

#2

Ejercicio de la conducción médica

Dr. Gerardo Bozovich / Genea Centro Médico
Dr. José Luis Leone / Clínica Bessone
Dr. Jorge Kritzer / Sanatorio Finochietto
Dr. Andrés Torn / Sanatorio Las Lomas y Clínica Angelus
Dr. Alejandro Ciano / Corporación Médica de San Martín

Por la Comisión de Dirección Médica
de la Asociación de Clínicas, Sanatorios
y Hospitales Privados de la República Argentina
(ADECRA)

Año 2013 / 2015

Introducción y objetivos

La Comisión de Dirección Médica de Adecra es un foro operativo de aspectos técnicos y académicos relacionados con la función, responsabilidades y competencias de quienes, por leyes, normas y organización institucional, tienen a cargo la función de conductor de una empresa de salud, con el fin de brindar servicios para su atención.

Formada hace casi una década como una iniciativa embrionaria de encuentros periódicos, fue en sus primeros años un espacio para un número pequeño y, a menudo, cambiante de Directores Médicos en busca de oportunidad de intercambio de problemas, experiencias e ideas. Tomó una dimensión mayor y una estructura organizada a partir de 2010, cuando se adoptó una agenda preestablecida de temas, seguimiento de lo tratado y una progresiva activación de evaluaciones y trabajo en conjunto, enriquecida y complementada por presentaciones de expertos en temas de interés común.

Esta evolución se aceleró con la instalación de las Jornadas Técnicas Anuales, iniciadas en 2013, bajo el formato de un retiro de día completo, articulado con presentaciones de expertos y mesas de debate y análisis de las encuestas previamente realizadas. Cada jornada tuvo un tema central, elegido por consenso de la Comisión. En su primera edición, fue la responsabilidad y alcances del cargo; en la segunda, las competencias y

desafíos para el conductor de área médica y, en 2015, el ejercicio de la función. El consenso de las primeras dos ediciones se plasmó en un artículo ya publicado (1), mientras que es objeto del presente trabajo el tema central analizado en la edición 2015 y las reuniones técnicas mensuales y extraordinarias: el ejercicio de la función cotidiana.

Perseguimos el fin de volcar en artículos de consenso el rico intercambio y experiencia de los Directores Médicos, con el fin de servir de marco de documento y consulta tanto a los conductores médicos como a los líderes empresarios, otras autoridades y a quienes aspiran o consideran la opción de embarcarse en la formación y tarea como líderes profesionales de empresas médicas.

Los objetivos de este artículo son: describir los aspectos centrales y tareas de la gestión cotidiana de la Dirección Médica, definir las prioridades, enunciar el problema de la crisis vocacional que afecta a los recursos profesionales para las áreas críticas y proponer opciones para enfrentar tal desafío.

El método empleado fue el registro de los consensos surgidos de las reuniones técnicas, de las encuestas realizadas y de las mesas de discusión de la Tercera Jornada Anual.

Principales áreas de acción en la gestión cotidiana

En el artículo anterior, elaborado por la Comisión de Directores Médicos de Adecra, enunciamos las competencias y funciones del responsable médico de la empresa privada. Entre ellas, ocupan un lugar preponderante las que atañen a la relación con los integrantes del equipo de salud y la función de referencia para tal cuerpo: la interlocución de pares, la praxis racional, la mediación en conflictos y la gestión del recurso humano.

Las tareas principales y la forma en que los Directores Médicos distribuyen su tiempo institucional han sido detalladas previamente (1). La industria de servicios médicos es altamente intensiva y extensiva en recur-

so humano, brinda servicios permanentes en centros con internación o en horarios extendidos en todos los casos, y basan su reputación en la calidad y resultados de sus planteles propios o asociados. El foco del presente documento apunta, entonces, a las áreas de gestión del capital humano profesional, que representa el mayor desafío y problemas para los Directores Médicos, según la encuesta 2015.

Hay consenso entre los Directores sobre que un aspecto singular de su tarea es que no puede ejercerse de manera exclusiva desde un ambiente de oficina. La recorrida de instalaciones, el contacto directo con el equipo de salud y los pacientes durante su atención, y

la observación directa del flujo de usuarios permiten tener una percepción irremplazable de los aspectos fuera de eje, prioridades de intervención y, aún, el registro de tono y estados de ánimo de los miembros del equipo de salud. Es, a la vez, una tradición apreciada por asistentes y asistidos, ya que refleja, desde una función diferente, el mantenimiento de una actividad central y tradicional de la medicina hospitalaria: la recorrida.

Es también una manera de asegurar la accesibilidad, eliminar barreras y crear o mantener cercanía con los equipos de trabajo, identificar las necesidades de las nuevas generaciones, brindar escucha, reconocimiento, contención y asegurar que los comportamientos promovidos estén alineados con los ejes estratégicos. Por tanto, es habitual y deseable que la primera tarea de gestión de la Dirección Médica en una jornada estándar sea una actividad que no requiera formación ejecutiva, sino que continúe el lazo primigenio con la medicina asistencial.

Esta actividad puede realizarse en un bloque o circuito establecido, dividida por áreas y jornadas, o directamente por sedes, en el caso de la función multisede. Como ya fue tratado en la publicación previa, es infrecuente que el Director Médico ejerza la medicina o la cirugía en la misma institución que conduce, pero naturalmente, en caso de hacerlo, cuenta con la ventaja de la experiencia directa de proveedor de servicios

a pacientes, con el desafío concomitante de mantener atención distributiva y no centrar sus prioridades en su especialidad o sector de ejercicio.

La recorrida de instalaciones emplea el 10% del tiempo del Director médico, según la encuesta de pares, y junto con otro 10%, dedicado a la discusión de casos de pacientes, constituyen las actividades más cercanas a la vida asistencial de la organización (1). Sin embargo, ese 20% de tiempo de cada jornada representa una fuente de información y alerta insustituible por otra herramienta de gestión.

El tiempo mayoritario de la conducción médica queda, entonces, comprendido por acciones de gestión comunes a la actividad empresarial de cualquier otro rubro, divisibles según las características de la actividad en dos grupos que damos en llamar “analíticas” o “proactivas” y “reactivas”. Las primeras incluyen las actividades organizadas, con horarios predeterminados, agenda de contenidos, planificación de inicio y fin, plasmables en reportes y a menudo transversales y de interacción con áreas empresarias y de gestión del centro médico. Las herramientas son, por lo general, adquiridas en cursos de gestión y/o maestrías en negocios, y abarcan el plan operativo adaptado a la misión y objetivos de la empresa, la definición del modelo médico, la evaluación de indicadores y el plan de crecimiento. (Tabla 1)

Tabla 1

Tipos de tareas de gestión del Director Médico

Tareas analíticas y proactivas	Tareas reactivas
Diseño de áreas y dotación	Atención de reclamos de pacientes
Definición del modelo médico	Mediación en conflictos interpersonales
Evaluación de desempeño médico	Asignación de prioridades ante fallas edilicias o de equipamiento
Estudio y seguimiento de indicadores hospitalarios	Respuesta a inspecciones
Propuesta de agregado o expansión de servicios	Respuesta de contingencia por ausentismo médico
Ideas y planes para modificar los problemas mayores recurrentes	Comunicación interna y externa en casos complejos o de exposición pública
Identificación de prioridades y selección de equipamiento	Detección y seguimiento de problemas médico-legales latentes o instalados
Reuniones y producción asociativa y colegiada	

Problemas recurrentes para la gestión y conflictos

El ejercicio metódico y ordenado de la función enfrenta, como obstáculos, los eventos encuadrados en las tareas reactivas, que no tienen día ni horario, y elementos de rozamiento repetitivos o de intensidad creciente, que los colocan en el foco de preocupación para la conducción médica. El gráfico 1 presenta las principales dificultades para la gestión del área, identificadas por los pares en la encuesta de la 3ra Jornada Anual, que llamaremos “problemas mayores recurrentes”.

Si bien buena parte de la destreza que se espera del Director Médico se centra en la mediación y modulación de intereses de jefaturas, es llamativo que los Directores Médicos no lo identifiquen como una preocupación. Es interpretable que, el hecho de tratarse de pares en la profesión y el mutuo conocimiento, haga, de este aspecto importante, un tema de ocupación pero no de preocupación, en el cual se imponga una inversión de tiempo desmesurada, bajo la confianza de tener las herramientas y experiencia para encauzarlo. Alternativamente, en algunos casos podría tratarse de barreras en cronicidad, que llevan, con el tiempo, a caer del umbral de prioridades.

Nos centraremos, entonces, en aquellas áreas identificadas en alta proporción como preocupantes.

En el vértice de frecuencia de problemas se encuentran la falta de capacitación en gestión de los responsables médicos de servicios y la escasez de recurso profesional en cuidados críticos.

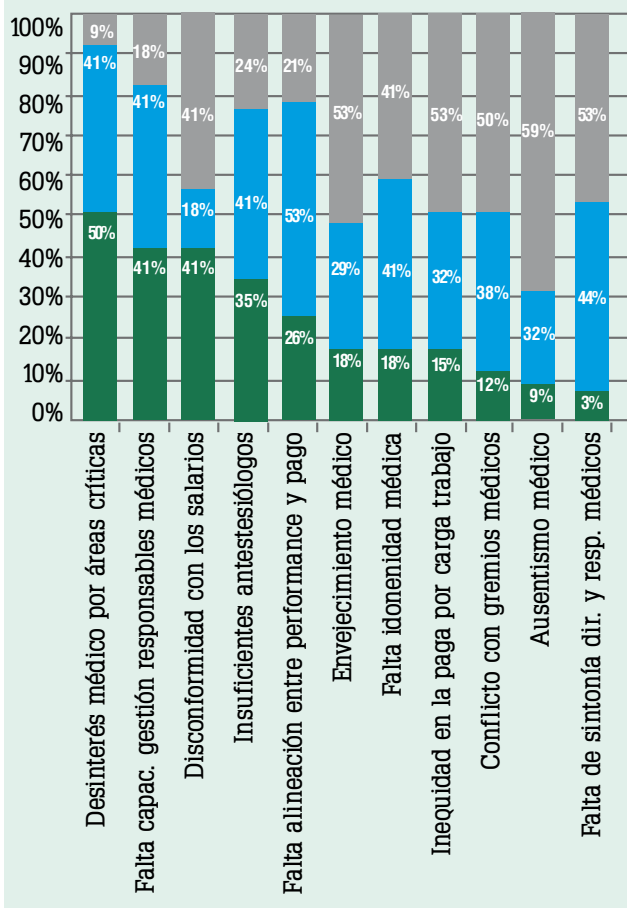
Como ya fue analizado en nuestro trabajo previo, es característica de las empresas de gestión privada la ausencia de un plan de carrera y formación para los conductores médicos, especialmente los mandos medios, recurso esencial en la traducción de la estrategia a la operación diaria. Si bien nos centramos en el Director Médico, nuestros datos de 2015 indican que un 90% de los jefes de servicio accede a la jerarquía como primer cargo de conducción, en casi todos los casos sin concurso o mecanismo formal protocolizado de selección. En parte, influye la estructura horizontal de muchas de las instituciones representadas, lo cual limita la posibilidad de ejercicio y experiencia graduales; con pocos cargos jerárquicos disponibles para los médicos, entonces, la oportunidad de jefatura es, a menudo, la primera y última en la escala ejecutiva de la empresa. La elección tradicional de médicos idóneos

Figura 1

Problemas mayores recurrentes en la gestión del recurso profesional

División subjetiva en importancia alta, mediana y baja.
Encuesta ADECRA 2015.

ALTA
MEDIA
BAJA



en su área y reconocidos por los pares y empresarios sigue siendo el conjunto de criterios de mayor peso en la elección, según los reportes de directores de 2015.

Si consideramos, en conjunto, la asignación de alta o media importancia de problemas para la gestión médica, el 91% de los pares encuestados consideró que la falta de interés de los médicos por las áreas críticas encuadra, convirtiéndose entonces en el principal pro-

blema para la gestión cotidiana de los centros médicos privados.

Como todo problema grave, es multicausal y su desarrollo antecede en larga data el nivel de alarma actual. Existen, en su génesis, variables demográficas, de oferta instalada y de acceso al seguro de salud, por un lado, y profesionales, por el otro. En nuestro país, la extensión de la expectativa de vida a casi 80 años para mujeres y 73 para hombres (2) conlleva una mayor supervivencia con morbilidad crónica y riesgo inherentes a la mayor edad. Por tanto, se incrementa la demanda de asistencia en terapia intensiva de adultos y, en respuesta a ella, se ha expandido la oferta de camas de cuidado crítico en el ámbito privado. En paralelo, a partir de 2002 y como parte de la paulatina recuperación del PBI y acceso al trabajo remunerado, la población con cobertura de la seguridad social se expandió de 13 millones a 18,5 millones en 2014 (3), con un significativo aumento también en la cobertura por prepaga. Es esperable, entonces, una mayor demanda de cuidados intensivos y camas, siguiendo tan significativo aumento de asegurados con acceso a los prestadores privados de salud.

Existe una limitación a lo dicho, por cuanto la sola expansión de población cubierta y la mayor expectativa de vida no explican por sí solos la carencia de recursos profesionales suficientes para las terapias intensivas pediátricas y neonatales. Es menester considerar, entonces, el peso que tienen los factores profesionales que se expresan en una verdadera crisis vocacional por las áreas críticas. El Colegio y la Sociedad de Terapia Intensiva han advertido una amenazante combinación de cobertura de la mitad de las vacantes de residencias en terapia intensiva y carestía de especialistas para las necesidades actuales, lo cual coincide con los registros de esta Comisión.

Entre los factores que influyen sobre la vocación y permanencia del valioso recurso profesional hemos identificado:

// LA RIGIDEZ DEL ESQUEMA LABORAL, CENTRADO TRADICIONALMENTE EN GUARDIAS DE 24 HS.

// LA FALTA DE OPORTUNIDAD DE CONVERSIÓN DE LAS TAREAS CON EL PASO DEL TIEMPO.

// LA INTERFERENCIA DE LAS DISCIPLINAS INTENSIVAS CON OTRAS ACTIVIDADES VITALES, FUNDAMENTALMENTE LA MATERNIDAD.

// LA DESPROPORCIÓN REMUNERATIVA FRENTE A OTRAS ESPECIALIDADES.

// FACTORES GENERACIONALES.

Identificamos que el esquema tradicional de médicos de guardia de 24 horas, a menudo con más de un turno por semana, está superado y no resulta atractivo para los médicos. Por una parte, por el desgaste físico y emocional de los turnos prolongados, a los cuales se ha apegado la medicina por demasiado tiempo, por otra, por no ser considerados parte del plantel estable del servicio, sino un núcleo de guardia separado, lo cual afecta negativamente el sentido de pertenencia. Este régimen tradicional va asociado a otro factor negativo, que es la escasa oportunidad de migrar a otras tareas dentro de la institución y vinculadas con la formación, sobre todo al acercarse o superarse el punto de saturación o fatiga por la guardia tradicional.

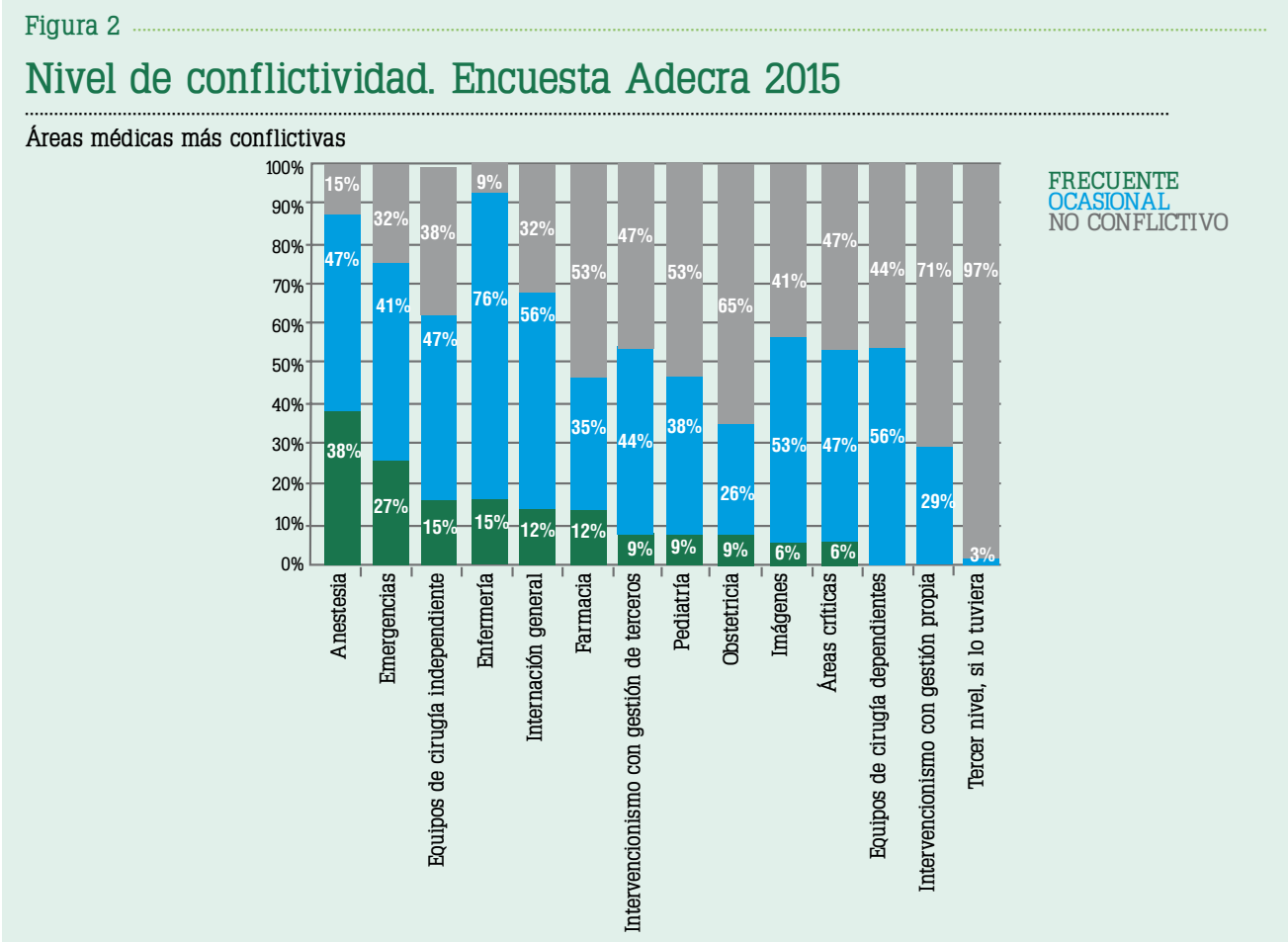
Al igual que todas las ramas de la medicina, las mujeres son mayoría, con cerca de un 60% de graduados en universidades públicas y privadas (4). A la hora del trabajo en terapia intensiva, los horarios corridos y la alta carga horaria hacen a la disciplina poco afín con planes de maternidad concomitantes, aunque no contamos con datos de ausentismo medidos por género.

La remuneración promedio ha sido, desde larga data, diferente por tipo de práctica profesional, pero se ha acentuado en los últimos años, no sólo por el ingreso comparativo de anestesiólogos, sino también de los especialistas en imágenes. Considerando tiempo de formación y tareas, el ingreso mensual ponderado de los intensivistas puede resultar menor que en otras disciplinas, sobre todo a quienes sólo tienen acceso a un modo de trabajo por guardias y, con ello, un tope físico a la cantidad de jornadas que se pueden cumplir con esta forma.

Resulta llamativo que la escasez de recursos en áreas críticas sea de manera asimétrica considerada de baja conflictividad, de modo que resulta claro que el problema no es la relación de trabajo sino el acceso y mantenimiento del recurso. En forma opuesta, Anestesiología fue indicada como el área más conflictiva para los Directores Médicos (figura 2). De la observación de conflictividad estimada, surge que el nivel de discrepancias no depende de la complejidad del área médica, ya que, por ejemplo, intervencionismo y cirugía a manos de equipos dependientes de la institución no registran o aparecen con escasa frecuencia con alto

grado. La falta de alineación de intereses, prioridades y heterogeneidad de aspiraciones y representatividad son factores que influyen en la frecuencia de los conflictos, cuya resolución requiere acciones más amplias

que la que compete a la dirección técnica, involucrando entonces a la conducción empresaria, sindicatos y estratos de gestión.



Finalmente, el factor generacional, que es objeto de estudio en los foros sociológicos y económicos y a los cuales no es ajena la profesión médica. La tabla 2 re-

sume los valores y características generacionales y sus implicaciones en el ejercicio de la medicina. (4,5)

Generación	Valores y características	Implicaciones en la medicina
Veteranos (nacidos en 1945 y antes)	Valoran la disciplina, la ley y el orden, junto con la confianza, el respeto y la lealtad. Incómodos con el cambio.	Médicos tradicionales que ven su profesión como una vocación constante e ininterrumpida. Hacen foco en el profesionalismo y el deber.
Baby Boomers (1946-1964)	Valoran el estatus laboral y su condición social. Asumen que su lugar de trabajo es de por vida, aunque más críticos, asertivos y demandantes que los veteranos.	Aunque similares a los médicos tradicionales en la superficie, otorgan más valor al estatus y a las recompensas tangibles.
Generación X (1965-1979)	Individualistas y escépticos respecto de la autoridad; otorgan menos valor a la lealtad corporativa y a los símbolos de estatus.	Ser médicos es sólo una parte de su identidad. Favorecen un estilo de vida balanceado y frecuentemente, cambian de empleadores.
Generación Y (1980-1994)	Valoran la tecnología, confortables con la diversidad étnica.	Prefieren la relación de dependencia, con horarios y responsabilidades limitados y bien definidos.
Generación Z o "millennials" (1995 en adelante)	Internet dependientes; valoran los recursos y buscadores online (Google) y los medios sociales como Twitter, Facebook y otros.	A determinarse.

Como ilustración, datos del Sanatorio Finochietto muestran que el 66% de los profesionales pertenecen a la generación Y y Z, otro 28% a la X, ocupando la mayoría mandos medios, y un 6% se encuadran como “baby boomers”, generalmente en la alta conducción. Esta realidad llama a estar atentos para conocer las necesidades y características de los “millennials” y adecuar las organizaciones formadoras y empleadoras, pensando en acciones innovadoras y motivadoras para estimular la vocación de los egresados y la retención y pertenencia en las instituciones asistenciales, con planes de carrera, adecuación de la actitud, modelo de liderazgo y la estructura. Es claro que las característi-

cas generacionales enunciadas desafían el modelo tradicional “24/7” de Cuidados Intensivos, es decir, de un modelo con presencia de especialistas durante las 24 horas, los siete días de la semana, verificándose lentamente una tendencia a la instalación de un modelo de “baja intensidad”, con especialistas sólo en horarios diurnos.

Hacia un modelo de trabajo por competencias. Planificación para profesionales de áreas críticas

Existen elementos en común que enlazan los principales problemas en la gestión cotidiana identificados: el poco interés médico por las áreas críticas, insuficiente disponibilidad de anestesiólogos, disconformidad con el salario, inadecuada relación entre performance y remuneración y envejecimiento profesional (figura 1).

En primer lugar, es prioritaria la medición de los recursos necesarios por especialidad y por región, que debe, a su vez, acoplarse con el estímulo y los instrumentos para captar y capacitar tales recursos. Es evidente que estas definiciones escapan al alcance de este grupo de trabajo y son de competencia de las autoridades de Salud, los programas de posgrado y los certificantes de competencias. Desde nuestra función, toca ejercer el derecho y deber de peticionar, hacer énfasis ante las autoridades de aplicación y poner todos los datos técnicos a disposición, fomentando el desarrollo de programas de entrenamiento y carrera, cuando las capacidades de las instituciones participantes lo permitan.

A diferencia de los datos existentes en otras disciplinas, entendemos como prioritario que la autoridad de aplicación mida la cantidad, distribución y necesidad de anestesiólogos, no sólo por número de pacientes o distrito, sino también por tipo de complejidad que atienden. Es conocida la diferencia remunerativa entre anestesia y otras especialidades, pero es, para la cobertura de necesidades, importante que se evite el sesgo intra especialidad que tienda a favorecer las prácticas de baja complejidad y desaliente la elección y cobertura de alta complejidad quirúrgica y trasplantes. La medición propuesta es imprescindible para establecer y aplicar las necesidades formativas diferenciadas.

Un plan de carrera para instituciones privadas orientado a las actividades médicas troncales para los servicios de internación tiene una utilidad y futuro cercanos, comprendiendo Emergencias, Internación General y Terapia Intensiva Neonatal, Pediátrica y de Adultos. Es claro que las necesidades y modos de contratación difieren, conforme los centros sean de sistema abierto o mixto, y sean o no escuela, pero se ha vuelto común denominador que las áreas enumeradas antes sean de plantel con reporte directo a la institución y, en proporción alta, con relación laboral de dependencia. Por tanto, adoptando en parte o en todo para las especialidades de paciente crítico, podemos concebir los siguientes elementos de planificación para profesionales hoy escasos:

// UN DISEÑO DE PLANTA MÉDICA sin separación de un plantel exclusivo de guardia, con horarios matutinos y vespertinos fijos, incluyendo sábados matutinos, un turno nocturno semanal con descanso compensatorio de servicio y rotaciones para los restantes horarios de sábado, domingo y feriados.

// DISPONIBILIDAD PASIVA al llamado de los recursos experimentados en los centros con programas de entrenamiento, sumados a herramientas tecnológicas de telediagnóstico.

// LA PUBLICACIÓN Y ACUERDO al inicio del contrato de trabajo del modo y periodicidad de evaluación de desempeño y, vinculada con estas, la política de recompensas y estímulos, tanto monetarios como no, en forma, estos últimos, de apoyo para formación, investigación y congresos.

// **DESARROLLO EN PARALELO**, y como parte de la carrera, de áreas de trabajo multidisciplinarias para cuidados especializados, a los cuales los profesionales dediquen un 20% de su tiempo en la etapa inicial de su carrera, con la opción acordada de incremento progresivo con el paso de los años y con puntajes de desempeño acordes.

// **REVISIÓN DE LA ESCALA REMUNERATIVA** de los profesionales para compensar con proporcionalidad a dedicación y función en la matriz institucional.

// **UN PLAN DE ADECUADA COMUNICACIÓN Y TRANSICIÓN** para los ya activos, contemplando el derecho de los profesionales a no innovar su régimen existente, lo cual, claro está, generaría una cierta dualidad de modos de trabajo singular para cada organización.

// **LA DISTRIBUCIÓN DE TAREAS** en el equipo de salud. Parte de un ambiente de menor exigencia y carga para los intensivistas es posible por la asignación de tareas a profesiones que las tienen o la pueden adquirir, modo de trabajo ya aplicado en otros países y, en forma parcial, en el nuestro. Esto incluye la competencia de kinesiólogos especializados para el manejo de ventilación mecánica invasiva y no invasiva, destete y rehabilitación respiratorias, de técnicos especializados en alimentación enteral para el manejo de sondas y bombas de infusión continuas y, en especial, de enfermeras con grados universitarios que se encuentran ya en evolución hacia las especialidades, lo cual deberá tener correlato con la idoneidad y toma de responsabilidades.

Este análisis y propuestas es un punto de partida para una tarea en marcha. El tema será objeto de tratamiento y debate en el próximo Congreso de Adecra, y tenemos como meta que surja, de su avance, un plan técnico y recomendaciones ampliadas para revertir la crisis de recursos profesionales en las áreas de cuidado crítico.

administrativos es insuficiente para este fin, y es un error basar la integración de la óptica médica en la conversión de algunos médicos en administradores alejados de la asistencia de pacientes. Tampoco es acorde a la empresa médica insistir con liderazgos basados únicamente en destrezas médicas y prestigio, que debe ser actualizado a la identificación precoz de médicos con potencial e interés de liderazgo, en primer lugar, y el brindar formación en gestión luego. Apunta este esquema a generar el nuevo modelo de conductor médico: idóneo en la práctica y comprensión de la salud, a la vez entrenado y afín con herramientas de gestión.

La formación de los líderes médicos

La reputación de un centro médico es el mayor capital a los ojos de los pacientes y se construye sobre una compleja red de prestigios individuales, competencias integradas, infraestructura, accesibilidad, seguridad y resultados. En la naturaleza de la práctica médica organizada, la búsqueda de destacarse en tales componentes requiere recuperar y actualizar la figura de los líderes médicos. Una modernización de estructuras en los cuadros



Conclusiones

El ejercicio de la Dirección Médica requiere una singular combinación de actividades derivadas directamente de la vida profesional, tales como la recorrida de servicios o el análisis de casos, combinados con el uso de herramientas de gestión comunes a varios tipos de empresa. Las actividades de gestión comprenden las analítico-proactivas y las reactivas. Una y otra se encuentran bajo influencia de problemas recurrentes de distinto grado, encabezados por la escasez de profesionales para áreas de cuidado crítico y la asimetría entre intensidad de tareas y remuneración.

Revisten carácter prioritario el diseño de planes y modelos de trabajo para las áreas de atención intensiva, para las cuales proponemos alternativas de división de horarios y tareas, integración transversal en equipos multidisciplinarios y estímulos tanto económicos como de integración a carrera y académico-formativos. Proponemos, además, la tarea de identificación y estímulo de líderes médicos para evitar que el acceso a las áreas de jefatura sea el debut en gestión para el médico.

Declaración de conflictos de interés: los autores no tienen conflictos declarados por compromisos comerciales, accionarios, de patentes o de otra índole, concomitantes a su función contratada como Directores Médicos.

Bibliografía

- 1) Bozovich G., Ciancio A., Torn A., et al por la Comisión de Dirección Médica de ADECRA. El Director médico de la empresa Médica Privada: Competencias, responsabilidades y desafíos. Revista de ADECRA 2015; (1): 1-15.
- 2) Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/countries/arg/es/>. Descargado 26 jul 2016.
- 3) www.indec.gov.ar/nuevaweb/cuadros. Descarga 26 jul 2016.
- 4) Pasqualini RQ. Feminización de la medicina. Medicina (Buenos Aires) 1994; 54: 466-468.
- 5) Leone JL, Bevilacqua C. Cambio de Paradigma. PROATI (Programa de Actualización en Terapia Intensiva) 2015; Vigésimo Ciclo, Módulo 1: 157- 165.
- 6) Bryan CS. Medical professionalism meets Generation X: a perfect storm? Tex Heart Inst J 2011; 38: 465-470.

Apéndice 1

Cuestionario sobre temas de Recursos Humanos - Jornada Dirección Médica 2015

III Jornada de Directores Médicos Dirección Médica: el ejercicio de la función Encuesta pre-jornadas

PARTE A – Gestión de Recursos Humanos

1) Principales problemas de Recursos Humanos que su gestión enfrenta. Por favor, asigne a cada ítem un valor.

1= Muy importante 2= Importancia media 3= Poco importante

Valor asignado

Desinterés de médicos en tareas de áreas críticas como Terapia Intensiva, Neonatología y Emergencias.....	
Falta de capacidad de gestión de los responsables médicos de servicios.....	
Conflictos con gremios médicos.....	
Ausentismo médico	
Inequidad en la paga por cargas y capacidades similares.....	
Envejecimiento del recurso médico.....	
Disconformidad con los salarios percibidos.....	
Falta de sintonía entre las prioridades fijadas por la Dirección y la de servicios médicos con gestión de terceros.....	
Baja calidad de servicios por insuficiente idoneidad médica.....	
Disponibilidad insuficiente de anestesiólogos.....	
Falta de alineación entre performance y pago.....	

2) ¿Cuáles son las áreas médicas más conflictivas? Por favor, numere así:

1= Conflictos frecuentes y/o repetitivos 2= Conflictos ocasionales o aislados 3= No conflictivo N/a= No aplica

Valor asignado

Equipos de cirugía independientes.....	
Equipos de cirugía dependientes.....	
Intervencionismo con gestión de terceros.....	
Intervencionismo con gestión propia.....	
Imágenes.....	
Anestesia.....	
Emergencias.....	
Áreas críticas.....	
Internación general.....	
Tercer nivel, si lo tuviera.....	
Enfermería.....	
Pediatría.....	
Obstetricia.....	
Farmacia.....	

3) Condiciones para la gestión de las jefaturas médicas. Por favor, indique los porcentajes sobre el total de jefaturas médicas.

	Porcentaje total	Porcentaje en los servicios propios
Tienen los responsables de los servicios alguna formación estructurada para la gestión (MBA, curso formal de Posgrado en Gestión > de 100 hs)		
Antes de ocupar la jefatura de servicio tuvo otro cargo o función de gestión		
Procede de los cuadros de la propia institución		
Accedió al cargo por medio de un concurso o una selección con condiciones, requisitos y modo de evaluación escritos en un procedimiento, sea o no de dominio público		
El cargo tiene algún vencimiento establecido, tal como edad o duración del mandato		
En la actualidad, ud. cree que el liderazgo de la jefatura contribuye a la captación y retención del recurso humano		

PARTE B – Gestión de Alta

4) Mencione, en orden de importancia, tres factores que atentan contra la gestión eficiente del alta. a..... b..... c.....

5) ¿Tiene en su institución un proceso de alta escrito? Sí ☐ NO ☐

6) ¿Cree que utilizar una herramienta de fecha alta probable (Home Ticket) es útil y factible en nuestro medio? Sí ☐ NO ☐

7) Mencione tres acciones que considere relevantes para aumentar el giro cama en su institución. a..... b..... c.....

Apéndice 2

Nómina de instituciones participantes de las Encuestas Adecra 2013-2015 y de las Jornadas técnicas de Dirección médica.

Institución	Director/es participantes
Asociación Española de Socorros Mutuos - Chubut	Gustavo Pussi
CALDEVIT Clínica Bessone	José Luis Leone
Casa Hospital San Juan de Dios	Ángel Vannelli, Héctor Santander y Omar Anzil
CEMIC	Aldo Vizcaino
Clínica Adventista de Belgrano	Jorge Echezzarraga
Clínica Angelus	Andrés Torn
Clínica Bazterrica	Alejandra Di Leo
Clínica Del Sol Cnel. Díaz	Daniel Espinosa
Clínica Espora	Julio Domínguez y Hugo Di Stefano
Clínica IMA	Rodolfo Toomey
Clínica La Esperanza	Daniel Giunta
Clínica La Pequeña Familia de Junín	Javier E. Pepa
Clínica La Sagrada Familia	Christian Van Gelderen
Clínica Modelo de Morón	Silvia Gago
Clínica Olivos	Pablo Dimitroff
Clínica Pergamino	Julio César Ramella y Diego Parra
Clínica Privada Italia - San Luis	Carlos Arce Samper y Ricardo Páez
Clínica San Camilo	José Battiston
Clínica Santa Isabel	Enrique D. Pérez
Clínica y Maternidad Suizo Argentina	Jorge Falcón
Fundación Favaloro	Gerardo Bozovich y Cristian Fuster
Halitus Instituto Médico	Agustín Pasquialini
Hospital Alemán	Heriberto Engel, Rodolfo Trietsch, Ricardo Durlach y Norberto Mezzadri
Hospital Británico	Ángel Yebara, Germán Suárez y Mario Schiter
Hospital Español de Mendoza	Walter Vázquez
Hospital Español y Hospital Italiano de La Plata	Daniel Sagastizabal
Hospital Italiano de Buenos Aires	Fernán González B. de Quirós y Juan Carlos Tejerizo
Hospital Privado Santa Clara de Asís - Salta	Víctor Manuel Elías
Hospital Universitario Austral	Eduardo Schnitzler, Marcelo Pellizzari y Fernando Iúdica
Instituto Alexander Fleming	Federico Andrés Colo y Marcos Drlje
Instituto Argentino de Diag. y Tratamiento	Alfredo Vidal
Instituto Cardiovascular de Buenos Aires	Alberto Alves de Lima
Instituto Médico de Alta Complejidad	Edgardo Zimmerman, Daniel Perez y Víctor Penchansky
Instituto Médico Modelo de Quilmes	Jorge Eduardo Laray
Instituto Otorrinolaringológico Dr. Aráuz	Eusebio Zabalúa y Andrés Blanco
Instituto Quirúrgico del Callao	Agustín Apesteguía
Sanatorio Allende - Córdoba	Mario Sorbera
Sanatorio Allende Cerro - Córdoba	René Vandersande
Sanatorio Anchorena	Pablo Desmery y Francisco Longo
Sanatorio Colegiales	María Cristina Lacunza
Sanatorio Corporación Médica de San Martín	Alejandro Ciancio
Sanatorio de la Providencia	Jorge Castagnino
Sanatorio de la Trinidad Palermo	Roberto Martingano y Roberto García Eleisequi
Sanatorio de los Arcos	Jorge Lantos
Sanatorio El Carmen - Salta	María Paula Herrera
Sanatorio Finochietto	Jorge Kritzer y Norberto Furfaro
Sanatorio Garay - Santa Fe	Emilio Moreno
Sanatorio Itoiz	Gonzalo Cortés y Gonzalo Ferrara
Sanatorio Las Lomas	Andrés Torn
Sanatorio Los Arroyos - Grupo Gamma - Santa Fe	Mario Marcato y David Polillo
Sanatorio Mater Dei	Roberto Dupuy de Lome y Marcelo Vega
Sanatorio Otamendi y Mirolí	Alberto Lambierto
Sanatorio Parque - Salta	Fernando Gallo Cornejo
Sanatorio Pasteur - Catamarca	Rubén Horacio Manzi
Sanatorio San Lucas	Pedro Lawson y Héctor Ballesterio
Sanatorio Trinidad Mitre	Rubén A. Illescas y Juan Carlos Isola

Asesores expertos de la Comisión

Sanatorio Finochietto
ProMediar
Grupo Omint - División Clínicas

Julio Ravioli
Enrique Pereira
Horacio Rivera

Adecra

Adecra > Montevideo 451 Piso 10º - (C1019ABI) (C.A.B.A.)
Tel: (54 11) 4374-2526 Fax: (54 11) 4375-2070
www.adecra.org.ar - info@adecra.org.ar