio.

Actividades de la Unidad de Enfermería	8 a.m. 4 p.m.	4 p.m. 12 p.m.
<i>Cuidado de pacientes</i>		
Medicaciones y otros cuidados directos	23,6	27,1
Otros cuidados de cabecera	3,5	2,8
Total de cuidados en presencia del paciente	27,1	29,9
Intercambio de información	10,2	9,9
Registro médico	6,3	13,4
Medicación	6,7	9,7
Altas, transferencias, etc., de pacientes	2,0	1,9
Otros cuidados indirectos	15,0	9,6
Total de cuidados en ausencia del paciente	40,2	44,5
Total de todas las actividades de cuidado de pacientes	67,3	74,4
<i>Otras actividades</i>		
Administración — equipo y suministros	3,9	2,3
Limpieza y mantenimiento	1,7	2,2
Dietética	7,4	10,5
Transporte de pacientes	3,8	0,8
Servicio de mensajeros	1,0	1,5
Normas y métodos de hospital	0,6	0,1
Total— administración	18,4	17,4
Perfeccionamiento durante el servicio	6,2	2,1
Tiempo libre dedicado a asuntos personales	8,1	6,1
Total de otras actividades	32,7	25,6

actividades de enfermería, desde las ocho de la mañana a las cuatro de la tarde, eran ajenas a la profesión. Además, el tiempo dedicado a “intercambio de información” y a “otros cuidados indirectos” ascendía a otro 25,2 %, no todo ello dedicado a enfermería estrictamente. Las actividades extraprofesionales ascendían a una proporción aún mayor desde las cuatro de la tarde hasta medianoche.

En contraste con estos resultados, tan sólo el 13 % de la jornada de servicios de enfermería estaba a cargo de personal sin formación o adiestramiento oficial para el cuidado directo de pacientes.

Un examen más cuidadoso puso de manifiesto la incompatibilidad de las funciones de enfermería con las que no lo eran. Por ejemplo, mientras estaba transportando pacientes o limpiando material, la auxiliar no podía ayudar a la enfermera titular en la tarea de cuidar de los enfermos. En realidad, se averiguó que las auxiliares de enfermería empleaban el 45 % de sus horas de trabajo en tareas similares, ajenas a la profesión.

Se evidenció que las enfermeras, al verse con frecuencia ante la alternativa de optar por el cumplimiento de funciones importantes desde el punto de vista de la administración del hospital o por deberes importantes de tratamiento del paciente, prefirieron, como es justo, lo segundo.

La división de trabajo es un principio administrativo reconocido, así como lo es su importante corolario de que cada función ha de coordinarse como es debido con las demás del conjunto.

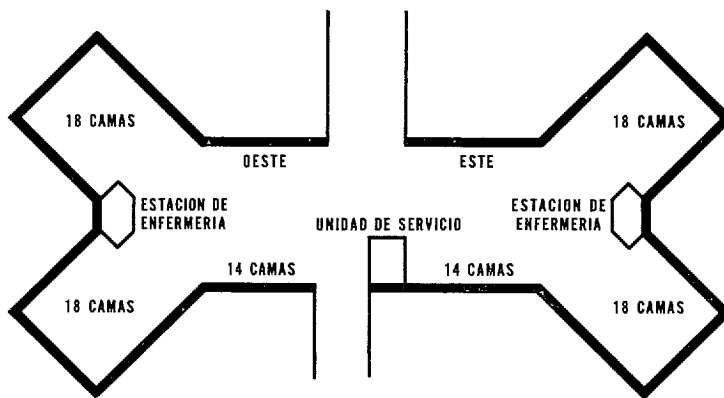
El estudio inicial confirmó la creencia de que la enfermería había aceptado, año tras año, muchas funciones ajenas a su misión y de que había manera de aplicar el sistema de división de trabajo.

A partir de los resultados, se estableció un nuevo criterio fundado en el reajuste general de funciones y en la implantación de un nuevo sistema de supervisión dentro de las unidades de enfermería. En concreto se

de pacientes, lo que les dejaba sólo un 10 % de su tiempo para supervisión de enfermería, por no mencionar siquiera las necesidades de la coordinación.

En el cuadro se representan los resultados principales del estudio de utilización. Se observó que, cuando menos, el 26,7 % de las

FIGURA 1

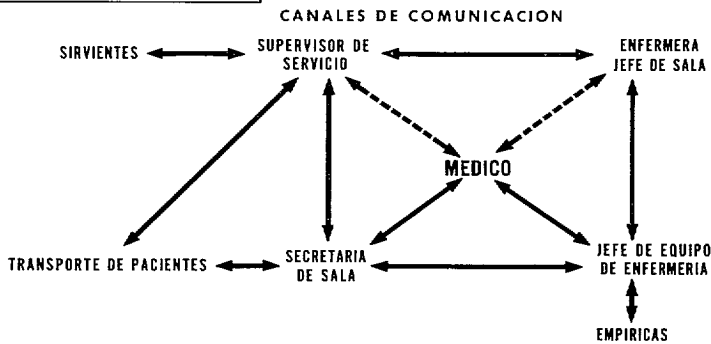


HOJA DE CITA	
Nombre del paciente _____	
Local _____	Cuarto N° _____ Cama N° _____
Cita para _____	
Local de cita _____	
Hora _____	Fecha _____
Llevar _____	
Comentarios _____	
TRANSPORTE	
Silla de ruedas _____	Requiere ayuda de enfermería
Camilla _____	
Ambulante _____	No requiere ayuda
Hora _____	

PLAN DE PISO ENSEÑANDO LA LOCALIZACION CENTRAL DE LA OFICINA DE SERVICIO EN RELACION CON LAS DOS ESTACIONES DE ENFERMERIA

LA PREPARACION Y TRANSPORTE DEL ENFERMO SE COORDINAN CON DOS COPIAS DE LA HOJA DE CITA

EL NUEVO PLAN DA AL PERSONAL DE SERVICIO UN PAPEL PRIMARIO EN LAS COMUNICACIONES EN LA UNIDAD DE ENFERMERIA



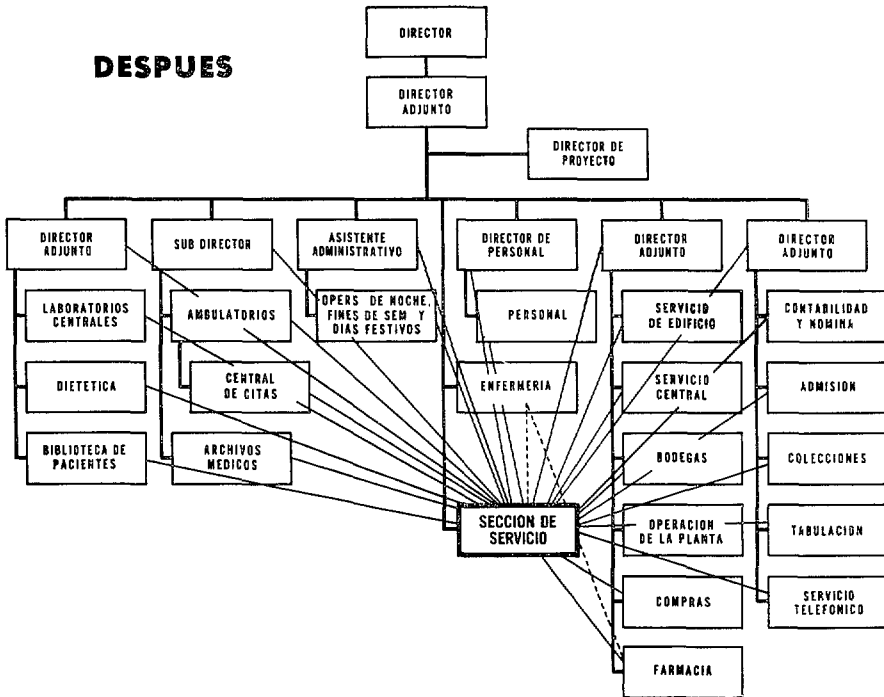
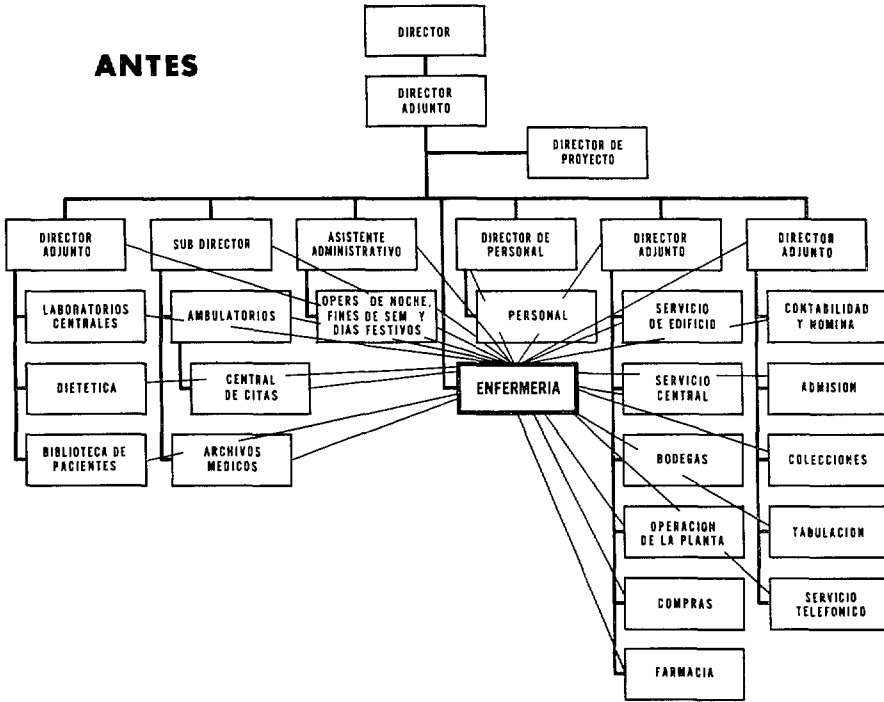
partió de que hubiese un solo supervisor que coordinase todos los servicios de piso facilitados por los servicios centrales, servicio del edificio (limpieza) y mantenimiento.

En la Figura 1 puede observarse que las zonas destinadas a los pacientes en el hospital principal están construidas con arreglo a una planta en forma de "doble Y". Dos salas de enfermos, de 50 camas cada una, forman cada uno de los pisos.

Se decidió crear una "unidad de servicios" que atendiera las 100 camas, dirigida por un supervisor que no fuera de la especialidad de enfermería y que tuviera a su cargo las auxiliares de oficina, sirvientas y mozos de hospital. A este grupo se le asignaría la función principal de 1) limpieza del local, 2) servicio de mensajeros y transporte de pacientes, y 3) trabajo general de oficina.

Se efectuaron revisiones importantes en

FIGURA 2 — Organograma*



* El gráfico "Antes" muestra la situación de la enfermera jefe de sala con su abrumadora función administrativa; el gráfico "Después", cuando la sección de servicios asume la mayor parte de las responsabilidades administrativas.

el sistema de comunicaciones a fin de poder contestar todas las llamadas telefónicas en la oficina de la unidad de servicios.

De esta forma, la auxiliar de oficina informaba a los pacientes, contestaba el teléfono, determinaba la fecha de consulta de los pacientes, despachaba el servicio de mensajeros del piso, se encargaba del ingreso, transferencia y alta de pacientes y demás labores de oficina similares, llenaba los formularios de los registros médicos, ayudaba en el pedido de suministros y otras necesidades de la unidad.

El puesto de enfermería retuvo una auxiliar de oficina de piso, entre cuyas funciones estaban la transcripción de órdenes y recetas del médico, la comprobación de existencias de productos farmacéuticos, el mantenimiento del registro de horas de entrada y salida del trabajo del personal de enfermería y otras tareas asignadas por la enfermera jefe.

Los planes de largo alcance relativos al departamento dietético comprendían el servicio de alimentación de los pacientes; así, pues, la consideración de la transferencia de esta función a la unidad de servicios fue suprimida al principio del análisis.

Para conseguir la deseada organización, se transfirieron seis puestos de plantilla (dos auxiliares de oficina y cuatro de enfermería) del servicio de enfermería; del mismo modo se transfirieron seis puestos y medio del servicio del edificio, y se añadieron dos puestos y medio.

No relacionada con la nueva organización, aunque de utilidad para el departamento de enfermería, fue la adición simultánea de servicios de oficina, desde las cinco de la tarde a medianoche, de lunes a viernes, ambos inclusive, así como en las horas diurnas durante el fin de semana.

El primer supervisor del servicio fue un joven procedente de las oficinas de administración. Para este puesto se fijó una escala de sueldos flexible, cuyo mínimo era inferior al sueldo inicial de una enfermera jefe y cuyo máximo equivalía al de ésta.

Es posible que el entusiasmo compartido por todos en el momento de discutir los planes por primera vez, decayera por las muchas objeciones suscitadas a medida que tales planes se fueron llevando a la práctica. El intento de transferir demasiadas funciones con demasiada rapidez puede haber sido un error.

Pero en el momento en que fueron analizadas cada función y tarea y definidos los propósitos y fines, las cosas empezaron a situarse en su lugar. Se empezó a descubrir que las personas, en vez de hacer objeciones, comenzaban a aportar ideas útiles al perfeccionamiento del programa. Por ejemplo, quedó sentado que la preparación de un paciente era función de la enfermera, y su transporte, de la unidad de servicios. Como garantía, se creó un formulario al respecto (Figura 1). Este lo llenaba, por duplicado, la auxiliar de oficina en el momento en que se pedía una consulta, y se enviaban copias del mismo a la enfermera y al encargado del transporte. La enfermera llenaba lo relativo al "medio de transporte" y la "asistencia requerida", y fijaba su copia a la cabecera de la cama.

De esta forma, el paciente sabía a dónde iba y cuándo. El encargado del transporte sabía a qué hora debía recoger al paciente y qué se necesitaba para hacerlo. En ausencia del paciente, la hoja a la cabecera de la cama decía dónde se hallaba.

El análisis tendiente a evaluar el funcionamiento de la auxiliar de oficina prosiguió, y se evidenció que ésta no era una "oficinista de enfermería" en absoluto. Lo que se necesitaba era una "auxiliar administrativa de oficina". Se descubrió que ésta podía ayudar al médico a preparar las órdenes de éste a la enfermera, y que dicha auxiliar no ayudaba a la enfermera. Por consiguiente, la supervisión de todas las auxiliares de oficina se transfirió al supervisor de servicios.

Mediante el análisis de métodos aplicados en procedimientos de ingeniería, se convirtieron en realidad muchas mejoras de las funciones de las auxiliares de oficina. Se

hizo una revisión importante del sistema de intercomunicación para evitar duplicaciones.

El archivo de registros médicos se reorganizó a fin de efectuarlo mientras los registros no eran utilizados por los médicos y enfermeras. Desde luego, a medida que esta reorganización fue progresando, se fueron estableciendo muy intrincadas relaciones.

La auxiliar de oficina desempeña una función importante de enlace entre el médico, la enfermera al cuidado del paciente, el supervisor de servicios, el paciente y el encargado del transporte de éste. En la Figura 1 se indican las vías de comunicación.

Hemos utilizado el grupo de enfermería del Hospital Clínico. En la misma figura puede observarse que la enfermera jefe queda al margen de la línea directa de comunicación, a menos que desempeñe también el puesto de jefe de grupo. Esto la libra de buena parte del trabajo de rutina y le permite ser, en pocas palabras, enfermera jefe en vez de mensajero, gerente y recadero.

Al asignar las actividades de transporte y limpieza a la unidad de servicios, las auxiliares de enfermería pueden dedicar ahora toda su jornada a ayudar a la enfermera en el cuidado del paciente. Antes de la reorganización, estaban encargadas de hacer tantas cosas para tanta gente que muy pocas veces disponían de más de dos horas al día para asistir a la enfermera en el cuidado directo de los pacientes.

El supervisor de servicios tiene asimismo a su cargo exclusivo el mantenimiento de los suministros y equipo necesarios para el cuidado de pacientes y el funcionamiento de la unidad. Según el sistema de cuota normal, algunos departamentos están directamente encargados de facilitar suministros, tales como productos farmacéuticos y ropa blanca.

En cuanto a otros suministros, el supervisor de servicios colabora en la preparación de listas de artículos destinados al almacenamiento en puntos designados dentro de la unidad, y en el establecimiento de las

normas que han de seguirse. Esto ha demostrado ser muy útil para familiarizarlo con el equipo y suministros que los doctores y enfermeras precisan para el cuidado de los pacientes.

Otra de las funciones habituales del supervisor de servicios es la de cooperar en el programa de orientación de la estudiante de enfermería, el interno, el estudiante de medicina y los nuevos miembros del personal. Esto comprende la familiarización del nuevo miembro con las funciones de la organización del servicio y de los métodos y medios de comunicación establecidos para facilitar dichas funciones, así como lo relativo a la naturaleza y situación del equipo y suministros mantenidos en la unidad, y el medio de procurarse otros cuando se necesitan. El supervisor de servicios está también encargado de establecer y aplicar normas y métodos administrativos.

Al principio fue difícil que las enfermeras reconocieran, aceptaran y recordaran que alguna otra persona estaba a cargo de las funciones de administración de la unidad. Se celebraron conferencias durante muchas horas entre el personal de enfermería y de la unidad de servicios, en las cuales se insistió con éxito, en las ventajas del sistema, que dejaba a las enfermeras en libertad para ofrecer mejor cuidado al paciente.

Desde luego, la unidad de servicios hubo de demostrar paso a paso su eficacia en cada uno de los aspectos de sus atribuciones. Una enfermera jefe deploraba que "ahora nadie me pide nada, salvo en lo que se refiere a cuidados de enfermería y órdenes del médico".

Cuando le preguntamos que deseaba que le pidieran, nos contestó: "Yo solía estar enterada de todo"—cuándo llegaba la ropa blanca, cuáles eran las existencias de material quirúrgico, etc.—pero ahora estas cosas ya no eran de su incumbencia. Se sentía "apartada de las cosas".

Desde el principio, la mayoría de las enfermeras jefe tuvieron una noción justa de los fines del programa. Las enfermeras

titulares, estudiantes, personal médico y auxiliares de oficina necesitaron más orientación acerca de los objetivos del programa. Por ejemplo, un grupo de estudiantes de último curso expresaron la idea de que la enfermera jefe es la persona que "sabe todo cuanto se relaciona con la unidad".

El nuevo programa ofrece ocasión de fijar una nueva imagen de la enfermera jefe: es la planificadora y experta en materia de cuidado del paciente. En realidad, el nuevo plan ha aclarado la administración de los servicios de enfermería, con la facultad actual de concentración en el cuidado directo del paciente, sin todas las desalentadoras funciones secundarias de antes.

Otro importante efecto del programa ha sido elevar la categoría de todo el personal. Cada individuo tiene ahora a su cargo un determinado repertorio de ocupaciones, así como la misión de hacer un trabajo. Y cada persona depende de su propio supervisor, en vez de estar sujeta a una múltiple supervisión.

El programa ha recibido el apoyo del personal médico. Las necesidades administrativas y de oficina están ahora a cargo de personas cuya función principal es satisfacerlas. La enfermera, libre de la supervisión de funciones auxiliares, dispone de más tiempo para trabajar con los médicos. También ha recibido el apoyo de todos los departamentos afines. La aportación de éstos pudo determinarse con facilidad dando a cada uno ocasión de tomar la iniciativa en lo relativo a mejoras.

El programa no hubiera logrado éxito—ni siquiera se hubiese iniciado—de no haber contado con el apoyo entusiasta de la administración. La unidad de servicios ha proporcionado a la administración valores directos. Contribuye a la práctica de la administración preventiva en lugar de la administración correctiva.

Hubo algún aumento inevitable de costos, pero resultó insignificante comparado con las ventajas demostradas diariamente. El objetivo original había consistido en reorganizar

sin aumentar los puestos de nómina. Para compensar el no haberlo conseguido aún, se tiene el aumento de productividad y—si bien no determinado con exactitud—el incremento muy manifiesto del tiempo que las enfermeras dedican al cuidado de pacientes.

Con todo el estímulo que esto representa, se ha elaborado ahora un plan minucioso para ampliar el concepto de unidad de servicios. La primera fase, que se encuentra ya a punto de terminar, comprende los servicios quirúrgicos y de medicina general y especialidades para pacientes internos. Esto representa cuatro pisos con 400 camas aproximadamente.

Las fases sucesivas comprenderán las salas de pediatría para pacientes internos, las zonas para pacientes internos privados y semiprivados, hospital de mujeres y unidades psiquiátricas.

Se trata de un programa continuo, y es mucho lo que queda por hacer para alcanzar los fines. Estos fueron calificados recientemente en un editorial de un periódico de Michigan como "la restauración de la profesión de enfermería a una posición de prestigio". Se espera, para otoño de 1964, haber terminado todas las fases de la reorganización.

Se considera digno de subrayar que la existencia de la organización de servicios en nuestro hospital no representa el fin de las mejoras del servicio de enfermería. Antes al contrario, la organización de servicios, al funcionar con eficacia, permite en la actualidad iniciar verdaderas mejoras en el cuidado de pacientes.

¿Quién puede ser un buen supervisor de servicios?

Cuando se estableció el departamento de servicios en el Hospital de la Universidad de Michigan, en Ann Arbor, una de las tareas más importantes fue encontrar supervisores que se hicieran cargo de las unidades de enfermería. No había precedentes en qué

fundar su elección ya que nunca había habido tal empleo en el mencionado hospital, y sus características y funciones tendrían que establecerse a medida que se fuera desarrollando el propio departamento de servicios. No se tenía idea acerca de antecedentes culturales, experiencia previa o conveniencia de que los supervisores procedieran del propio Hospital Clínico o de fuera del mismo. No se ignoraba que los supervisores habrían de ser adiestrados en lo relativo a su trabajo e interesaban las personas que ofreciesen garantía de larga permanencia en el puesto, habida cuenta de que sería preciso emplear mucho tiempo en capacitarlos antes de que resultaran verdaderamente útiles.

Sin duda, un supervisor ha de ser una persona apta para manejar gente, por lo cual se decidió buscar individuos que hubieran desempeñado puestos de supervisión o demostrado aptitud para estas funciones.

Otro requisito, y muy importante, era que los supervisores tuviesen buena presencia: ser amables y ecuanímenes, pues han de llevarse bien con personas de toda clase de temperamentos. Además, han de saber ganarse el respeto de las enfermeras jefe.

Se llegó a la conclusión de que los supervisores no necesitan genio creador, y que una característica valiosa es el ingenio para hacer frente con acierto a las distintas situaciones que se presentan. Han de ser capaces de actuar con rapidez e improvisar cuando la ocasión lo exija. Finalmente, la persona elegida para ejercer la supervisión ha de ser bien ordenada y concienzuda.

De los cuatro supervisores contratados para la primera fase de ejecución, tres son mujeres que habían estado empleadas en el hospital en diversos puestos durante varios años. Una era auxiliar de oficina de enfermería, otra supervisora del servicio del edificio y la tercera había trabajado en la oficina de administración del departamento de psicología infantil. El cuarto supervisor, un hombre joven, había sido enfermero de Sanidad de la Armada. Todos ellos habían terminado la enseñanza secundaria.

Un interesante e incidental detalle del asunto de la elección de supervisores, es que se tenía la impresión de que la experiencia adquirida por cada uno de los supervisores que habían trabajado en otros departamentos del hospital sería de alguna utilidad. Esto no ha resultado cierto. Si acaso, han tenido que olvidar todo lo que habían aprendido en sus empleos anteriores.

Le présent est fils du passé; et, sans lumière sur ce passé, sans doute apercevriez-vous moins nettement les conquêtes d'aujourd'hui et les promesses de demain.

Leon Bernard