

Especialización en Sistemas de Salud y Seguridad Social

Trabajo Final Integrador

Autora: Graciela Hebe Lunazzi

ANALISIS DE LA CALIDAD DE LA ESTRUCTURA Y PROCESO DE FUNCIONAMIENTO DEL LABORATORIO DE EMERGENCIA DEL HOSPITAL MUNICIPAL DE MORON OSTACIANA V. DE LAVIGNOLE

2004

Citar como: Lunazzi, G. H. (2004). Analisis de la calidad de la estructura y proceso de funcionamiento del laboratorio de emergencia del hospital municipal de Moron Ostaciana V. de Lavignole. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Página
1. Índice	2
2. Introducción	3
I - Comentarios Generales	
a) Partido de Morón: Ubicación - Características demográficas.	3
b) Hospital Municipal de Morón: Ubicación-Complejidad- Financiación - Indicadores hospitalarios.	4
c) Emergencias en el Hospital de Morón.	5
d) Laboratorio Central del Hospital de Morón.	5
e) Laboratorio de Emergencias del Hospital de Morón.	5
II - Formulación del problema. Objetivo General y Objetivos específicos	7
III - Marco teórico conceptual	
a) Organización de un laboratorio	8
b) Calidad según Avedis – Donavedian	9
c) Auditoria bioquímica	11
d) Evaluación de la estructura	12
e) Evaluación del proceso	15
f) Evaluación del resultado	23
3. Desarrollo	
a) Metodología – Tipo de estudio	24
b) Operacionalización de las variables	24
c) Variable teórica Estructura (c): Dimensiones, Subdimensiones e indicadores	24
d) Variable teórica Proceso (d): Dimensiones, Subdimensiones e indicadores	26
4. Selección de estrategias de mejoramiento – Análisis DOFA	36
5. Elaboración Matriz DOFA – Laboratorio de Emergencias	38
6. Conclusión	40
7. Anexos: Anexo 1- Tablas y Figuras/ Anexo 2 - Generalidades	41
8. Bibliografía	54

2. INTRODUCCIÓN

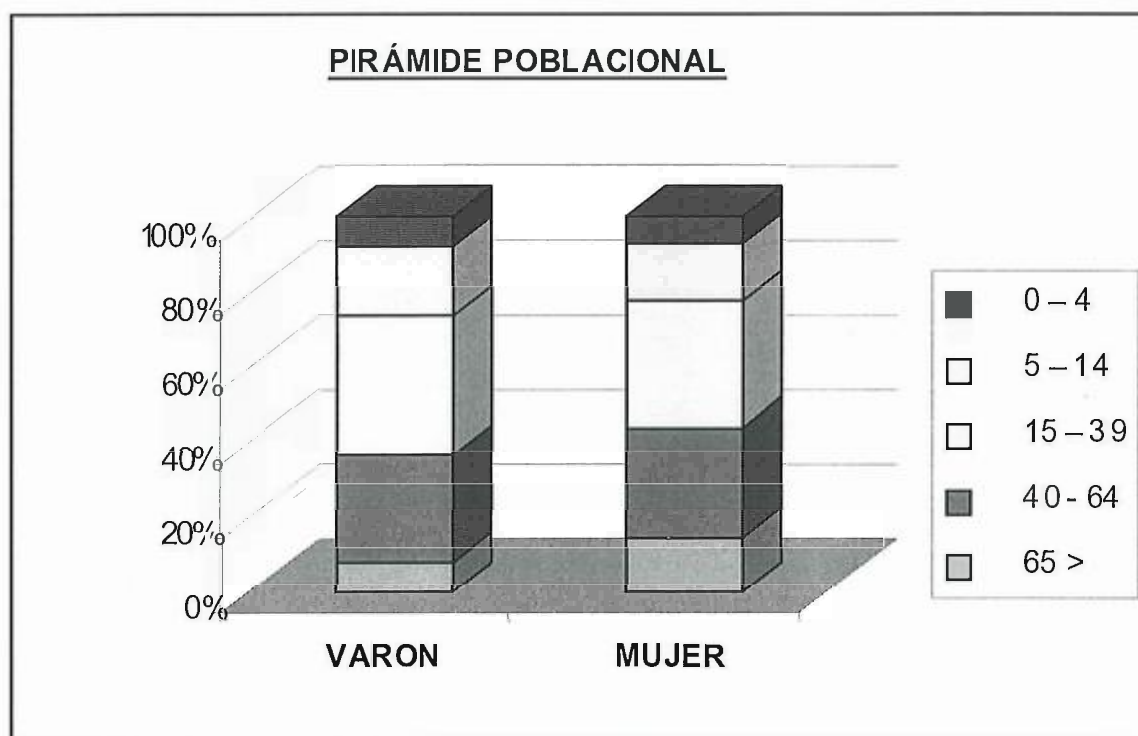
I - Comentarios Generales

a) Partido de Morón: Ubicación

El Partido de Morón se encuentra ubicado en la zona oeste del conurbano bonaerense limitado con los partidos de 3 de Febrero, Hurlingham, Ituzaingó, Merlo y La Matanza. Tiene una superficie de 55,6 km². Su densidad de población es de 5.948 habitantes por km².

Características demográficas

De acuerdo a datos aportados por el Censo Nacional de la población y la vivienda (1991) la población total de Morón asciende a 332.394 habitantes, distribuidos en cinco localidades a saber: Castelar 106.800, El Palomar 66.200, Haedo 41451, Morón 97.970, Villa Sarmiento 19.969



Datos suministrados por el Censo Nacional de Población y Vivienda (1991)

b) Hospital Municipal de Morón - Ubicación - Complejidad - Financiación - Indicadores hospitalarios.

El Hospital Municipal de Morón "Ostaciona V. De Lavignole" se encuentra ubicado entre las calles Alvarado y Córdoba del municipio de Morón. El predio fue donado por la Sra. Ostaciana V. De Lavignole. Esta dependencia municipal, cuenta con las especialidades básicas: clínica médica, cirugía general, pediatría, toco ginecología, salas de terapia intensiva de adultos y neonatal, servicio de radiología, hemoterapia, anatomía patológica y laboratorio de análisis clínicos. Corresponde a un nivel de complejidad VI.

El Hospital de Morón cuenta con un organigrama el cual refleja la estructura formal de la organización, permitiendo configurar la misma dentro de la forma divisional, de acuerdo a lo expuesto por Henry Mintzberg en su libro "Diseño de las Organizaciones Eficientes" de. (Anexo I)

➤ FINANCIACIÓN:

Esta dependencia se financia con recursos municipales (administración centralizada). De las partidas presupuestarias asignadas a la Secretaría de Salud, el 75% de las mismas son destinadas al Hospital Municipal de Morón. Para recuperar costos sobre la atención a pacientes que tienen obra social, el Hospital cuenta con un Sistema de Atención Médico Organizado (S.A.M.O - Ley 8801), cuya gestión no ha sido tercerizada, y que consiste en la facturación a las obras sociales de las prestaciones, la que es enviada posteriormente al municipio quien se encarga de gestionar la cobranza y la respectiva devolución de los beneficios al hospital.

En la actualidad el recupero de costos por este sistema es mínimo.

➤ INDICADORES HOSPITALARIOS: (ANEXO TABLA I)

- Total de camas 183

➤ PORCENTUAL DE EGRESOS TOTALES AÑO 2003: (ANEXO TABLA II)

- 5,7% Clínica médica
- 8,4% Cirugía
- 39% Tocoginecología
- 45% Pediatría
- 1,9% Otros servicios

➤ CONSULTAS EXTERNAS EFECTUADAS DURANTE EL AÑO 2003: (ANEXO TABLA III)

- Clínica médica: 38.020 consultas
- Tocoginecología: 29.000 consultas
- Pediatría: 26.600 consultas

- Cirugía: 14.700 consultas

➤ CONSULTAS EFECTUADAS EN GUARDIA DURANTE EL AÑO 2003: (ANEXO TABLA III)

- Guardia General: 46.788 consultas
- Guardia pediatría: 37.846 consultas
- Guardia de Tocoginecología: 13.744 consultas

La mayoría de las consultas del Hospital de Morón son de emergencia, con lo cual podemos decir que es un sistema dirigido por la emergencia, con pocas cirugías programadas. En general las consultas externas son de orientación materno-infantil.

El área de influencia de la prestación del servicio hospitalario es de diez cuadras a la redonda, sin embargo conforme a los datos suministrados por el Departamento de Estadística del Hospital de Morón -entre enero y agosto de 2000-, la población del partido Morón que recibió atención del Hospital fue del 40%; la población de municipios vecinos (La Matanza, Hurlingham, 3 de Febrero, Ituzaingó) del 55% y otros del 5%.

c) Emergencias en el Hospital de Morón.

El Hospital de Morón cuenta con una guardia general de emergencias -a cargo de un Jefe Médico- que presta los siguientes servicios detallados a continuación:

- ✓ Guardia de Clínica Médica
- ✓ Guardia de pediatría
- ✓ Guardia de maternidad
- ✓ Guardia de neonatología
- ✓ Guardia de hemoterapia
- ✓ Guardia de Radiología
- ✓ Guardia de Laboratorio

d) Laboratorio Central del Hospital de Morón.

El Hospital cuenta con un laboratorio central integrado por profesionales y técnicos con régimen horario de 24 y 36 horas semanales, prestando atención al público de lunes a viernes de 7 a 15 hs.

e) Laboratorio de Emergencias del Hospital de Morón.

El laboratorio de emergencias está cubierto por dos bioquímicos en cada guardia de 24 horas, y con un plantel de catorce bioquímicos que a su vez completan las 36 horas en el laboratorio central de planta. En el laboratorio de emergencia se observa un aumento de requerimientos en las tareas del personal, provocando riesgos en la calidad de la prestación de los servicios.

Esta situación se puede originar por:

- La posible variación en la demanda,
- La ausencia de comunicación informatizada,
- La limitada automatización,
- El aumento de las tareas administrativas,
- El Escaso control de calidad,

Por lo mencionado anteriormente, se presenta la necesidad de analizar la calidad de la estructura y el proceso de funcionamiento del laboratorio de emergencias, con el objeto de:

- Informar la realidad actual.
- Tratar de mejorar la calidad de la prestación bioquímica.
- Preservar y esclarecer la misión del laboratorio de emergencias en el hospital y sus recursos humanos.
- Analizar el funcionamiento del laboratorio de emergencias con el actual equipamiento y los recursos humanos existentes en relación a la producción que realizan.

Por ello en la presente monografía se evaluará:

- La estructura del laboratorio,
- El proceso de funcionamiento del laboratorio
- Los equipos existentes en el mismo,
- La tecnología aplicada,
- Los recursos humanos,
- La demanda,
- La población,

Para ello diferenciamos:

➤ Inconvenientes que tiene que ver con la estructura:

- Los recursos físicos
- El equipamiento
- Los recursos Humanos
- La distribución de funciones (organigrama)

➤ Inconvenientes que tienen que ver con el proceso:

- La producción que realiza el laboratorio
- La adecuación del recurso humano a la producción
- La calidad bioquímica
- La actividad de docencia e investigación

II - Formulación del Problema

Como mencionamos anteriormente es necesario analizar la calidad de la estructura y proceso de funcionamiento del laboratorio de emergencia de Hospital Municipal de Morón.

➤ OBJETIVO GENERAL

- Estudiar la calidad de la estructura y proceso de funcionamiento del laboratorio de emergencia del Hospital Municipal de Morón.

➤ OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir la estructura del laboratorio de emergencia.
- Describir los procesos de laboratorio.
- Analizar la calidad de las practicas bioquímicas en laboratorio de emergencia, su eficiencia oportunidad y seguridad
- Analizar la satisfacción de los recursos humanos.

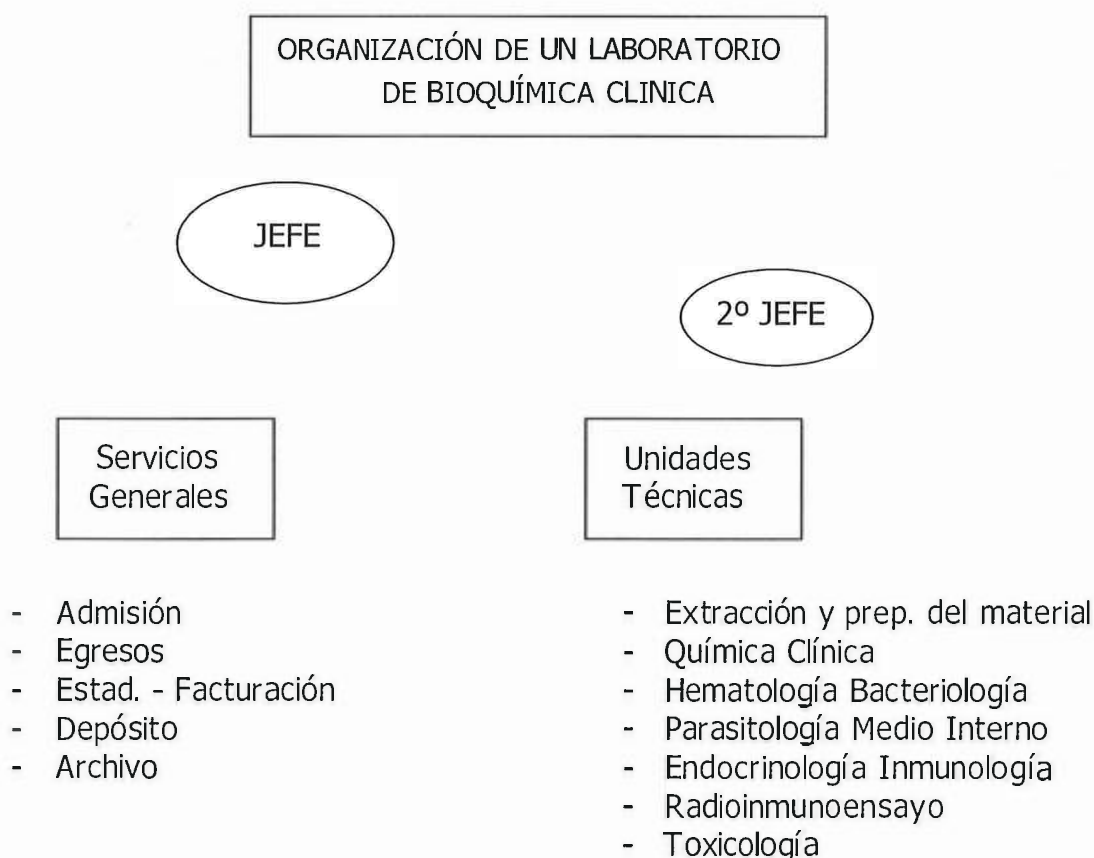
III - Marco Teórico Conceptual

a) Organización de un laboratorio

En líneas generales se puede considerar:

- Un laboratorio básico realiza análisis considerados de rutina en química clínica, hematología y microbiología.
- Un laboratorio general amplía su especto de actividades incorporando en el sector de química clínica análisis enzimáticos y de medio interno. En hematología se procesa una rutina básica en estudios de coagulación y en microbiología pruebas bioquímicas de identificación bacteriana de sensibilidad de los antibióticos y parasitología.
- En laboratorios de mayor complejidad las especialidades se agrupan en "unidades técnicas" que tienen diferentes categorías o jerarquías funcionales de acuerdo al nivel de complejidad de la institución en la que esta inserta en el laboratorio.

No obstante todos ellos tienen una estructura básica similar, a saber: un Jefe, un segundo Jefe, un área de servicios generales de injerencia administrativa, y el sector de extracción y preparación del material para la atención de los pacientes y las unidades técnicas que son de injerencia profesional



b) Calidad según Avelis - Donavedian

Según Avedis Donavedian, *"la garantía de calidad está compuesta por dos elementos"*:

- ✓ Diseño del sistema
- ✓ Monitoreo del desempeño

El diseño del sistema incluye desde las disposiciones que rige el reclutamiento, la educación, la expedición de licencia, la capacitación y la certificación.

Los mecanismos de seguridad implícitos se refuerzan con las provisiones adoptadas por organizaciones de salud, para organizar y seleccionar a los profesionales que se incorporan a estas organizaciones.

Las instituciones de salud están sujetas ellas mismas a procesos de regulación.

Las asociaciones de profesiones cuentan con estándares a través de los cuáles se especifica que: se considera un servicio, un programa, una instalación aceptable.

En algunos países existen comisiones para la acreditación que a cambio de una cuota visitan a los hospitales para determinar si cubrieron los estándares y así otorgarle una acreditación completa o provisional.

Para hacer determinaciones de desempeño más precisas, hace falta hablar de monitoreo, se quiere hablar en realidad de la garantía de calidad a través de la monitoría o la revisión, teniendo en cuenta que hay dos actividades implícitas:

- ✓ Evaluación de la calidad del desempeño.
- ✓ Toma de medidas para corregir las desviaciones en relación con los estándares de calidad

"Tanto en desempeño del sistema como la monitoría del desempeño son dos componentes inseparables y de apoyo mutuo de la garantía de calidad", Avedis Donavedian.

DEFINICIÓN DE CALIDAD:

Según Avedis Donavedian, *"el objetivo es alcanzar el grado de conservación, restauración y promoción de la salud que las ciencias de la salud permitan"*.

Una alternativa razonable es afirmar que la calidad consiste en alcanzar mayores beneficios en salud al menor costo, de manera que, teniendo en cuenta esta definición, la monitoría de la atención

tiene que tener en cuenta la verificación de la efectividad y la eficiencia.

La efectividad: se determina juzgando si la atención proporcionada va a producir los mayores beneficios posibles en la actualidad.

La efectividad máxima: se alcanza cuando se otorga la mejor de las atenciones útiles y se evita toda atención dañina.

La efectividad depende de:

- Los conocimientos
- Habilidades
- Calidad del equipo
- Disponibilidad de recursos

El límite superior de la efectividad está determinado por el estado en que se encuentra la ciencia y la tecnología médica disponible.

La eficiencia: depende de la comparación entre los costos de la atención y sus beneficios.

Para la evaluación del desempeño debemos tener en cuenta la evaluación de la "estructura", del "proceso", de los "resultados".

Estructura: tiene que ver con los atributos materiales y organizacionales relativamente estables de los sitios en los que se proporciona la atención.

Proceso: incluye todo lo realizado por los proveedores de atención por los pacientes. También la habilidad con que lo llevan a cabo.

El término Resultado hace referencia a lo que se obtiene para el paciente: satisfacción del paciente, etc.

De esta manera es posible contar con tres enfoques de evaluación. De acuerdo a Avedis Donavedian: *"Entre ellos existe una relación supuesta de manera que una buena estructura aumenta la posibilidad de un buen proceso, y, un buen proceso incrementa la posibilidad de un buen resultado."*

Por ello es que la evaluación de la calidad debe construirse sobre un cuerpo de conocimiento sobre las relaciones existentes entre estructura, proceso y resultado.

c) Auditoria Bioquímica

La función del laboratorio de bioquímica clínica consiste en la obtención de material biológico de los pacientes, su procesamiento y el análisis químico, físico químico, hematológico, microbiológico, inmunológico y toxicológico.

El médico puede utilizar los resultados obtenidos con fines de **"screening"** y diagnóstico comparándolos con valores de referencia poblacional y para el monitoreo de un tratamiento comparando los valores obtenidos en un individuo con sus resultados anteriores.

AUDITORIA BIOQUÍMICA - DEFINICIÓN

Es la evaluación del trabajo profesional mediante la comparación de normas, parámetros y estándares con los resultados de esa evaluación.

Etapas de las auditorias bioquímicas

- Elaboración de normas
- Relevamientos
- Análisis de la información
- Información de los resultados

Elaboración de normas:

Son confeccionadas por profesionales conocedores del tema quienes establecen por escrito las pautas de acción que dirigen la actividad, como mínimo debe considerarse:

- Aspectos de planificación y programación de las actividades de la auditoria, de acuerdo con los objetivos y medios disponibles de la institución.
- se debe definir un modelo teórico de referencia y elaborar una guía de evaluación, con los instructivos correspondientes.

Relevamientos:

Los datos del relevamiento se obtienen en el laboratorio pueden ser visitas programadas e incluso anunciadas previamente cuando se debe solicitar una determinada información.

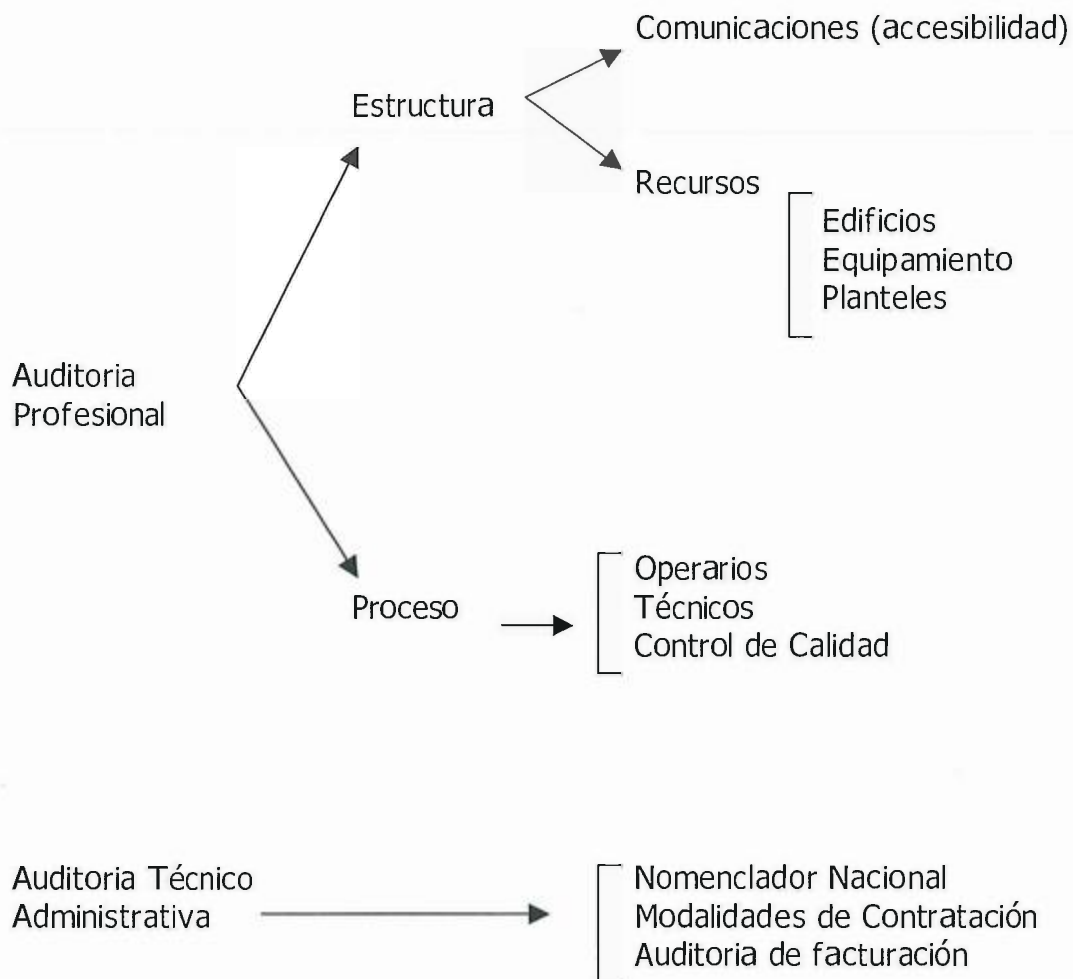
Análisis de la información:

Debe efectuarse un análisis minucioso de la información obtenida entrecruzando datos y aplicando criterios relacionados con el modelo teórico que sirve de referencia.

Información de resultados:

Este informe debe tener conclusiones objetivas, emitir un dictamen técnico y hacer recomendaciones.

AUDITORIA BIOQUÍMICA - TIPOS DE EVALUACIÓN



d) Evaluación de la Estructura

- Comunicación y accesibilidad:
 - Ubicación: Se recomienda que esté en planta baja o que tenga un máximo de 4 o 5 escalones para ingresar en la admisión, sala de espera y extracciones o que disponga de ascensor para plantas ubicadas en pisos superiores.
 - Medios de Transporte: En los centros urbanos de importancia es aconsejable que el laboratorio este ubicado a no más de dos cuadras de una línea de transporte y fuera del mismo se admitirá un máximo de cinco cuadras.
 - Líneas telefónicas indispensables

▪ Recursos Edilicios:

Los requisitos mínimos de un laboratorio son: una sala de recepción y espera con un mínimo de 10(diez) asientos; 1(un) box o consultorio de extracción de 3 o 4 metros cuadrados con 1,5 mts. De lado en una de sus paredes; 1(un) laboratorio general con una superficie de 12 metros cuadrados. La habilitación de un laboratorio de bacteriología necesita una superficie de 9 metros cuadrados y para el resto de las unidades técnicas se necesitan las siguientes superficies mínimas, química clínica 12 a 15 metros cuadrados; medio interno y gases 6 metros cuadrados; hematología 12 metros cuadrados e inmunología 9 metros cuadrados.

Los requisitos constructivos son: pisos lavables de mosaico, goma lisa o tipo flexiplast; paredes lavables o azulejos hasta 2(dos) metros de altura, con piletas de friso de azulejos de 1,5 mt. de altura, mesadas de trabajo a 1(un) metro del suelo, con un ancho de 0,65/0,70 mt. y una cubierta de pintura epoxi o fórmica.

La pileta debe tener desembocadura directa a la cloaca y de material anticorrosivo.

La iluminación general de 1 Kw. / metro cuadrado de superficie y luz directa sobre mesada con protección visual. El laboratorio debe tener un ambiente de 12 metros cuadrados para tareas administrativas y un depósito que varía según complejidad del laboratorio.

▪ Recursos Humanos

El laboratorio debe tener un Director Técnico, que es un profesional matriculado y habilitado con una experiencia mínima de 2(dos) años en un servicio asistencial oficial o privado. Debe tener un bioquímico auxiliar o 2º jefe para su reemplazo.

Para calcular y evaluar la cantidad de personal necesario en el laboratorio previamente hay que realizar una estimación de la demanda que tiene o tendrá el servicio, se pueden utilizar cálculos de estadística matemática que emplea gráficos de proyección sobre la demanda histórica y aplica factores de corrección como el análisis matemático de los promedios móviles; el de la atenuación exponencial, el análisis de regresión y el de los indicadores estacionarios.

Otro tipo de cálculos se puede realizar sobre la base de las estadísticas sanitarias, número de médicos y odontólogos que prescriben análisis, número de egresos y consulta por año.

Un indicador importante en estos cálculos es la unidad laboratorio; todos los análisis que figuran en el Nomenclador Nacional Bioquímico son factibles de ser encuadrados en una franja de análisis que se denomina factor de complejidad (**Fc.**) hay 10 Fc. de acuerdo al tiempo que

demanda un análisis, su complejidad y frecuencia de solicitud, por ejemplo Hematocrito **Fc. = 1**; Glucemia **Fc. = 2** Hepatograma **Fc. = 7**. En resumen, la unidad de laboratorio **UL** es una medida de la carga laboral del mismo y cualquier laboratorio puede calcular su producción multiplicando el número de análisis que realiza o las practicas por los factores de complejidad que se atribuyen a cada uno de ellos.

Por otra parte la Resolución 2.122/72 de la Provincia de Buenos Aires atribuye tiempos de labor partiendo de la modalidad operativo de consulta a varias actividades del Departamento de Diagnóstico y Tratamiento por ejemplo:

- Servicio de Radiología 1 Placa = 0,5 Consulta
- Servicio de Patología 1 Biopsia = 2 Consultas
- Servicio de Laboratorio 1 **UL** = 0,2 Consulta

Como la consulta tiene asignada por esa resolución un tiempo de 15 minutos a la **UL** se le asigna 3 minutos.

Estudios posteriores llevaron dicho valor a 2,5 minutos. Habiéndose elaborado una estimación de la demanda se puede establecer una proyección global de los recursos necesarios. Para ello puede utilizarse un objetable indicador estadístico que formula, que la cantidad de médicos y odontólogos que prescriben una orden de análisis dividido 10 es igual a la cantidad de bioquímicos necesarios.

Otro criterio es utilizar el concepto de hora bioquímico anual (**HBA**).

Un bioquímico que trabaja en relación de dependencia durante un año (365 días) tiene las siguientes mermas de productividad: 95 días por domingos, feriados y días de vacaciones, a los 270 días restantes se le puede atribuir una merma del 20% por diversos conceptos que en el medio hospitalario pueden ser ateneos, consulta, etc. pero que están especificados en la bibliografía de la **OIT** según el siguiente detalle:

- 6% por necesidades personales
- 5% por contingencias del trabajo
- 4% por fatiga básica
- 5% por refrigerio

Por lo que la merma de producción total implica 216 días / año de trabajo efectivo que equivalen a 13.000 minutos / **HBA** para aquel profesional que trabaja una hora por día durante un año. Si consideramos **UL = 2,5 minutos** un bioquímico que trabaja 216 días producirá **5.200 UL / HBA**.

Un laboratorio que tenga una producción anual de **520.000 UL** necesitará **100 HBA**. Si el profesional trabaja 6(seis) horas por día 100/60 necesitará 17(dieciséis) bioquímicos.

Para el resto del plantel del laboratorio se pueden estimar los siguientes coeficientes de carácter general:

- Personal técnico de laboratorio **HBAX 1**
- Personal auxiliar de laboratorio **HBA X 0,5**
- Personal Administrativo **HBAX 0,5**
- Personal de Limpieza **HBA X 0,4**

▪ Equipamiento

La ley Nacional 17.132 no establece ningún requerimiento puntual.

El Petitorio 122/75 da un listado de equipamiento para un laboratorio básico: microscopio, centrífuga, micro centrífuga, baño de agua, estufa de cultivo y secado, fotolorímetro o espectrofotómetro y heladera.

Para laboratorio de carácter general había que agregar electroforesis, fotómetro de llama para medio interno, un enzinómetro y autoclave.

Todo equipo adicional deberá adecuarse al tipo de análisis que se realice.

e) Evaluación de Proceso:

- Horario de atención al paciente: en días hábiles se requiere un mínimo de atención de 8(ocho) horas en sábados de 4(cuatro) horas.
- Turnos de extracción de muestra y tomas de materiales especiales: no se debe admitir mas de 24 horas como tiempo de espera para extracción de sangre y un mínimo de 2(dos) días por semana para extracción de tomas de muestras vaginales.
- Atención domiciliaria: registrar si el laboratorio realiza dicha atención en forma programada y para caso de urgencias.
- Plazo de entrega de informes: se admite un plazo de entrega de hasta 72(setenta y dos) horas para informe de rutinas, para informes con carácter de urgencia hasta 18(dieciocho) horas.
- Verificar la entrega del material descartable

PROCESO TÉCNICO

Debe verificar la existencia de:

- ✓ Planilla de ingreso de pacientes.
- ✓ Planilla de carga laboral por sector de trabajo y registro de resultados.

Carpeta de técnicas que especifiquen los métodos utilizados por el laboratorio.

Curva de calibración para algunos análisis como bilirrubina, y determinaciones de proteínas en líquidos.

Fecha de vencimiento de reactivos: este control debe ser estricto principalmente en reactivos biológicos de bajo consumo como pruebas de aglutinación serológicas

El laboratorio debe tener implementado un sistema de control de calidad interna y estar inscripto en un programa inter laboratorial.

En el laboratorio se aplican normas de bioseguridad para descartar el material utilizado en la extracción y el procesamiento de los materiales de los pacientes

COMPLEJIDAD DEL LABORATORIO

- ✓ Complejidad operativa: Depende del número de análisis que realiza el laboratorio sobre el número total de análisis nombrados, si el laboratorio hace menos del 20% del nombrador se lo define como de baja complejidad, del 20% al 50% es de complejidad intermedia y más del 50% o más de alta complejidad
- ✓ Complejidad tecnológica: Está definida por la índole y calidad de su equipamiento, como ser analizadores automáticos, etc.

CONTROL DE CALIDAD

"El control de calidad es al laboratorio lo que el termómetro es a la temperatura de un paciente" subjetivamente puede apreciarse que ambas están bien o mal, pero no puede cuantificarse en que medida, si no se tiene el instrumento adecuado de control. La **OMS** publicó tres recomendaciones referidas al Control de Calidad; estandarización de materiales diagnósticos y las unidades internacionales. Con relación al Control de Calidad dice: "en la actualidad se considera obligatorio un sistema de seguro de calidad interno en todos los laboratorios y además debe ser considerado como una responsabilidad ética hacia el paciente, para asegurarle un grado óptimo de confiabilidad en sus resultados. Con relación a los estudios Inter. laboratoriales en el ámbito nacional, es una responsabilidad primaria de las organizaciones profesionales y de las sociedades científicas; solamente si estas fallan en proporcionar un adecuado servicio las autoridades gubernamentales deben asumir esta responsabilidad.

Los procedimientos del laboratorio se desarrollan en tres etapas:

- Etapas pre analíticas: Se inicia con la recepción y/o extracción del material del paciente hasta que una alícuota o muestra del mismo ingresa en etapa analítica, los factores de

extracción, conservación y transporte de la muestra ser conocidos y estandarizados.

- Etapla analítica: Se inicia cuando la muestra ingresa al procedimiento de la medición y permite obtener un resultado; los factores de medición involucrados como ser la variación de temperatura y tiempo de incubación, las variaciones del control instrumental y de la dosificación del reactivo y la muestra y de los mecanismos electro-ópticos deben ser controlados. En esta fase se pueden generar dos tipos de errores: aleatorios o sistemáticos, o una mezcla de ambos. El laboratorio debe identificarlos y aplicar medidas correctivas para cada caso.
- Etapla post-analítica: Incluye aspectos de validación y control de congruencia de los resultados. Las interferencias ocurren en las dos primeras etapas, por ejemplo hemólisis, turbidez del plasma, etc.

Tipos de Control de Calidad:

Hay dos tipos de control de calidad:

- Interno: Es el que realiza cada laboratorio en forma individual.
- Externo. Interlaboratorial

Control de calidad Interno:

- Control de Calidad Interno de imprecisión: permite estudiar el error aleatorio de un método, se realiza mediante sucesivas valoraciones de un mismo analito en un suero control de un mismo lote de fabricación o elaboración; se deben acumular un mínimo de 22 a 25 resultados mensuales. La duración del lote de suero debe tener una duración no menor a 6(seis) meses para permitir evaluar y comparar estadísticas mensuales. En una distribución gaussiana, que permite calcular dos estimados: la media o promedio de esos resultados y el grado de dispersión a través de esa media o desviación estándar. El laboratorio diariamente procesa un suero control de forma ciega con un suero del paciente y el calibrador. El resultado del control se registra en el gráfico de SHEWHART en forma diaria se puede visualizar rápidamente si el resultado obtenido está dentro de los límites establecidos por el laboratorio. Por ejemplo si el laboratorio decidió establecer límites alrededor de la media en 25 y 35; si el resultado del control cae entre los límites X-25 el sistema está controlado y puede informarse el resto de los resultados, si el resultado control cae entre X-25 y X-35 es una señal de alarma; y si el control cae fuera de X-35 el control y la corrida es rechazada.
- Control interno de inexactitud: permite estudiar la desviación de un resultado con relación a su valor más probable.

Control de Calidad Externo:

A los efectos de convalidar el comportamiento del control de calidad interno y tender a unificar resultados y métodos los laboratorios deben participar en estudios Interlaboratoriales. La dirección de un programa de este tipo envía periódicamente un suero control; cada laboratorio remite sus resultados y un registro sobre los métodos y el equipamiento que utilizó; la dirección del programa devuelve a su vez un tratamiento estadístico en el que se evalúa el comportamiento de cada laboratorio y del conjunto teniendo en cuenta los métodos usados. Este sistema permite: a) dar una estimación válida de la inexactitud del laboratorio b) dar ubicación de un laboratorio con respecto al resto c) le permite al laboratorio tener una idea de la calidad del método que está utilizando, ya que en dichos programas se dan una información global de todos los resultados informados, y una información parcial del comportamiento de cada método.

Hay diferentes sistemas de evaluación estadístico, y en general se basan en asumir como válido el valor asignado del suero control por la dirección de un programa que recurrió a laboratorio de referencia para obtenerlos o simplemente se tomó como valor verdadero el valor promedio de todos los participantes que han informado sus resultados, descartando previamente aquellos resultados con errores que se han desviado mas de ± 35 de dicho promedio, con ello se realizan cálculos y diagramas de barras que permiten visualizar la ubicación de un laboratorio en particular.

Dicho control es indispensable para aquellos laboratorios que desean acreditarse ante diferentes instituciones.

EMPLEO DE LA COMPUTACIÓN EN EL LABORATORIO DE ANÁLISIS CLÍNICO ASISTENCIAL

Actualmente en el laboratorio, además de sistemas de información global, existen computadoras personales e instrumentos analíticos con micro-procesadores, que pueden cumplir diversas funciones, pudiendo intervenir en las distintas etapas del trabajo. Por ejemplo, en la tarea administrativa, se ingresan y registran solicitudes de análisis y datos de pacientes; se pueden emitir ticket para pacientes atendidos, etiquetas para los recipientes donde se colocan los materiales, la emisión del listado del trabajo ingresado, la confección de protocolos e informes, el manejo de stock y la compra de insumos; todo sistema que facilite su producción, validación, control, gestión, expresión, puede llegar a ser útil en el mejoramiento del servicio. Por ejemplo, al contribuir a disminuir el tiempo de retorno de los resultados, está agregando un valor a dicho resultado.

Cuanto más adecuado sea el sistema de computación que se disponga mas ayudará a aumentar la eficiencia del laboratorio, aunque no siempre se alcanza las metas propuestas.

No todos los problemas de un laboratorio se solucionan con la computación. Un laboratorio mal organizado y con una dirección ineficaz,

puede que con el uso de la computación se pongan mas en evidencia sus fallas que pueden ser por falta de calificación de sus recursos humanos o por fallas en la organización, lo prioritario es resolver estos problemas. También puede ser que sea un laboratorio de mediana complejidad y movimiento que carezca del cuerpo normativo indispensable para su eficiente funcionamiento técnico-administrativo.

COMENTARIO

Registro de la producción del Laboratorio institucional depurado en unidades de valorización relativa y procesada por medios computarizados

Autores: Dr. Mario Vernengo Lima; Dr. Osvaldo Gargiarena

Introducción:

Cuando en 1.973 los Dres. Emilio Etchegaray, Margarita Zelaya y colaboradores publican en la revista Acto Bioquímico Latino Americano 1.973 el trabajo de "Normatización, condiciones operativas y evaluación de los laboratorios de análisis clínicos de los servicios hospitalarios", marcaron un hito de fundamental importancia en el futuro de los laboratorios institucionales desde el punto de vista de la planificación, evaluación, el análisis de los planteles, los rendimientos. En dicho trabajo se enuncian 4(cuatro) criterios básicos que son considerados como los postulados de los Dres. Etchegaray; Zelaya y colaboradores, dichos postulados son:

Postulado Nº 1: Definición de las Unidades de Valoración Relativa (**UVR**) a través del factor de complejidad (**F**) por práctico.

Postulado Nº 2: Relación 10% de la cantidad de profesionales del laboratorio con respecto al total de los profesionales demandantes al laboratorio institucional.

Postulado Nº 3: Relación ½ entre profesionales y no profesionales.

Postulado Nº 4: La superficie estimada (15 metros cuadrados) necesario, disponible por cada profesional que se desempeña en el laboratorio.

El primer postulado que define la forma de homogeneizar la información referida a la producción del laboratorio, permitió posteriormente modificar el sistema de registro en los laboratorios hospitalarios de la Prov. de Buenos Aires a través de la planilla **101R**.

El listado de los factores de complejidad (**F**) utilizado corresponde al de las Unidades Honorario (**UH**) del Nomenclador Nacional.

En el Anexo I de la resolución 3135/80 se expresa entre otros conceptos que la utilización de este sistema de registro, más racional dado que se homogeniza la complejidad de las practicas a través de las Unidades de Valoración Relativa (**UVR**) permite:

- Calcular rendimientos, planteles, costos y utilización de insumos.
- Comparar la producción del laboratorio con el resto de las actividades intermedias y con las actividades finales en las distintas áreas del sector de salud
- Comparar y analizar la producción de distintas áreas de un mismo laboratorio y de distintos laboratorios(intro e Inter.-laboratorios).
- Obtener indicadores válidos aplicables a la planificación de la asignación y utilización de recursos.
- Uniformar las actividades del laboratorio dentro de los objetivos de dicho sistema de registro: servir como base para planificar la atención del laboratorio de salud, unificar el registro de la producción del laboratorio de análisis clínicos, poner normas para el registro de la producción , ofrecer información que permita revisar estudiar y evaluar la atención del laboratorio.

De la revisión de antecedentes previos surge que en 1.961 HAINLINE (1) define la unidad T.S.F.(tiempo, competencia, frecuencia).

Como la unidad utilizada para medir la cantidad de trabajo de un laboratorio considerando 3(tres) variables:

- Tiempo técnico (suma de tiempos = preparativos + ejecución + calculo)
- Frecuencia de cada práctica
- Capacitación del operador habitual.

En 1.963 se publica en Inglaterra (2) un informe que describe los sistemas de medidas de la producción del laboratorio:

- Basados en la medida de la demanda
- Sistemas basados en la medida del trabajo técnico asignado por práctica o por prescripción.

Dicho informe sostiene que el sistema de medida de la producción basado en la expresión de las practicas en unidades de valorización relativa (UVR). Constituye la mejor aproximación a la valorización del trabajo del laboratorio.

En el sistema referido el tiempo asignado a la unidad de medida es de 1 minuto y la escala de factores de conversión para las distintas prácticas varia de 0,5 a 40.

Debe destacarse que los tiempos de trabajo técnicos incluyen los utilizados en la fase de preparación y fueron tomados no considerando los tiempos muertos, observándose diferencias atribuibles a la metodología, a la distribución en la planta física y a la organización del trabajo según SAGAN Y KRAWCZNSKI (3) En 1968 se utilizó en Checoslovaquia un sistema de medida de la producción basado en los tiempos técnicos de ejecución, el grado de complejidad de la realización numero de practicas realizadas en serie y grado de automatización. La práctica se clasifican en 5(cinco) niveles valorizan la unidad utilizada en 6(seis) minutos.

En los hospitales que se encuentran en el ámbito de la Prov. de Buenos Aires se registra la producción de los laboratorios hospitalarios a través de la Planilla 101R (4) utilizando el respectivo listado de factores de complejidad.

Registrar las prácticas realizadas en la sección Guardia (Laboratorio de Emergencia) que trabaja las 24 horas, y en el mismo lo hacen diversas personas

(profesionales-auxiliares) la planilla se confecciona y se entrega diariamente al finalizar la guardia, este informe de la producción, sirve como registro de lo ocurrido. La incorporación de la computadora redujo notablemente los tiempos de realización de la estadística de laboratorio ayudando a elevar los niveles de eficiencia y efectividad en los servicios de salud.

RECURSOS HUMANOS

Vulnerabilidad y riesgo en la emergencia

Los profesionales de la salud sufren problemas serios sobre su salud física y mental como consecuencia del ejercicio de su trabajo. Un caso especial es el de quien se desempeña en emergencia.

El personal de salud no solo se enferma por virus, bacterias o huellas genéticas, la tarea de salud y su precariedad enferman.

Los profesionales de la salud encabezan la lista de las ocupaciones profesionales de mayor estrés laboral, ya que mantener una relación directa con los pacientes, es un factor ocupacional significativo que provoca consecuencias.

Innumerables estudios sobre el estrés, entre ellos una trabajo realizado por el personal del Hospital Álvarez, de donde se determinó la asociación entre las características del trabajo de equipos de salud (especialidad, gravedad de pacientes, antigüedad en el puesto de trabajo, estatuto jerárquico laboral, números de guardias y grado de participación en la docencia) y su relación con hábitos y las variables dependientes (satisfacción, estrés laboral y calidad de vida).

La labor institucional repercute sobre la salud física y mental con disminución de la eficacia del profesional.

Psicodinámica de trabajo

En la investigación y prevención del estrés ocupacional crónico del personal de salud, fenómeno que en Estados Unidos se denomina BURN-OUT o síndrome de desgaste psicológico en los profesionales que prestan "servicios humanos" que no tiene gratificación y reconocimiento, se asocia a mayores tasas de divorcios, suicidios, cambios de trabajo, abuso de alcohol y drogas, así como menores expectativas de vida provocando una importante repercusión a nivel Institucional y descenso de la eficacia asistencial (peor calidad de los servicios prestados, baja satisfacción de los pacientes).

En Europa se describe el "síndrome de Tomás", nombre derivado de la novela de Milán Kundera -La insoportable levedad del ser-, cuyo protagonista se denomina Tomás y lo define como una adaptación a la pérdida progresiva del idealismo, objetivos y energía en las personas que trabajan en tareas de ayuda humanitaria.

En España, Marañón destacó "el ambiente melancólico en que suele vivir el profesional de la salud", que lo impulsó a desarrollar otras actividades saludables compensatorias.

La mayor exposición al sufrimiento humano, por trabajar con personas enfermas, produce estrés interpersonal que disminuye los niveles de satisfacción laboral, a la vez que las experiencias de satisfacción laboral pueden neutralizar el estrés en el trabajo. La calidad de las relaciones interpersonales de los miembros de los equipos asistenciales (soporte social en el trabajo) va a mediar en la experiencia de satisfacción laboral y estrés ocupacional.

Existe un estado de estrés cuando los acontecimientos rebasan la capacidad de adaptación del individuo. El acontecimiento puede ser insignificante cuando se considera de manera objetiva, pero para cada individuo ese estrés se define subjetivamente y la respuesta a éste, depende de la personalidad y estructura fisiológica de cada persona.

Un individuo puede reaccionar al estrés con ansiedad o depresión, desarrollando un síntoma físico o retrayéndose, con ingestión de bebidas alcohólicas o comenzando una aventura amorosa o de otros innumerable modos.

Las respuestas subjetivas comunes son el temor (de repetición de acontecimientos que han inducido al estrés), la ira (por frustración), el sentimiento de culpabilidad (con relación a impulsos agresivos) y la vergüenza en cuanto su falta de capacidad.

El estrés agudo y reactivo se puede manifestar por inquietud, irritabilidad, fatiga, aumento en la reacción de asombro y sensación de tensión, incapacidad para la concentración, perturbación del sueño y preocupaciones somáticas que conduce frecuentemente a la automedicación, con mayor frecuencia con alcohol u otro depresivo del sistema nervioso central.

Patologías del equipo de salud

➤ Desmoralización/ Burn-Out:

Ocasionada por la tarea, los problemas económicos, la organización, descenso de rendimiento, las quejas contra todo, el agotamiento emocional y el pesimismo, los intentos de automedicación, la despersonalización, la pérdida de motivación y autoestima, la falta de logro profesional.

➤ Estrés:

Desencadenado por eventos vitales, se puede padecer angustia, miedo, sudor, ira, palpitaciones, extremidades frías, respiraciones aceleradas, síndrome de hiper ventilación, colon irritable, falta de memoria, menor rendimiento profesional.

➤ Síndrome de Alvear:

Es un síndrome de sufrimiento ocasionado por la tarea habitual. Este es parcial con sintomatología fluctuante, desencadenado por los acontecimientos traumáticos de la tarea de emergencia, a la cual se puede responder con mecanismos como disociación, evitación y el permanente estado de alerta desde el ingreso al hospital.

El paso a la acción, entrampada en diversidad de tareas simultáneas, no permite reflexionar- paso previo a la desesperanza-, siendo retroalimentado constantemente por la tarea en si misma.

Todas estas patologías presentan sintomatología en común, siendo esencial desarrollar estrategias para reducir los riesgos en el personal de salud.

f) Evaluación del Resultado

El término resultado hace referencia a lo que se obtiene para el paciente: satisfacción del mismo, encuesta de opinión de los usuarios, indicadores comparativos de las diferentes comunidades científicas a nivel hospitalario, indicadores epidemiológicos en la comunidad receptora, posibilidad de estudios cibernéticos, accesibilidad al servicio, calidad de la atención e información proporcionada.

De esta manera es posible contar con tres enfoques de evaluación de acuerdo a Avedis Donavedian ".....Entre ellos existe una relación supuesta de manera que una buena estructura aumenta la posibilidad de un buen proceso y un buen proceso incrementa la posibilidad de un buen resultado ...".

La información sobre de desempeño, independientemente de la manera en que se haya obtenido, pone en funcionamiento una cadena de actividades que tienen por objeto garantizar la calidad a través de la revisión constante de efectividad y eficiencia.

El patrón de deficiencias si se delinea de manera precisa, conduce a una búsqueda dirigida de las razones de las fallas observadas y conocer las razones constituye un paso necesario para la acción correctiva.

Tanto el método estructural como el del proceso son indirectos y por lo tanto no garantizan la calidad del servicio que el paciente reside. De acuerdo con el esquema del modelo de gestión integrado de la calidad a nivel operativo, es importante la observación de la calidad del servicio hospitalario, tal como lo recibe y lo percibe el paciente.

El análisis de los resultados que seria el único método de apreciación directo es el menos desarrollado tanto a nivel metodológico como práctico.

3. DESARROLLO

a) Metodología – Tipo de Estudio

El tipo de estudio a realizar es de carácter descriptivo.

b) Operacionalización de las variables

Se considerará como variables teóricas la **Estructura** (c) y el **Proceso** (d), describiendo para cada una de ellas, dimensiones, subdimensiones e indicadores utilizados para efectuar el estudio.

c) Variable Teórica: **Estructura** (c) - dimensiones, subdimensiones e indicadores

➤ Dimensión:

c) 1. Recursos Físicos

➤ Subdimensiones:

c) 1.1 Espacio cubierto

c) 1.2 Ubicación

c) 1.3 Mantenimiento

➤ Indicadores de las subdimensiones:

- Metros cuadrados ocupados.
- Distancia en metros del Laboratorio de Emergencia a los distintos servicios de guardia.
- Estado de paredes, pisos, mesadas, y baños.

➤ Dimensión:

c) 2. Equipamiento

➤ Subdimensiones:

c) 2.1 Antigüedad

c) 2.2 Mantenimiento

c) 2.3 Provisión de Insumos

➤ Indicadores de las Subdimensiones:

- Concepto de nuevo o viejo
- Preventivo-Correctivo
- Grado de oportunidad.

➤ Dimensión:

c) 3. Recursos Humanos

➤ Subdimensiones:

c) 3.1 Profesionales

c) 3.2 Administrativos

c) 3.3 Técnicos

➤ Indicadores de las Subdimensiones;

- Número de Profesionales
- Número de Administrativos
- Número de Técnicos

➤ Dimensión:

c) 4. Dotación

➤ Subdimensión:

c) 4.1 Organigrama

➤ Indicadores de la Subdimensión;

- Distribución de cargos y funciones

HERRAMIENTAS UTILIZADAS:

- ✓ Cálculo matemático
- ✓ Revisión documental
- ✓ Observación
- ✓ Revisión de registros

FUENTES:

- ✓ Secundaria: Planos, reglamentación vigente, registro de reparaciones, registro oficina de personal
- ✓ Primaria: Observación

d) Variable Teórica: **Proceso** (d) - dimensiones, subdimensiones e indicadores

➤ Dimensión:

d) 1. Producción

➤ Subdimensiones:

d) 1.1 Magnitud

d) 1.2 Origen del pedido

d) 1.3 Pertinencia

➤ Indicadores de las subdimensiones:

- Número de pacientes atendidos por guardia y por mes.
- Número de determinaciones mensuales
- Número de pedidos de pacientes internados.
- Número de pedidos de pacientes ambulatorios

➤ Dimensión:

d) 2. Adecuación del recurso humano a la producción

➤ Subdimensiones:

d) 2.1 Capacidad de respuesta

d) 2.2 Satisfacción de los recursos humanos

d) 2.3 Informatización del proceso

➤ Indicadores de las subdimensiones

- Presión Laboral Observada / Percibida
- Incentivo, motivación
- Rotación de personal
- Existencia o no de redes informatizadas
- Demora de entrega de resultados

➤ Dimensión:

d) 3. Calidad bioquímica

➤ Subdimensiones:

- d) 3.1 Control interno
- d) 3.2 Control externo
- d) 3.3 Normas y Manual de Procedimiento
- d) 3.4 Bioseguridad
- d) 3.5 Actividad de apoyo administrativo

➤ Indicadores de las subdimensiones

- Existencia o no de control Interno
- Existencia o no de control externo
- Existencia o no de Normas y Manual de Procedimiento, su aplicación
- Cumplimiento de Normas de Bioseguridad: uso de guantes, lavado de manos, descarte de materiales, condiciones de trabajo
- Instrucciones dadas a pacientes pertinentes y no pertinentes, estadísticas realizadas, confección de informes.

➤ Dimensión:

d) 4. Actividad docencia e investigación

➤ Subdimensión:

d) 4.1 Capacitación

➤ Indicadores de las subdimensión:

- Cursos realizados en los últimos 12 meses
- Cursos realizados entre dos y cinco años
- Especialización
- Post grados

HERRAMIENTAS UTILIZADAS:

- ✓ Revisión documental
- ✓ Cálculo matemático
- ✓ Entrevista a informante clave
- ✓ Observación
- ✓ Cuestionario a Recursos humanos

FUENTES:

Primarias:

- ✓ Recursos humanos
- ✓ Jefe de emergencia
- ✓ Libro de guardia de laboratorio

Secundarias:

- ✓ Normativas existentes
- ✓ Registro de oficina de emergencia
- ✓ Registro de laboratorio de emergencia

Estructura (c)

c) 1.1 Espacio cubierto

▪ Consta de área de extracciones	28,08 m2
▪ Administración	18,90 m2
▪ Química y serología	19,44 m2
▪ Hematología	12,15 m2
▪ Bacteriología	12,96 m2
▪ Orina y Parasitología	5,76 m2
▪ Despacho de jefatura	10,53 m2
▪ Baños pacientes	2,00 m2
▪ Emergencia	25,92 m2
▪ Habitación	6,00 m2
▪ Baño compartido	4,00 m2

c) 1.2 Ubicación

El laboratorio de emergencias se encuentra ubicado dentro del laboratorio central pero con conexión al exterior, por donde se reciben las muestras y se entregan al médico, enfermeros, familiar o paciente los resultados.

El laboratorio de emergencias está a una distancia de:

- ⇒ 55,80 m de la guardia de adultos
- ⇒ 37,80 m de terapia intensiva
- ⇒ 36,00 m de la guardia de pediatría
- ⇒ 40,00 m de guardia maternidad
- ⇒ 36,00 m de neonatología
- ⇒ 35,00 m de cirugía
- ⇒ 32,40 m de quirófano
- ⇒ 50,00 m de consultorios externos

Conexiones actuales entre los sectores:

- Cirugía, Guardia Central, Quirófano, Terapia Intensiva, Sectores de Planta Alta (Dirección – Personal – Administración – Estadística)
- Laboratorio, Hemoterapia
- Pediatría, maternidad, neonatología

Estas se encontraban hasta el año 2.000 desconectados o conectados por un gran patio descubierto, por lo que la circulación de pacientes ambulatorios e internados y personal de la salud, estaba a merced del clima. Actualmente se encuentra cerrado con techos y paredes, favoreciendo la circulación.

c) 1.3 Mantenimiento

En estos últimos años se observa a partir del cerramiento y techado del patio, una voluntad del mejoramiento del estado general del hospital y en menor escala dentro del servicio de laboratorio central y de emergencia, donde el mantenimiento es correctivo más que preventivo.

c) 2.1 Antigüedad

c) 2.2 Mantenimiento

Equipos del laboratorio de emergencia

Equipos	Cantidad	Modelo	Antigüedad Nuevo= 0 a 5 años Viejo=+ 5 años	Estado B: Bueno R: Regular M: Malo	Mantenimiento P: Preventivo C: Correctivo
Estado Ácido Base	1	ABL 300 Radiometer	V	R	C
Micro Centrífuga	1	Rolco CH 24	N	R	C
Macro Centrífuga	1	Rolco	V	R	C
Contador hematológico	1	Coulter 540	V	R	C
Aparato de ionograma	1	Tecnolab Módulo Flujo TM404	V	R	C
Baño termostático	1	Vickings SRL	V	R	C
Microscopio	1		V	R	C
Fotómetro automático	1	Prime	V	R	C
Espectrofotómetro UV visible	1	Wayers 7000	V	R	C
Heladera	1	Saccol	V	R	C

Hay aparatos que se comparten con el laboratorio central (centrífuga y baño termostático)

En ocasiones el contador hematológico Coulter 540 está fuera de servicio, por las siguientes causas:

- Falta de reactivos
- Falta de mantenimiento (1. por service / 2. falta de cuidado en los lavados del personal)

Esto trae como consecuencia que se recurra a la utilización del contador hematológico de planta, Cell Dym (aparato moderno que proporciona datos completos para hematología y de reactivos más costosos).

Tal situación desata múltiples polémicas y acaloradas discusiones entre la "eterna" puja de planta y guardia, donde se manifiestan inquietudes reales y sensatas pero que responden a distintas necesidades e intereses.

c) 2.3 Provisión de insumos

Se realiza por licitación según presupuesto anual. La entrega se va realizando según necesidad.

c) 3.1 Profesionales

El laboratorio central está dotado de cuatro bioquímicos de planta:

- ⇒ Un Jefe bioquímico
- ⇒ Un Subjefe bioquímico
- ⇒ Un bioquímico en el sector de bacteriología
- ⇒ Un bioquímico en el sector de química.

El resto de la tarea del laboratorio central es completada por los bioquímicos que realizan guardias de 24 horas y tienen nombramientos de 36 horas. Las 12 horas que restan de las 36 horas son repartidas en tres días de cuatro horas, asignadas en los siguientes sectores:

- química
- serología
- hematología
- orinas
- parasitología
- bacterias

Personal profesional de guardia:

Compuesta por catorce bioquímicos:

- ⇒ Trece bioquímicos de 36 horas
- ⇒ Un bioquímico de 24 horas (*)

(*) el cual quedó sin recuperar las 12 horas, sacadas a muchos profesionales del hospital y que además incluyó muchos despidos masivos y posterior reincorporación -tras gestión mediada- en el mandato del antiguo Intendente de Morón, Juan Carlos Rousselot).

c) 3.2 Personal Administrativo

Compuesto por tres administrativos que atienden al público suministrando información, turnos, resultados y recepcionando muestras, con un horario de 7 a 15 de lunes a viernes.

c) 3.3 Personal Técnico

Compuesto por cuatro técnicos:

- ⇒ Tres técnicos realizan tareas de extracción en las primeras horas (toma de muestra y separación). Luego están asignados a la sección de Química, Bacteriología y Hematología.
- ⇒ Un técnico turno tarde, completa las tareas de química, serología y orina.

c) 4.1 Organigrama

- Un jefe con antigüedad en el cargo (8 años de personal interino como jefe, mas 6 meses de personal efectivo por puesto concursado)
- Un subjefe (15 años de antigüedad como bioquímico de planta efectiva en el hospital, mas 6 meses de personal efectivo por puesto concursado)
- 16 bioquímicos (sin designación de jefes de área)
- Tres administrativos (sin designación de encargado)
- Cuatro técnicos (sin designación de encargado)

Proceso (d)

- d) 1.1 Magnitud
- d) 1.2 Origen del pedido
- d) 1.3 Pertinencia

Guardia

- Central
- Maternidad
- Pediatría
- Internación
- Neonatología

Laboratorio Central

- Número de pacientes: 180
- Número de determinaciones: 805

Laboratorio de emergencia

- Número de pacientes promedio por guardia: 100
- Número de determinaciones promedio por guardia: 316
- Número de pacientes internados prom. por guardia: 49%
- Número de pacientes ambulatorios prom. por guardia: 51%

Estos datos son estimativos y sufren oscilaciones, observando una mayor demanda en las guardias de los días lunes.

- Número de pacientes promedio mensual: 3.054
- Número de determinaciones promedio mensual: 3.942
- Número de pacientes internados promedio mensual: 1.510
- Número de pacientes ambulatorios prom. mensual: 1.544

d) 2.1 Capacidad de respuesta

El laboratorio de planta está automatizado (sectores de Química, Serología y Hematología), siendo escasa la cantidad de personal de planta estable.

El laboratorio de emergencia registra el inconveniente de tener gran cantidad de pedidos de análisis. Todas las reacciones químicas se realizan en forma manual con importantes tiempos técnicos, distintos tiempos de reacción, discontinuos y gran variedad de determinaciones. Sólo se realiza automatizado las reacciones hematológicas (hematocrito, recuento de blancos, predominio, hemoglobina y plaquetas). Pero si este equipo queda fuera de servicio por falta de mantenimiento, cuidados en general o falta de reactivo, la indicación es realizarlo en forma manual, pudiendo brindar sólo las determinaciones de hematocrito, recuento y predominio, aumentando notablemente el

tiempo de realización de los análisis. Toda la producción del laboratorio de emergencia es realizada en forma manual artesanal, con una cantidad de pedidos en aumento en comparación con años anteriores, por la cantidad, calidad y gravedad de los pacientes que se están atendiendo. Esta situación se ha presentado tiempo atrás siendo la cantidad de pedidos menor, así como la gravedad de enfermedades de los pacientes, menos compleja.

Esta realidad pone en peligro la calidad de la prestación brindada, ya que los profesionales se ven sometidos a una situación de demanda muy importante sostenida durante la mayor parte de la guardia.

Esta mayor demanda se produce en general por la mañana y primeras horas de la tarde, debido a que los requerimientos del profesional son también administrativos (preguntas de pacientes o familiar, información en general, entrega de material, recepción de material, asentar resultados en el libro de guardia, pasar protocolos y resultados perdidos, etc.)

El circuito que se realiza desde que llega el paciente como ambulatorio a la guardia de adultos, pediátrica, de maternidad o pacientes que concurren a consultorios externos y son derivados con pedidos de análisis, es el siguiente:

- ✓ Concurre el enfermero, familiar o paciente al laboratorio de emergencia.
- ✓ El bioquímico de guardia entrega el material para la extracción.
- ✓ Luego de la extracción la muestra vuelve al laboratorio y se deposita en una bandeja debidamente rotulada (a pesar de las indicaciones de dejar la muestra de sangre y/o orina, en general se golpea para que la misma sea recibida en mano).
- ✓ Se indica el tiempo máximo de dos horas para los resultados sean retirados (en lo posible sin golpear) de una caja, en donde el bioquímico de guardia los coloca.

El bioquímico también está expuesto a una cantidad de requerimientos (llamadas por golpes por ventanillas, timbres por las noches) de los enfermeros, médicos, pacientes y familiares con una gran carga de ansiedad e incertidumbre, a veces enojo, que hay que contener y orientar durante 24 horas.

d) 2.2 Satisfacción del recurso humano

Se observa importante situación de estrés laboral, poco estímulo, escasa capacitación a nivel hospitalario (jornadas y ateneos), y mucho agobio por lo explicado precedentemente. El personal en general, tiene una antigüedad superior a 10 años en el cargo, resultando necesario por la

actual realidad económica que atraviesa nuestro país, contar con otro puesto de trabajo debido a los bajos salarios abonados.

d) 2.3 Informatización del proceso

Sería de gran utilidad disponer de redes informáticas en donde los resultados lleguen a cada servicio en forma oportuna, permitiendo agilizar el proceso, evitando demoras, extravío de la información y errores. Actualmente se dispone de dos computadoras en el Laboratorio central para procesar el ingreso de los pacientes, listas de trabajo y entrega de resultados, solo para aquellos pacientes que realizan rutinas por laboratorio central.

d) 3.1 Control de Calidad Interno

d) 3.2 Control de Calidad Externo

Se dispone de controles de calidad internos (sueros controles normales y patológicos) así como también de controles de calidad externos (control de provincia - PEEC-

En el Laboratorio de guardia la utilización del control de calidad está librado al criterio de cada profesional.

d) 3.3 Normas y Manual de Procedimiento

Si bien el Laboratorio cuenta con un Manual de Procedimiento, el mismo no es actualizado y su aplicación no se lleva a la práctica.

d) 3.4 Bioseguridad

Capacitación y conocimiento de normas:

En general el personal es sólido en sus conocimientos y los descuidos se producen por la excesiva cantidad de tareas asignadas al mismo, las que realizadas en forma simultánea, provocan un incremento del riesgo deteriorando la calidad del trabajo, el cual podría ser reducido mediante la automatización de los procesos.

Uso de guantes:

En general es utilizado en todos los casos, existiendo excepciones.

Lavado de manos:

Es realizado frecuentemente dada la magnitud de su importancia.

Descarte de muestra:

No se observa el cumplimiento de las normas de procedimiento existentes, en cuanto a la cantidad de tiempo necesario que debe permanecer la muestra con la dilución de cloro, antes de proceder al lavado.

Condiciones de trabajo:

No se efectúa diariamente una profunda limpieza de los materiales utilizados por el personal a fin de poder cumplimentar con su actividad laboral, a saber: mesadas, aparatos en general, etc., no siendo aplicable esta observación a los pisos en general ni a residuos patológicos, los cuales son desechados en bolsas rojas.

d) 3.5 Actividades de apoyo administrativo

Se realizan múltiples actividades administrativas, como ser: dar instrucciones que competen al laboratorio de emergencia y otras que no son competencia del mismo.

Se efectúan estadísticas -cualitativas y cuantitativas- al finalizar cada guardia, con el objeto de evaluar la actividad desarrollada en la misma y obtener resultados en cuanto a la demanda, gastos de insumos, etc., los cuales son elevados a la Jefatura de Emergencia y a la Jefatura del Laboratorio.

Los resultados obtenidos en las determinaciones, son asentados en registros foliados y posteriormente protocolizados, finalizando así la intervención del laboratorio en el proceso.

d) 4.1 Actividad de Docencia e Investigación

Se observa escaso estímulo por parte del Hospital, en lo que respecta a la capacitación del personal integrante del laboratorio de guardia, debido a que los cursos, seminarios, etc, deben ser soportados económicamente por el profesional, así como también tienen que prever el reemplazo de su correspondiente guardia.

No obstante lo mencionado anteriormente, se observa una importante dedicación personal en la mayoría de los profesionales, en lo que respecta a la realización de cursos de especialización.

4. SELECCIÓN DE ESTRATEGIAS DE MEJORAMIENTO - ANÁLISIS DOFA

DOFA o FODA es el acrónimo de debilidades, oportunidades, fortalezas y amenazas.

La selección de estrategias de mejoramiento tiene como objetivo describir el mejor camino para lograr el resultado esperado.

Esto es, aquel que aprovecha las fuerzas existentes para maximizar el impacto de las acciones mediante la óptima utilización de los escasos recursos.

Se realiza analizando las fuerzas tanto internas a la institución como externas a ellas, que van a condicionar la acción. Luego a posteriori, se analizará la factibilidad de estas actividades alternativas para poder lograr el objetivo o los objetivos mediante un estudio costo – eficacia operacional.

El objetivo es escoger las mejores alternativas para solucionar los problemas.

✓ Análisis de Fuerzas:

⇒ Fuerzas externas a la institución son:

Las tendencias sociales, culturales, políticas, tecnológicas o competitivas,

Las que benefician a nuestra organización son **Oportunidades**.

Las que son dañinas para ella, son **Amenazas**.

⇒ Fuerzas internas a la institución son:

Condiciones de gerencia, mercadeo, investigación, desarrollo, finanzas o de producción.

Las que dan ventajas para conseguir el objetivo son **Fortalezas**.

Las que nos impiden lograrlo, son **Debilidades**.

Una vez realizada la exploración interna (detectando fortalezas y debilidades) y la exploración externa (amenazas y oportunidades) se procede a realizar el análisis DOFA con el objeto de comprender la situación actual de la Institución.

El objetivo al que se quiere arribar con esta herramienta que brinda la administración es, determinar cuales serían las estrategias a llevar a cabo para maximizar las fortalezas y oportunidades, y minimizar las debilidades y amenazas, con el fin de lograr una mejor calidad en los servicios que brinda el laboratorio de emergencias.



✓ Resultados Esperados:

- Listado de las fuerzas internas y externas, favorables y desfavorables para objetivo específico seleccionado.
- Llenado de Matriz DOFA con las alternativas seleccionadas.
- Flujograma descriptivo de las actividades de las alternativas seleccionadas.

✓ Matriz DOFA:

		INTERNAS	
		<u>FORTALEZAS</u>	<u>DEBILIDADES</u>
		F1 F2 F3	D1 D2 D3
EXTERNAS	<u>OPORTUNIDADES</u>	ALTERNATIVAS FO Alternativa: Fortaleza y Oportunidad	ALTERNATIVAS DO Alternativas: Debilidad y Oportunidad
	<u>AMENAZAS</u>	ALTERNATIVAS FA Alternativa: Fortaleza y Amenaza	ALTERNATIVAS DA Alternativas: Debilidad y Amenaza
	O1 O2 O3	DOFA Alternativas con más de dos fuerzas	
	A1 A2 A3		

5. ELABORACIÓN DE LA MATRIZ DOFA PARA EL LABORATORIO DE EMERGENCIAS

El resultado que queremos conseguir sería mejorar la calidad de la prestación del laboratorio de emergencias.

LLUVIA DE IDEAS

Describimos todas las fuerzas presentes que condicionan, externas e internas:

- Avances tecnológicos
- Aparatos en comodato o sistema de leasing.
- Existencia de redes informáticas
- Apertura desde el gobierno Municipal con mayor sensibilidad a las necesidades de sus contribuyentes
- Existencia de las ONG
- Aumento de la comunidad que utiliza los servicios del hospital, por no disponer de obra social.
- Costos de reactivos en el proveedor que realizó el comodato o el leasing
- Mantenimiento de equipos que aseguren la continuidad
- Presupuesto asignado al hospital y dentro de éste, al laboratorio de emergencia.
- Burocratización
- Personal profesional, en su mayoría idóneo, responsable y capacitado con disposición a la modernización del proceso.
- Producción: gran volumen de trabajo que justifica cambios.
- Organización, trabajo en equipo con el resto del personal de salud
- Capacidad de comunicación
- Corporativismo médico
- Mantenimiento y descuido de los insumos por parte personal

Valoramos fuerzas anteriormente descritas para vislumbrar cuales son internas y cuales son externas.

Si se tiene control sobre la condición, quiere decir que es interna. Sino se tiene control sobre las mismas, es externa.

Valoramos si son favorables positivas o no favorables.

Es probable que la descripción de la fuerza sea imprecisa y que se trate de ambos tipos de fuerzas.

Para ayudarnos a describir cuales pueden ser las alternativas posibles para lograr nuestro objetivo, que además tomé en cuenta las fuerzas que condicionan la acción, desarrollamos la matriz DOFA.

		INTERNAS	
		<u>FORTALEZAS</u>	<u>DEBILIDADES</u>
		F1 F2	D1 D2 D3
EXTERNAS	<u>OPORTUNIDADES</u>	ALTERNATIVAS FO	ALTERNATIVAS DO
	O1	Alternativa 1: F1 O1	Alternativa 1: D1 O3
	O2	Alternativa 2: F2 O2	
	O3	Alternativa 3: F1 O3	
	<u>AMENAZAS</u>	ALTERNATIVAS FA	ALTERNATIVAS DA
	A1	Alternativa 1: F2 A2	Alternativa 1: D1 A3 O2
	A2		
	A3		

DOFA

Alt. A: F1 + A3 + O2
Alt. B: F1 + O3 + D1

▪ FORTALEZAS

- F1: Personal profesional, en su mayoría idóneo, responsable y capacitado con disposición a la modernización del proceso
- F2: Producción: gran volumen de trabajo que justifica cambios

▪ DEBILIDADES

- D1: Capacidad de comunicación
- D2: Burocratización
- D3: Mantenimiento y descuido de los insumos por parte personal

▪ OPORTUNIDADES

- O1: Avances tecnológicos, Aparatos en comodato o sistema de leasing
- O2: Apertura desde el gobierno Municipal con mayor sensibilidad a las necesidades de sus contribuyentes
- O3: Existencia de redes informáticas

▪ AMENAZAS

- A1: Costos de reactivos en el proveedor que realizó el comodato o el leasing
- A2: Mantenimiento de equipos que aseguren la continuidad
- A3: Aumento de la comunidad que utiliza los servicios del hospital, por no disponer de obra social.

6. CONCLUSION

Dado el aumento en el requerimiento de las tareas de los recursos humanos, que podrían hacer peligrar la calidad de la prestación, se sugieren dos posibles alternativas:

Alternativa A: Sumar al personal profesional -en su mayoría idóneo, responsable y capacitado con disposición a la modernización del proceso- (F1), el aumento de la comunidad que utiliza los servicios del hospital, por no disponer de obra social (A3), y la apertura desde el gobierno Municipal con mayor sensibilidad a las necesidades de sus contribuyentes (O2):

Resultado $\longrightarrow$ F1 + A3 + O2

Alternativa B: Sumar al personal profesional -en su mayoría idóneo, responsable y capacitado con disposición a la modernización del proceso- (F1), la existencia de redes informáticas que mejoraría la comunicación inter e intra servicios (O3) , y el aumento de la eficiencia de la gestión llegando los resultados a destino en tiempo y forma :

Resultado $\longrightarrow$ F1 + O3 + D1

7. ANEXOS

ANEXO 1: TABLAS Y FIGURAS

SERVICIOS Y/O PRODUCTOS COMPARADOS SEGÚN MESES Y PROMEDIOS ANUALES(2001 Y 2002)
HOSPITAL MUNICIPAL "OSTACIANA B. DE LAVIGNOLLE" - PRIMER CUATRIMESTRE 2003/2004

TIPO DE PRESTACIONES	PROM. 2001	PROM. 2002	ENERO		FEBRERO		MARZO		ABRIL	
			2003	2004	2003	2004	2003	2004	2003	2004
CONSULTAS EXTERNAS PROGRAMADAS	11.000	11.341	12.092	10.823	9.658	10.322	12.267	14.650	13.081	12.895
ATENCION AMBULATORIA EMERGENCIAS	7.644	9.054	8.459	7.543	8.050	7.983	8.871	8.299	8.244	7.615
INTERCONSULTAS	258	202	164	313	165	270	297	439	334	631
CONCENTRACION CONSULTAS F	3,90	4,85	2,81	1,63	3,46	1,92	4,30	2,29	5,19	2,68
NUMERO DE PARTOS	185	222	220	220	234	219	236	256	176	206
NUMERO DE EGRESOS	719	811	786	779	734	754	842	949	698	802
NUMERO DE DEFUNCIONES	12	12	12	4	12	10	12	9	16	13
PACIENTES DIA	3.419	3.593	3.262	3.403	3.073	325	3.690	4.040	3.209	3.628
TASA BRUTA MORTALIDAD	1,62	1,46	1,53	0,51	1,63	1,33	1,43	0,95	2,29	1,62
CAMAS DISPONIBLES	5.750	5.585	5.465	5.859	5.008	5.432	5.611	5.894	5.274	5.667
GIRO DECAMAS	45,62	53,02	4,46	4,12	4,10	4,03	4,65	5,00	3,97	4,31
INTERVALO GIRO CAMAS	3,24	2,46	2,80	3,15	2,64	2,89	2,28	1,95	2,96	2,54
NUMERO DE PACIENTES RADIOLOGICOS		1.783	1.707	2.015	1.797	1.797	2.160	2.474	2.299	2.370
NUMERO DE PRACTICAS RADIOLOGICAS	2.761	2.385	2.290	3.262	2.374	2.742	2.337	4.020	2.899	4.112
NUMERO DE UNIDADES RADIOLOGICAS	9.826	8.063	7.510	8.865	7.906	7.906	9.503	10.884	10.115	10.427
NUMERO DE PLACAS RADIOLOGICAS		2.586	0	3.164	2.656	2.674	3.394	3.885	3.346	4.052
NUMERO DE ECOGRAFIAS	519	458	413	442	370	410	443	573	465	438
NUMERO DE ECG ADULTOS	946	1.279	1.270	1.343	1.111	1.369	1.163	1.330	1.187	1.200
NUMERO DE ECG INFANTIL			227	141	275	44	226	336	234	240
NUMERO DE ECOCARDIOGRAMAS	14	20	10	17	9	7	11	8	3	14
NUMERO PRESTACIONES LABORATORIALES	33.356	45.082	48.400	35.092	47.730	29.511	48.310	39.247	52.260	37.659
NUMERO DE UNIDADES DE LABORATORIO	120.368	160.283	145.500	94.770	142.300	73.078	146.990	104.136	154.170	105.116
NUMERO PRESTACIONES ANATOMOPATOLÓGICAS	553	585	666	563	531	571	572	696	648	566
NUMERO TRANSFUSIONES HEMÁTICAS	99	104	100	69	94	81	109	185	100	72
NUMERO PRESTACIONES ANESTESIAS	101	157	177	215	165	212	199	243	102	200
INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	139	156	120	137	110	91	75	102	70	122
KILOGRAMOS ROPA LAVADA	1.053	2.512	2.075	2.036	2.840	2.997	2.800	3.145	2.007	3.314
NUMERO DE RACIONES	16.019	15.188	14.225	16.145	13.496	15.117	16.490	17.856	14.431	16.447
OPERACIONES PLANTA MAYORES			38	46	33	48	30	61	52	39
OPERACIONES PLANTA MENORES			17	19	13	21	15	25	24	33
TOTAL OPERACIONES EN PLANTA			55	65	46	69	45	86	76	72
OPERACIONES EMERGENCIAS MAYORES			37	68	39	58	20	102	50	42
OPERACIONES EMERGENCIAS MENORES			217	108	148	223	105	185	127	66
TOTAL OPERACIONES DE EMERGENCIAS			249	176	197	281	125	287	177	108

TABLA 1

**SERVICIO DE EMERGENCIAS
ESTADISTICA MENSUAL PEDIATRIA**

TIPO DE ATENCION	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	TOTAL
1 CONSULTAS INTERNAS	250	212	345	337	681	1825
2 CONSULTAS EXTERNAS	1500	1840	2176	1694	2483	9693
3 INTERNADOS GUARDIA	27	59	64	47	78	275
4 INTERNADOS EN OBSERVACION	271	211	408	390	683	1963
7 I.P.	8	31	11	8	4	62
8 FALLECIDOS EN GUARDIA	0	0	0	0	0	0
9 ENTRARON FALLECIDOS	0	0	0	0	0	0
10 AUXILIOS	3	4	9	6	8	30
11 TRASLADOS A DOMICILIOS	0	0	0	0	0	0
12 DERIVACIONES	7	2	10	2	3	24
14 TRASLADOS PARA ESTUDIOS	2	2	4	0	1	9
16 ACCIDENTES EN TRANSITO	1	4	6	3	1	15
17 INTOXICACIONES	3	5	4	1	2	15
40 INTERCONSULTAS	5	1	6	9	2	23
90 E.C.G.	9	3	3	0	0	15
PRACTICAS REALIZADAS	105	103	104	127	138	577
TRAUMATISMOS	129	114	180	146	158	727
QUEMADOS	13	6	9	3	10	41

TABLA IV

**SERVICIO DE EMERGENCIAS
ESTADISTICA MENSUAL UTI**

TIPO DE ATENCION	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
1 CONSULTAS INTERNAS	186	193	317	281	319	225
3 INTERNADOS GUARDIA	11	10	6	13	19	7
6 INTERV. QUIRURGICAS MENORES	7	0	6	7	5	2
7 I.P.	0	0	0	2	0	0
8 FALLECIDOS EN GUARDIA	1	2	4	3	5	3
12 DERIVACIONES	0	0	0	1	2	0
DERIVADOS DE OTROS CENTROS	0	0	0	0	0	0
14 TRASLADOS PARA ESTUDIOS	5	6	4	11	5	3
16 ACCIDENTES DE TRANSITO	0	0	0	1	0	0
40 INTERCONSULTAS	61	21	17	21	22	18
90 E.C.G.	105	122	134	138	158	83
PRACTICAS	172	62	243	181	158	130

TABLA V

**SERVICIO DE EMERGENCIAS
ESTADISTICA MENSUAL CLINICA**

TIPO DE ATENCION	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	TOTAL
1 CONSULTAS INTERNAS	246	366	188	490	203	1493
2 CONSULTAS EXTERNAS	2510	1892	2806	2333	2645	12186
3 INTERNADOS GUARDIA	76	88	81	1893	86	2224
4 INTERNADOS EN OBSERVACION	326	290	480	406	427	1929
7 I.P.	68	82	76	66	75	367
8 FALLECIDOS EN GUARDIA	3	5	4	4	9	25
9 ENTRARON FALLECIDOS	10	0	2	9	8	29
10 AUXILIOS	174	174	219	192	196	955
11 TRASLADOS A DOMICILIOS	8	5	14	16	12	55
12 DERIVACIONES	42	54	33	32	46	207
14 TRASLADOS PARA ESTUDIOS	18	23	27	53	31	152
16 ACCIDENTES EN TRANSITO	20	24	37	49	19	149
17 INTOXICACIONES	11	14	16	34	8	83
18 ACCIDENTES DE TRABAJO	3	2	3	15	5	28
31 PARTOS DOMICILIARIOS	0	1	0	5	0	6
40 INTERCONSULTAS	74	58	66	60	46	304
90 E.C.G.	196	267	294	333	215	1305
SHOCK	111	92	59	92	90	444
PRACTICAS REALIZADAS	193	120	240	187	162	902
QUEMADOS	0	0	0	0	0	0

TABLA VI

**SERVICIO DE EMERGENCIAS
ESTADISTICA MENSUAL CIRUGIA**

TIPO DE ATENCION	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	TOTAL
1 CONSULTAS INTERNAS	230	289	286	322	368	1495
2 CONSULTAS EXTERNAS	418	453	503	553	698	2625
3 INTERNADOS GUARDIA	30	44	59	62	54	249
4 INTERNADOS EN OBSERVACION	88	102	103	106	122	521
5 INTERV. QUIRURGICAS MAYORES	28	40	49	36	31	184
6 INTERV. QUIRURGICAS MENORES	43	91	102	122	63	421
7 I.P.	27	55	62	82	70	296
8 FALLECIDOS EN GUARDIA	1	2	1	2	0	6
9 ENTRARON FALLECIDOS	0	0	1	3	1	5
10 AUXILIOS	37	40	47	42	68	234
11 TRASLADOS A DOMICILIOS	1	0	3	4	0	8
12 DERIVACIONES	11	12	9	14	12	58
14 TRASLADOS PARA ESTUDIOS	17	3	14	22	11	67
16 ACCIDENTES DE TRANSITO	29	60	34	35	39	197
17 INTOXICACIONES	0	0	0	2	1	3
18 ACCIDENTES DE TRABAJO	2	19	13	7	11	52
40 INTERCONSULTAS	125	145	323	151	168	912
90 E.C.G.	42	32	94	64	68	300
SHOCK	1	1	7	11	9	29
PRACTICAS REALIZADAS	124	150	203	248	191	916
QUEMADOS	21	10	13	8	8	60
TRAUMATISMOS	62	69	82	71	57	341

TABLA VII

**SERVICIO DE EMERGENCIAS
ESTADISTICA MENSUAL TOCO**

TIPO DE ATENCION	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	TOTAL
1 CONSULTAS INTERNAS	1429	1805	1609	2155	1704	8702
2 CONSULTAS EXTERNAS	937	1100	1003	1027	986	5053
3 INTERNADOS GUARDIA	252	287	330	294	260	1423
4 INTERNADOS EN OBSERVACION	59	91	126	96	64	436
5 INTERV. QUIRURGICAS MAYORES	8	19	20	10	33	90
6 INTERV. QUIRURGICAS MENORES	67	149	110	137	83	546
7 I.P.	1	5	8	8	2	24
8 FALLECIDOS EN GUARDIA	0	0	0	0	0	0
10 AUXILIOS	8	2	14	5	2	31
11 TRASLADOS A DOMICILIOS	1	0	2	1	0	4
12 DERIVACIONES	2	0	4	8	2	16
14 TRASLADOS PARA ESTUDIOS	0	0	1	1	0	2
30 PARTOS	131	157	152	139	138	717
30.1 ECO	85	93	71	95	95	439
30.2 AMIOCENTESIS	47	44	35	51	55	232
30.3 MONITOREO FETAL	113	129	108	146	116	612
31 PARTOS DOMICILIARIOS	0	3	3	13	0	19
32 LEGRADOS	50	60	55	59	62	286
33 CESAREAS	40	45	45	59	41	230
34 FORCEPS	2	15	9	6	2	34
35 R.N. ASISTIDOS	124	151	172	149	104	700
40 INTERCONSULTAS	64	70	69	63	71	337
CONTROLES OBSTRETICOS	1163	1108	1677	1231	1118	6297

TABLA VIII

TIPO DE ATENCION	ENE RO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	TOTAL
50.1 Nº PACIENTES	2169	1916	2360	2680	3054	2236	12246
50.1.1 AMBULATORIOS	1166	1084	1189	1399	1544	1476	6692
50.1.2 INTERNADOS	1008	905	1188	1281	1510	1464	6348
50.2 DETERMINACIONES	7684	6217	7927	8918	9642	6148	38852

TABLA IX

ANEXO 2:

ORGANIZACIÓN DEL SECTOR SALUD

La oferta de servicios en el Municipio

Sub-sector público:

El hospital Municipal Ostaciana V. De Lavignolle, el Hospital Interzonal de Agudos de Haedo (provincial), y el Hospital Posadas del ámbito nacional tienen su ubicación geográfica en el Partido de Morón, en un radio de 4(cuatro) Km. Cuadrados, no hay integración de servicios ni de acciones de los hospitales antes nombrados, la falta de políticas explícitas en la materia hacen que salvo relaciones personales, no exista ningún plan de trabajo articulado

CENTROS DE SALUD SIN INTERNACIÓN EN EL MUNICIPIO DE MORÓN

- ❖ Malvinas Argentinas Ubicación: Monobloc del Barrio Sarmiento
- ❖ Centro de Vacunación y prevención de la salud Ntra. Sra. Del Valle Ubicación: Anchorena 151 Barrio Gaona Morón
- ❖ Centro de atención primaria El Palomar Ubicación: Galán 655 El Palomar
- ❖ Centro de Salud Gelpi Ubicación: Barrio San Juan
- ❖ Sala de 1º Auxilios Villa Rivadavia Ubicación: Magnasco 933 Haedo
- ❖ Bernardino Rivadavia Ubicación: Pierrastegui 3957 Morón Sur
- ❖ Barrio Marina Ubicación: Lascano 3535 Castelar
- ❖ Barrio Parque Morón Ubicación: Suviría 602 Morón
- ❖ Villa Sarmiento Ubicación: Barrio Seré Fatima y La Carra
- ❖ Centro Almafuerte Ubicación: Gregorio Perez 131
- ❖ Centro de atención primaria 10 de Agosto Ubicación: Avellaneda 2452
- ❖ Centro de atención primaria Loma Verde Ubicación: Curuchet 2250 Castelar
- ❖ Centro de atención primaria Presidente Ibáñez Ubicación: Ibáñez y Don Bosco
- ❖ Centro de atención primaria Rodolfo Monte

ENTREVISTA AL SEÑOR SECRETARIO DE SALUD DEL MUNICIPIO DE MORON



Dr. Rubén Der,
Secretario
de Salud de la Mun. de
Morón

Trabajando para ordenar el sistema

En una entrevista con Médicos-Medicina Global, el Dr. Rubén Der, Secretario de Salud de la Municipalidad de Morón especificó cuál es la situación actual de la salud en ese Partido y qué políticas se piensan implementar para lograr una optimización en los recursos y una mejor calidad de atención médica.

En Morón, específicamente en el área de salud, nuestros objetivos esenciales son ordenar el sistema, integrarlo, elevar el nivel técnico, profesional y científico del personal, asegurar la accesibilidad a las prestaciones, fortalecer el primer nivel de atención y sostener el énfasis en las cuestiones preventivas e interdisciplinarias, y el obstáculo con que nos encontramos fue la falta de una definición clara acerca del sistema de salud. Cuando asumimos nosotros, éste estaba 'privatizado' porque, en la gestión anterior, el Estado se había retirado de su responsabilidad de asumir la obligación de garantizar la accesibilidad a la atención y de abastecer de insumos básicos a los distintos Centros de Salud y al Hospital", aseveró el Dr. Rubén Der, Secretario de Salud de la Municipalidad de Morón.

"Como consecuencia de la falta de definición política y de insumos, continuó, se habían armado 11 Centros de Salud de una manera anárquica y sin responder a ningún patrón lógico sanitario. Su origen no es del todo claro, son solventados por sociedades de fomento y no tienen ningún tipo de relación formal con el Estado municipal. Funcionan como consultorios externos, en donde se contratan médicos que no todos responden al perfil del primer nivel de atención".

Cuando se habla de ordenar el sistema, según Der, lo primero que hay que hacer es definirlo y para eso han preparado un proyecto de ordenanza donde se establece un sistema de salud municipal, que estaría conformado por el Hospital de Morón y los 5 Centros de Salud que pertenecen al Estado, con sus empleados y prestaciones vinculadas con la política sanitaria diseñada.

Todos aquellos Centros de Salud que dependen de sociedades de fomento o de organismos de gestión comunitaria, para ser considerados miembros del sistema de salud formal tendrán que firmar un convenio con la Municipalidad en el que se fijen todos los derechos y obligaciones. "Esto significa que tendrán un enfoque de atención primaria que, en nuestro criterio, no es una transmisión análoga de lo que sucede en un consultorio externo de un hospital. Serán Centros de Salud relacionados con una integración interdisciplinaria y con participación de la comunidad. Tenemos interés en que esto se desarrolle bajo un criterio de área programática, es decir, haciendo responsable al Centro de Salud de un área geográfica definida donde haya una accesibilidad razonable de los médicos hacia afuera y de la población hacia adentro", explicó el Secretario de Salud de la Municipalidad de Morón.

En la actualidad, en el distrito, hay un problema de desarticulación entre el Hospital y los Centros. Para revertir esta situación y para que el sistema de salud municipal esté integrado, las autoridades desean realizar un llamado a concurso con el objetivo de que los servicios de cada una de las especialidades (clínica médica, pediatría, tocoginecología, salud mental) sean municipales, y que todos los médicos concursen para formar parte estando a disposición del sistema, que, evidentemente, va a necesitar de un marco legal y de un cambio de actitud.

En cuanto al presupuesto -de 1998 prorrogado ya que por complicaciones administrativas todavía no se manejan con el del año 2000- son \$ 83 millones, de los cuales 13 están dirigidos a la salud.

"A mí me gustaría tener un año de gestión completa para darme cuenta si el sistema está funcionando con los recursos adecuados o no porque, en este momento, no tengo -aunque está en marcha- un sistema de costos del Hospital. Con un sistema informatizado de costos, de producción y de consumo de medicamentos sumado al vademecum municipal que hemos armado, al Convenio de Fabricación de Medicamentos que estamos próximos a firmar con la Provincia de Buenos Aires, a los precios de insumos menores que se están pagando ahora en relación con los del año pasado y con el padrón de obras sociales y del PAMI empezaremos a ver cómo y cuánto se gasta y si el presupuesto es suficiente", sostuvo el Dr. Der.

EL FIN DE LOS BONOS-CONTRIBUCION

En Morón, abolir los pagos directos por prestaciones es una prioridad número uno, pero esto generó una situación curiosa porque la gente pide que no se le saque lo que tiene aunque por ello deba pagar porque, caso contrario, no tiene adónde ir a recibir las prestaciones. "Entonces, ante esta circunstancia, somos muy cautelosos en el sentido de no terminar con algo si no tenemos con qué reemplazarlo. Para poder dar por finalizado el cobro del bono-contribución, debemos conseguir que el Municipio sea capaz de aportar los insumos que hasta ahora provienen de la Cooperadora".

"Dentro de este marco de reordenamiento, prosiguió Der, conseguimos los padrones de ANSES y los afiliados de IOMA-Morón para, con un sistema de informatización, contar con la posibilidad de tener identificados a los pacientes cuando solicitan turnos y saber si tienen obra social sin necesidad de que presenten carnet, lo cual permitirá el posterior cobro al sistema de seguridad social". -

8. BIBLIOGRAFIA

- División estadística Hospital Ostaciana V. de Laviignole
- Municipalidad de Morón - Secretaría de economía y hacienda
- Colegio de Médicos Distrito III (archivos)
- Estadística bonaerense 1998 INDEC
- Gines González García Federico Tobar " Mas Salud por el mismo Dinero" – Año 1997
- Dra. Diana Bruno – Dr. Rubén Der "Morón Salud para todos"
- Material entregado por el Profesor Dr. Armando Reale para la Cátedra Modelos Prestadores
- Monografía Hospital de Morón como Modelo Prestador Cátedra Dr. Armando Reale, Autora Lic. Graciela H. Lunazzi
- "Administración Estratégica" Organización Panamericana de la Salud
- "Metodología de la Investigación Cualitativa" José Ignacio Ruiz Olabuenaga
- Auditoría médica "Garantía de calidad en la atención de la salud" Dr. Edmundo C. Aranguren – Dr. Ricardo A. Rezzonico
- "Diseño de las Organizaciones Eficientes" Henry Mintzberg – Año 2001

- (1) HAINLINE Dr., "The time, skill, frequency(TSF) Unit for reporting laboratory work – Load". Clinical Chemistry, vol.6, 1962
- (2) Hospital organization and methods service reports "Pathology, measurement of work units" , Her Majesty's Stationary Office, London 1963
- (3) Sagan, Krwzynski, "objetivos y sistemas de evaluación unificados de la actividad de un laboratorio clínico" X Congreso Internacional de Química Clínica, México, 1978
- (4) Dirección de estadística e Investigaciones Sociales, Ministerio de Bienestar Social Prov. de Bs. As. –Formulario 101R- recomendaciones para su uso.