

Especialización en Economía y Gestión de la Salud

Trabajo Final de Especialización

Autor: Javier González Ramos

**EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA
DE GESTIÓN DE PACIENTES EN EL PERÍODO PERI-
OPERATORIO EN EL HOSPITAL DE PEDIATRÍA S.A.M.I.C.
PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN**

2018

Citar como: González Ramos, J. (2018). Evaluación de la implementación de un sistema de gestión de pacientes en el período peri-operatorio en el Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. Prof. Dr. Juan P. Garrahan. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

INDICE DE CONTENIDOS

1. Resumen /abstract	4.....
2. Introducción	5.....
3. Planteamiento del tema	6.....
3.1 Formulación del problema	6.....
3.2 Preguntas de investigación	9.....
3.3 Objetivo genera	9.....
3.4 Objetivos específico	9.....
4. Metodología	10.....
4.1 Análisis Cuantitativo	10.....
4.2 Análisis Cualitativo	10.....
5. Marco Teórico	11.....
5.1 Gestión por procesos	11.....
5.2 Calidad	14.....
5.3 Proyecto, impacto y sustentabilidad	18.....
5.4 Análisis de Coste de Oportunidad	19.....
6. Desarrollo	23.....
6.1 Descripción del Hospital Garrahan	23.....
6.2 Caracterización de la población del Hospital	25.....
6.3 Descripción de Centro Quirúrgico y Actividad Quirúrgica	28.....
6.4 Definición de Período peri-operatorio	30.....
6.5 Descripción del nuevo proceso de gestión – UDECIP (Unidad de Evaluación Clínica Integral Peri-operatoria)	31.....
7. Resultados	39.....
7.1 Cambios en los indicadores a partir de la implementación del nuevo proceso	39.....
7.2 Análisis de la percepción de los pacientes	46.....

8. Conclusiones y recomendaciones49

9. Bibliografía51

10. Anexos55

1. RESUMEN

La demanda creciente y sostenida de atención en el sistema de salud público, se puede ver reflejado en la necesidad de camas libres para internación, pero así también en el otorgamiento de turnos para cirugías, lo que plantea la necesidad de revisar, detectar y modificar el proceso de gestión para satisfacer estas demandas crecientes.

Se identificó como problema la dificultad en el manejo de los procesos de los pacientes en el período peri-operatorio, así como la necesidad de camas libres en el hospital, debido a la creciente demanda en la atención pública hospitalaria. Se toma como objetivo general evaluar la implementación de un sistema gestión de pacientes en el período peri-operatorio en el Hospital Garrahan, y como objetivos específicos: describir la situación del proceso de pacientes peri-operatorios antes del 2013 en el Hospital Garrahan, describir la implementación de un programa de gestión de pacientes en el período peri-operatorio desde el 2013 hasta 2017, evaluar los cambios en el proceso de pacientes peri-operatorios a partir del programa llevado a cabo, determinar coste-oportunidad de la implementación del sistema de gestión y por último conocer las percepciones de los pacientes en relación a la implementación de este nuevo sistema de gestión. La metodología utilizada en este trabajo es cuantitativa y cualitativa, descriptiva y analítica de una experiencia de gestión sobre el proceso clínico-quirúrgico de pacientes en el período peri-operatorio, llevado a cabo en el Hospital Garrahan a partir de Marzo de 2013 hasta 2017 incluido.

Se percibe una percepción positiva en cuanto al proceso por completo por parte del usuario. Al no tener que internarse los días previos a la cirugía, las familias logran evitar desarticular al resto de los integrantes de la familia, evitar gastos innecesarios de hospedaje al internarse el mismo día o lograr el alta temprana desde el post-quirúrgico. Al transitar por un proceso seguro y eficiente donde se logran todos los estudios pre-quirúrgicos, se evitan suspensiones o demoras y cambios innecesarios en la programación quirúrgica que se presentaban frecuentemente. Desde el punto de vista económico, se logran optimizar los costos a través de la reasignación de los recursos, para brindar un mejor servicio, beneficiando tanto al paciente como al hospital. De esta manera se logró una redistribución del presupuesto haciéndolo mas eficiente.

PALABRAS CLAVES

Neurocirugía. Hospital de día Prequirurgico. Gestión de pacientes pre-quirúrgicos. Gestión por procesos. Calidad.

2. INTRODUCCIÓN

El proceso quirúrgico es un proceso asistencial extenso que incluye el diagnóstico de una patología determinada, la necesidad de la realización de una cirugía, la internación del paciente en áreas de alta, mediana o baja complejidad, hasta el alta hospitalario incluido.

La actividad quirúrgica genera un importante consumo de recursos de los sistemas de salud, en especial de los sistemas públicos de cobertura universal. Esta actividad se desarrolla en una unidad de gestión de las más complejas dentro de un hospital por los procesos y subprocesos que en ella se generan, ligados a la producción de cirugías y de los múltiples y diferentes actores que desempeñan sus tareas allí.

La gestión estratégica mediante la identificación, planificación, programación, monitoreo y evaluación permanente, así como la retroalimentación interdisciplinarias de los equipos de trabajo, es de suma importancia para el cumplimiento de la misión y objetivos de todos los servicios quirúrgicos actuantes.

La demanda creciente y sostenida de atención en el sistema de salud público, se puede ver reflejado en la necesidad de camas libres para internación, pero así también en el otorgamiento de turnos para cirugías, lo que plantea la necesidad de revisar, detectar y modificar el proceso de gestión para satisfacer estas demandas crecientes.

Este trabajo realizará una descripción y análisis del impacto de la implementación de un proceso de gestión dentro del proceso clínico-quirúrgico de pacientes en el período peri-operatorio, llevado a cabo en el Hospital Garrahan a partir de Marzo de 2013 hasta 2017 incluido.

El presente trabajo se justifica en la importancia de mostrar una herramienta de gestión que ordena la demanda de una población que requiere ser atendida con una modalidad y continuidad diferente que contemple el análisis peri-quirúrgico en UDECIP a fin de ahorrar días de internación y suspensión de acto quirúrgico, con la consecuente disminución de costos de internación y costo de oportunidad de quirófano, así como también la percepción del paciente en cuanto a la calidad del proceso de atención.

Este proceso puede llevarse a cabo en el hospital Garrahan, al ser un hospital de III nivel de alta complejidad, con posibilidad de contar con recursos humanos, tecnológicos y edilicios suficientes. Su crecimiento y desempeño durante todos estos años, lo han proyectado como el establecimiento público de referencia nacional e internacional, especializado en el diagnóstico y tratamiento de las patologías complejas de los pacientes en edad pediátrica.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

3.1 Formulación del problema

Debido al aumento de los costes sanitarios y de la demanda asistencial, la gestión adecuada de los recursos es hoy día una exigencia a añadir a la práctica clínica eficaz. Se identificó como problema la dificultad en el manejo de los procesos de los pacientes en el período peri-operatorio, así como la necesidad de camas libres en el hospital, debido a la creciente demanda en la atención pública hospitalaria. El desempeño del proceso anterior no era óptimo, presentaba falencias y que se hacían evidentes a nivel de satisfacción de usuarios externos e internos y desde la gestión de la calidad, atentando contra la calidad de atención asistencial.

Podemos enumerar algunas de las problemáticas en las siguientes instancias:

Falla o demora en el o los estudios pre-quirúrgicos de los pacientes que tienen cirugías programadas.

Alto número de días de hospitalización pre-quirúrgicos o necesidad de cama para internación pre-quirúrgica.

Alto número de suspensión de cirugías programadas, por inadecuada preparación del paciente (causas clínicas o médicas).

Falta de coordinación con la unidad de gestión de la demanda y utilización excesiva de camas de internación general en el período post-quirúrgico.

Se utiliza en este trabajo, como herramienta de gestión de la calidad el diagrama de causa-efecto o también conocido como diagrama espina de pescado para ampliar, detallar y caracterizar la problemática. Este diagrama ilustra al análisis de causa-efecto mostrando las relaciones entre un efecto (generalmente negativo) y sus posibles causas. Un diagrama de esta clase hecho con amplitud y detalle por aquellos que conocen el proceso a fondo, toma la forma de un espinazo de pescado y de allí su sobrenombre. El diagrama consiste en una descripción del efecto indicado en la "cabeza del pescado", mientras que las posibles causas están identificadas en las "espinas". También se lo denomina Diagrama de Ishikawa, teniendo en cuenta quien lo desarrolló.⁽¹⁾

Características del diagrama causa-efecto:

- Desmenuza el problema en pequeñas piezas.
- Muestra de forma gráfica varias causas posibles que pueden contribuir a producir una condición o efecto observado.
- Muestra la interacción de varias causas.
- Típica herramienta a ser usada luego de una Tormenta de ideas.

Utiliza principales, habitualmente entre los factores anteriormente mencionados, aunque pueden adaptarse específicamente para cada necesidad.

- Todos los integrantes del equipo participan con sus conocimientos particulares, de manera que el cuadro final se parece mucho más a la realidad del problema que cada uno de los esquemas individuales que cada integrante pudo haber pensado.

El diagrama también es utilizado en el análisis de problemas que afectan la seguridad del paciente en este caso se utiliza la denominación de factores y las causas se agrupan según la clasificación de la Agencia nacional de Pacientes de Inglaterra "NPSA" (National Agency Patient Safety Agency) en 9 categorías de factores que se enumeran a continuación, aunque pueden adaptarse específicamente para cada necesidad.

Factores individuales

Factores de equipo

Factores de comunicación

Factores de formación y entrenamiento

Factores de equipamiento y RR y RR

Factores de tarea

Factores de trabajo

Factores organizativos

Factores del pacientes

Se muestra a continuación como herramienta el diagrama espina de pescado, desmenuzando las efectos negativos en sus posibles causas: factores del paciente-familia, factores profesionales, factores de formación y aprendizaje, gestión del medio y entorno, recursos humanos, comunicación de prioridades, estructuras, liderazgo y cultura corporativa, fallo en coordinación del equipo, factores incontrolables y gestión de información.



3.2 Preguntas

Ante la problemática identificada, sumado el déficit de camas, que se hace mas evidente cada día, y los costos crecientes hospitalarios surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Generó cambios la implementación de un Sistema Gestión de pacientes en el período peri-operatorio respecto a número de cirugías programadas, número de cirugías suspendidas, tasa de suspensión de cirugía e índice de sustitución?

¿Cuál es la percepción por parte de los pacientes respecto a este nuevo sistema de gestión?

3.3 Objetivo General

Evaluar la implementación de un sistema gestión de pacientes en el período peri-operatorio en el Hospital Garrahan desde Marzo de 2013 hasta 2017 incluido.

3.4 Objetivos Específicos

- Describir el proceso de gestión de pacientes peri-operatorios antes del 2013 en el Hospital Garrahan.
- Describir la implementación de un programa de gestión de pacientes en el período peri-operatorio desde el 2013 hasta 2017.

Evaluar los cambios en el proceso de gestión de pacientes peri-operatorios a partir del programa llevado a cabo.

Determinar coste-oportunidad de la implementación del sistema de gestión.

Conocer las percepciones de los pacientes en relación a la implementación de este nuevo sistema de gestión de pacientes en el período peri-operatorio.

4. METODOLOGÍA

La metodología utilizada en este trabajo es cuantitativa y cualitativa, descriptiva y analítica de una experiencia de gestión sobre el proceso clínico-quirúrgico de pacientes en el período peri-operatorio, llevado a cabo en el Hospital Garrahan a partir de Marzo de 2013 hasta 2017 incluido.

4.1 Análisis cuantitativo

Se evaluará el coste-oportunidad de la utilización de un nuevo sistema de gestión en el Hospital.

Se llevará a cabo un análisis de bases de datos provenientes del departamento de estadística del Hospital Garrahan y del Centro Quirúrgico desde 2013 a 2017.

Se utilizarán como indicadores cuantitativos:

- **Número de cirugías totales anuales**
- **Número de cirugías suspendidas anuales**
- **Tasa de realización de cirugías**
- **Tasa de cirugías Suspendidas**
- **Promedio de pacientes día**
- **Porcentaje de ocupación de camas**
- **Giro cama**
- **Promedio de cama disponible**
- **Índice de Sustitución**

Ver Anexo 1. Descripción de indicadores.

4.2 Análisis Cualitativo

Se realizarán con los usuarios (10 pacientes), para conocer sus percepciones en relación a la implementación de este nuevo sistema de atención pre-operatorio, haciendo incapié en:

- relación con el especialista.
- percepción de la NO internación.
- satisfacción con el circuito del proceso de paciente peri-operatorio.

5. MARCO TEÓRICO

5.1 Gestión por procesos

De acuerdo con el Dr. Carlos Díaz (2012) gestionar significa conseguir que el trabajo se realice mediante el esfuerzo mancomunado de las personas integrantes de la organización, orientadas hacia un fin y respetando sus iniciativas. Es la forma de captación, organización y utilización de los recursos necesarios para alcanzar los objetivos. Para gestionar adecuadamente hay que tomar decisiones correctas, hay que decidir, y por lo tanto hay que arriesgar (2). Es hacer que las cosas pasen, pero no de cualquier forma, preservando los medios, impulsando al recurso humano, integrando a los pacientes, el conocimiento, la tecnología y los equipos de trabajo, para conformar de manera flexible y práctica, una empresa de salud que cubra la asimetría de información de los pacientes, con un equipo de alto desempeño, que se base en la multidisciplinariedad e interdisciplinariedad (3). Por otro lado "proceso" es el conjunto de actividades, actuaciones, recursos, tareas y decisiones que se encadenan en forma secuencial para conseguir un resultado que satisfaga plenamente los requerimientos de los usuarios a los que esta dirigido. Se considera un proceso cualquier actividad realizada por una organización que consuma recursos estructurales y tenga por finalidad obtener un bien o un servicio con valor añadido y dirigido a un destinatario(4), o como el conjunto de tareas, actividades, decisiones y procedimientos, ordenados en una secuencia, con un fin teleológico, que tiene un principio y un final, una misión, un responsable, expectativas de calidad, indicadores, tiempos, insumos, inputs, outputs y outcome.(5)

Toda gestión tiene dimensiones o características que requieren ser tenidas en cuenta, estas son: la efectividad, la seguridad, accesibilidad, la continuidad, la eficiencia, la pertinencia, la sustentabilidad, equidad y servucción. Estas dimensiones o características deben ser desarrolladas por todos los actores involucrados responsables de llevar cabo cualquier gestión, ya que la gestión se sustenta en la obtención de los resultados, o sea la efectividad en las acciones, disminuyendo la brecha entre eficacia y efectividad. Se debe asegurar siempre el acceso a los servicios, que depende de la disponibilidad y de la oferta, pero así también se debe dar seguridad en la prestación de dichos servicios, dando continuidad en los cuidados. Se debe buscar siempre gastar productos intermedios necesarios. Que lo que se produce sea pertinente con lo que se requiere. Que mediante esos dos elementos, y asegurando los insumos y los gastos, que sea sustentable. Que haya equidad. Que el momento de verdad se desarrolle entre el personal en contacto, la estructura y lo intangible permita desarrollar el servicio.

La gestión por procesos en la Administración Pública debe tener en cuenta que el ciudadano es el eje fundamental de la intervención pública, lo cual requiere adoptar enfoques y diseñar los procesos de prestación del servicio desde la perspectiva del ciudadano, usuario o beneficiario, y no desde la perspectiva de la Administración Pública. La dirección o gestión estratégica supone un enfoque flexible, que se anticipa

y adapta a las necesidades de la sociedad. Es una condición esencial para la gestión y el cambio, comenzando con la identificación de los problemas y recogiendo toda la información necesaria, para la generación de estructuras de consenso durante la planificación de los distintos proyectos. Además permite analizar y proponer soluciones, para orientar a la Administración Pública a una visión u horizonte en un plazo determinado. Dicha visión de futuro supone dotarla de capacidad para dar respuesta a los requerimientos de las diferentes partes interesadas. Para ello, los órganos y entes de la Administración Pública (Hospital Garrahan en este caso) desarrollarán políticas, estrategias, planes, objetivos, metas, estructuras, sistemas y procesos críticos orientados a la consecución de los objetivos. La gestión estratégica se basa en el ciclo de mejora continua: establecimiento de objetivos y planificación, desarrollo de forma sistemática y a través de procesos de las actuaciones planificadas, comprobación de los resultados obtenidos con respecto a los objetivos establecidos y adaptación continua de la planificación estratégica. La repetición sucesiva del ciclo de mejora permite alcanzar la mejora continua de la calidad del servicio al ciudadano y, por ende, una Administración Pública en transformación y actualizada.(6)



Gráfico 2. Ciclo de Mejora Continua.
Fuente: Dr. Carlos Díaz

La Gestión por Procesos es, como nos ha enseñado el Dr. Carlos Díaz, un instrumento de gestión, que se caracteriza por identificar, comprender, organizar, innovar, estabilizar, relacionar, evaluar y controlar las actividades, las tareas y las acciones de la empresa sanitaria, destinadas a la producción asistencial. La gestión por procesos se conforma como una herramienta encaminada a conseguir los objetivos de calidad en un entorno cambiante, ante las necesidades renovadas de los usuarios, cumplimentando líneas de acción desde una visión innovadora que consiga fidelización de los usuarios, reducción en los costos y mejora de los resultados.(7) La gestión por

procesos es un sistema de organización empresarial basado en los principios de la calidad total, y que está permitiendo a las organizaciones que lo adoptan una eficacia y flexibilidad mucho mayor para optimizar los resultados, adaptarse a los nuevos requerimientos de los clientes, y mejorar tanto la calidad de los servicios ofertados como la satisfacción de sus empleados.(8) Implica el desarrollo de los siguientes pasos:

- La identificación de los requerimientos, necesidades y expectativas, de los diferentes destinatarios de las prestaciones y servicios.
- La identificación de todos los procesos necesarios para la prestación del servicio y la adecuada gestión de la organización: procesos clave u operativos, de apoyo a la gestión y estratégicos; lo que se denomina mapa de procesos.
- La definición del objetivo de cada uno de los procesos, así como de los beneficios que aporta a los grupos de interés a los que va dirigido.
- La definición secuencial detallada y precisa de las diferentes actividades que componen el proceso o procedimiento concreto, para el cumplimiento de los diferentes requerimientos, y en su caso su diagrama.
- La definición de las obligaciones, así como de las autoridades y directivos encargados.
- La definición de indicadores que permitan la medición y control del desarrollo de la marcha adecuada del proceso.
- La definición y desarrollo de un sistema de gestión que permita el seguimiento, evaluación y mejora continua de la calidad de los procesos, y la prestación del servicio.

La importancia de la gestión por procesos se puede entender cuando se piensa en la gestión sanitaria. Ésta no ha tenido el dinamismo ni la capacidad de innovación de la gestión empresarial. Los motivos de lo expuesto son complejos y variados, y van desde la especificidad sectorial de todo lo relacionado con la salud y los servicios sanitarios hasta las fuertes resistencias corporativas y de la administración pública para cambiar y modernizarse.(9) Como se expresó con anterioridad, el coste sanitario o el aumento del gasto en salud representa un problema mayor en la gestión sanitaria, pudiéndola relacionar con: el envejecimiento de la población, los avances tecnológicos incesantes, el aumento del gasto en los medicamentos, la aparición de nuevas enfermedades, la poli patología, la reaparición de enfermedades olvidadas, la fragmentación de la atención, la falta de cobertura de algunas personas, la mala organización del sistema, y un modelo prestador orientado hacia lo curativo o episódico. Esto puede afectar la continuidad de atención de los pacientes, por lo que hay que implementar sistemas de gestión. Un proceso, hace que exista un responsable, que todos sepan que tienen que hacer, que lo que se hace tenga una secuencia ordenada y establecida, que no exista variación, que se tengan los insumos disponibles, acortando los tiempos de todos los procesos involucrados y mejorando los resultados generales. Un proceso de la gestión sanitaria, es una secuencia ordenada y lógica, de decisiones, órdenes, tareas, actividades, procedimientos, orientados hacia un fin, que es satisfacer las necesidades de los pacientes. Que tiene como características, un comienzo, un final, límites marginales, un responsable, actores que intervienen en el proceso, insumos, clientes y

proveedores.(10) Fundamentalmente siempre hay algo antes del comienzo del proceso, y algo que continua, y genera la noción de una cadena de medios, de valor agregado, de pensar en el paciente, de disminuir los tiempos, de buscar mejoras, para ello sirve pensar en procesos.(11)

La gestión por procesos comienza con el análisis de los procesos clínicos u organizativos, a partir de los grupos de trabajo es una de las mayores innovaciones de las organizaciones de salud, realizando un cambio profundo en la organización para desarrollar las cadenas de producción, denominadas como cadenas de valor, que tienen actividades básicas y primarias o específicas, donde los actores institucionales le dan el valor agregado, de su competencia, comportamiento, adicionando acciones. Pensar en procesos, es un cambio estratégico, ahorra tiempos, como consecuencia de ello dinero. Tiempo es dinero. Asigna responsables, abre la organización a la participación. Disminuye la variabilidad. No se puede permanecer sin hacer nada. Se debe generar una nueva cultura de gestión, la gestión por procesos.(12) La mejora de la normatividad persigue el establecimiento de un marco normativo sencillo que facilite la eficacia, eficiencia, agilidad y adaptabilidad de los procesos y procedimientos, y, por ende, la mejora en la prestación del servicio a los ciudadanos, así como la productividad.(13)

5.2 Calidad

Según la OMS calidad de atención es: "Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo de riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con el proceso". En otras palabras la define como:

- ✓ Un alto nivel de excelencia profesional.
- ✓ Uso eficiente de los recursos.
- ✓ Un mínimo de riesgo para el paciente.
- ✓ Un alto grado de satisfacción por parte del usuario-cliente-ciudadano.
- ✓ Impacto final en la Salud.

Por ende todo proceso asistencial debe tender al éxito del resultado esperado, no solo para la resolución de la enfermedad de la persona, sino también brindando agilidad y calidad de todos los procesos de gestión que lleven hacia la satisfacción del usuario. Dentro de este esquema, el análisis de las estructuras y los procesos de los sistemas y servicios son de gran importancia, ya que permiten conocer de qué forma y con qué eficiencia se logran esos resultados de la atención sanitaria, y si esto se centra en la gobernanza, que es el proceso de toma de decisiones que organiza la interacción de

los actores y los procesos por el que son implementadas. Es imprescindible basarse en un sistema gestión de calidad de un servicio hospitalario(14) , ya que si se observan mejoras en los procesos es porque se han tomado decisiones correctas a través de la mejora continua basada en calidad.

Calidad son todas las formas a través de las cuales una empresa o un producto satisfacen las necesidades y expectativas a sus clientes, sus empleados, las entidades que lo constituyen y la sociedad en general. En este caso que nos convoca, será brindar servicios que mejoren la calidad de vida de los afiliados, le agreguen vida a sus años, cuidando los recursos de la institución.(15)

La calidad de la atención se interpreta como la provisión de servicios accesibles y equitativos, con un nivel profesional adecuado, que tenga en cuenta los recursos disponibles y logre la adhesión y satisfacción del usuario y del personal de salud a través de un proceso de planificación, evaluación y mejora de la gestión.(16) La docente Zulema Bianconi nos ha expresado que en el área de la salud Avedis Donabedian es considerado el padre y pionero de la calidad. La define como la "la obtención del mayor beneficio para el paciente y con el menor riesgo posible", por cuanto define los criterios para determinar y asegurar la calidad de la atención médica. Clasifica la calidad de la atención en tres áreas principales involucradas en la prestación de los servicios de salud:

- Estructura
- Proceso
- Resultado final

En el Sector Salud se utilizan habitualmente cuatro palabras con las que se pretende enmarcar el accionar sanitario. Estas son: Equidad, Efectividad, Eficacia y Eficiencia. Cuando la prestación de servicios se realiza con equidad, esto es dar más a quién más necesita garantizando la accesibilidad, con eficacia, esto es con metodologías y tecnologías adecuadas, con efectividad, esto es alcanzando cobertura e impacto adecuados, y con eficiencia, esto es con rendimiento y costos acordes, podemos decir sin duda que esto constituye Calidad de los Servicios de Salud. La calidad en salud debe garantizarse como un principio ético ineludible de la práctica clínica. La calidad debe entenderse como hacer las cosas correctas de la manera correcta y en la salud, no sólo debe proporcionarse calidad sino que también se debe mantener y mejorar, logrando así la excelencia.

Los usuarios de este servicio de salud dejan de ser actores pasivos y asumen una actitud más dinámica y activa con exigencias específicas, por lo que no sólo es indispensable proporcionar, mantener y mejorar la calidad del servicio y de los resultados, sino que requiere brindar valor agregado al servicio.(17)

La estandarización de los procesos permite minimizar el error (factor humano) y garantizar que los procesos se realicen siempre de la manera que se ha comprobado que es efectiva. A través de los indicadores de gestión se pueden realizar mediciones,

seguimiento y tomar medidas correctivas y oportunas que garanticen la calidad de la atención implementando el ciclo de Deming-Shewhart como símbolo indiscutido de mejora continua. Este se basa en:

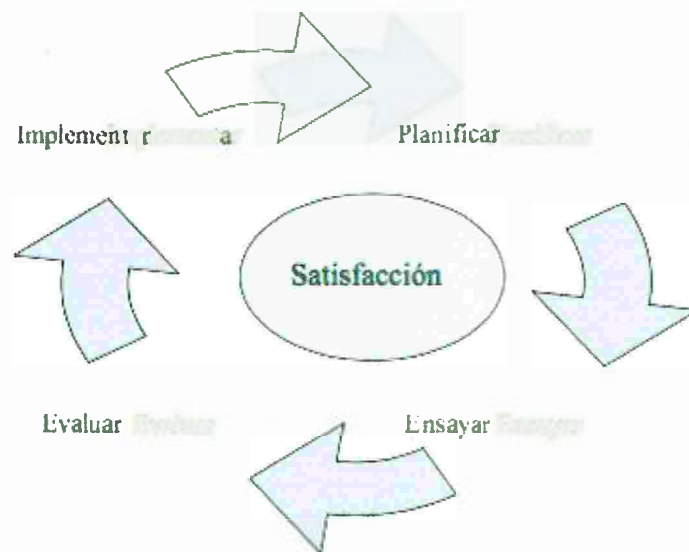


Gráfico 3. Ciclo de Deming-Shewhart.
Fuente: Dr. Carlos Díaz

1) **Planificar**: para ello es necesario:

- Involucrar al personal correcto
- Recopilar los datos disponibles
- Comprender las necesidades
- Estudiar los procesos implicados
- Verificar si el proceso es capaz de cumplir las necesidades
- Desarrollar el plan

2) **Ensayar**: se debe:

- Implementar la mejora
- Recopilar nuevos datos

3) **Evaluar**: comprende:

Analizar los datos•

Verificar si se han alcanzado los resultados deseados•

Documentar las diferencias•

Revisar errores

4) Implementar: •

Incorporar y comunicar la mejora•

Identificar nuevos problemas•

En términos pragmáticos se podría afirmar que la fórmula para obtener los mejores resultados (calidad del servicio) exige el equilibrio entre la calidad del recurso humano (estructura) y la calidad de los procesos (acto médico, interacción paciente- profesional de salud). La única manera de conocer y comprobar que estamos obteniendo los mejores resultados, calidad del servicio, es mediante el diseño de indicadores de gestión que nos permita, evaluar, analizar y revalidar tanto la estructura como los procesos, criterios y estándares de calidad. Los indicadores de gestión son la expresión cuantitativa del comportamiento o desempeño de una organización, departamento, actividad, cuya magnitud al ser comparada con algún nivel de referencia podría estar señalando una desviación sobre la cual se tomarán acciones correctivas o preventivas según el caso.(18)•

Trabajar en calidad, en sus dimensiones o características es una obligación de todos dentro de la organización asistencial. Las lógicas que conforman la calidad asistencial son: la satisfacción del usuario, la técnica, la eficiencia y la seguridad. La satisfacción del usuario es la calidad percibida, que surge de la experiencia comparativa, está proporcionada en función de las expectativas y sesgada por el resultado de la prestación médica. La calidad técnica, vinculada a los resultados, la efectividad y la comparación de los mismos con otros centros. La calidad desde la cantidad de recursos utilizados, o sea desde la eficiencia, desde el consumo de los insumos, de los gastos que genera la prestación, porque los recursos son limitados. La cuarta lógica es la seguridad. Hoy sumamente vigente. Respaldada por el compromiso social de la institución, desde que se suministran bienes de confianza, y el usuario de los servicios de salud tiene que saber que la tecnología utilizada está probada, que los procesos están asentados y que los que los ejecutan tiene experiencia y están acreditados.

Dimensiones de la Calidad:

Seguridad

Efectividad en la atención

Centralidad en el paciente

Oportunidad (evitar demoras)

Eficiencia (reducción de pérdidas)

Equidad

Como nos ha expresado el Dr. Díaz, Calidad es proceso, es humanización de la atención, es eficiencia, es comprar bien, es capacitarse, es ver los procesos pensando en los usuarios, es atender las quejas, es interpretar sugerencias, es ver la evolución de la tecnología y aplicarla, es decir innovar, es mejorar los resultados, es formar equipos, es descentralizar, es dar empowerment a los empleados, que estos piensen y se sientan motivados, que se den cuenta que están sirviendo, que son útiles, todos somos útiles en tanto que adecuemos lo que hacemos con un propósito, vinculado a la organización, al servicio, a cubrir la asimetría de la información.

5.3 Proyecto, Impacto y Sustentabilidad

Se debe dejar en claro la definición de Proyecto y su diferenciación con Programa. "Un proyecto... es la unidad mínima de asignación de recursos, que a través de un conjunto integrado de procesos y actividades pretende transformar una parcela de la realidad, disminuyendo o eliminando un déficit, o solucionando un problema", "se definen por ser una unidad organizada de gestión que busca solucionar un problema. Todo proyecto puede y debe ser evaluado".(19) Se entiende por "problema" cualquier situación que se ha identificado como insatisfactoria, que representa una brecha entre el ser y el deber ser o entre la situación actual y la situación deseada.(20) Los proyectos no se definen por la presencia o ausencia de inversión, sino por ser una unidad organizada de gestión que busca solucionar un problema. Los extremos polares de un proyecto social pueden ser definidos como una «situación actual» en la que aparece tal problema y una «situación deseada» en la que el mismo ha sido eliminado o ha disminuido como resultado que la intervención o proyecto representa.

El impacto de un proyecto es la magnitud cuantitativa del cambio en el problema de la población objetivo como resultado de la entrega de productos (bienes o servicios) a la misma. El éxito de un proyecto es la medida de su impacto en función de los objetivos perseguidos. Es por tanto, la justificación última de su implementación. La magnitud del impacto logrado no necesariamente es una función lineal de la inversión realizada en un proyecto. Todo programa social debe nacer a partir de un problema, cuya solución implica la definición de uno o más objetivos específicos de impacto. Su logro se persigue a través de la producción y distribución de productos.

Los productos son los bienes y/o servicios que se entregan a los beneficiarios finales. Un proyecto puede entregar uno o varios productos, normalmente complementarios entre sí. Su selección y proceso productivo se definen en la evaluación ex-ante. Los procesos, se definen como la organización racional de los insumos para alcanzar un fin determinado. Se implementan a través de un conjunto de actividades, con procedimientos, normas y reglas, que permiten, en forma directa o indirecta, transformar los insumos en productos. Para que los productos generen los impactos

esperados, es necesario tomar en cuenta su sustentabilidad y sostenibilidad. Un programa o proyecto social es sustentable en la medida que exista capacidad instalada (recursos físicos, humanos y financieros) para que los procesos requeridos sean adecuadamente implementados. Es sostenible cuando los impactos producidos perduran en el tiempo. La calidad sustentable en las instituciones de salud implica además la responsabilidad social de la organización a través del compromiso de todos los actores del proceso de trabajo de mejorar en forma permanente la seguridad del paciente y su entorno. El diagnóstico de un proyecto consiste en una descripción inicial del problema que se intenta resolver con el mismo, incluyendo una descripción exhaustiva del problema, sus causas y otros componentes que se detallan a continuación. Su importancia radica en que sirve para precisar y fundamentar los conocimientos previos. Un diagnóstico confiable permite una correcta definición y por ende una mejor planificación y adecuación de estrategia, incluyendo posibles apoyos o adhesiones. (21) La gestión de un proyecto se concibe como un proceso continuo que no termina con la ejecución sino que, a través del seguimiento y la evaluación, se retroalimenta con la experiencia adquirida. Para lograr la continuidad del proceso de gestión se requiere de la evaluación durante todas las fases de la intervención. Con este objetivo, las distintas actividades evaluativas son tomadas como instancias de generación de información, conocimiento y aprendizaje. "La evaluación permite la reflexión sobre la propia práctica y, por ende, hace posible corregir la dirección de la acción en forma oportuna... debería programarse como una actividad continua del proyecto, de modo de poder atribuirle los tiempos y los recursos (humanos, materiales y financieros) requeridos para llevarla a cabo".(21)

5.4 Análisis de Coste de Oportunidad

El concepto del coste de oportunidad nace con la Teoría Económica en la que se contempla como problema central la asignación de los recursos escasos. Los recursos no son ilimitados y tienen usos alternativos de modo que cuando satisfacen una determinada necesidad, no puede satisfacer otra al mismo tiempo.

Origen de este término proviene del economista austríaco Friedrich von Wieser, que acuñó el concepto de costo de oportunidad en su obra Teoría de la Economía Social (1914), por oposición a los clásicos ingleses, que consideraban que el costo era el gasto explícito para producir o recibir un bien o servicio. Es un concepto que se puede aplicar a varias cuestiones, no solo en el ámbito de la política económica y el mundo empresarial, sino también dentro de las finanzas personales, pero así también en el ámbito de la Salud.

El coste de la oportunidad es aquello a lo que renunciamos cuando tomamos una decisión. Entra en un mundo de limitados recursos y de muchas oportunidades disponibles. Tiene una gran importancia tanto en las decisiones sobre nuestro patrimonio, así como en las más personales. Porque siempre analizaremos nuestras decisiones con el objetivo de obtener la mayor rentabilidad esperada. El coste de

oportunidad nace y muere en la propia economía, ya que perdería su esencia si los recursos no fuesen limitados. El coste de oportunidad en muchas ocasiones es objetivo (la mayoría de las veces en el mundo empresarial), pero en otras muchas ocasiones está lleno de subjetividad, como en el caso de la política económica y las decisiones personales, dependiendo de quién hace el análisis porque entramos en "juicios de valor". Por ello, a la hora de valorarlo es muy importante tener presentes cuales son los objetivos que se quieren maximizar, y el valor que tiene para nosotros aquello que dejamos de ganar.

Desde el punto de vista empresarial el coste de oportunidad es utilizado frecuentemente como una herramienta en los procesos de toma de decisiones, tanto en el área contable como económica. Desde un punto de vista ideal, el decisor debería poder elaborar un listado de posibles alternativas y calcular los resultados esperados de acuerdo con cada una de ellas, eliminar las carentes de atractivo y centrarse en un número concreto de opciones. El rechazo de algunas de estas alternativas determina el nacimiento del coste de oportunidad. La toma de decisiones en un mundo de escasez implica renunciar al resto de opciones, lo que supone el sacrificio de hacer otra cosa. Esa opción a la que se renuncia se denomina coste de oportunidad.(22)

Si bien el coste de oportunidad se define como el valor de un recurso en su mejor uso alternativo, puede ocurrir que esa opción sustitutiva que se sacrificaría para poder disponer de la tenencia de un determinado recurso no existiera, lo cual significaría que el coste de oportunidad fuese cero.(23)

Se puede hablar de tres casos en los que el coste de oportunidad toma este valor (24):

- Bienes libres. Se trata de bienes que existen en abundancia en la naturaleza y cuyo empleo no genera costes de oportunidad.
- Factores de un solo uso o bien privado. Aquellos recursos que se pueden emplear en diferentes alternativas tienen un coste de oportunidad porque al optar por una de ellas, se está sacrificando al resto. Si ese recurso sólo tuviese una única alternativa, su coste de oportunidad sería cero. Este bien tiene consumo rival o excluyente, por ejemplo la salud, si la consume una persona no la puede consumir otra.
- Desempleo general. En general, la elaboración de un bien supone apartar recursos de la producción de otro bien. En determinadas ocasiones, los recursos están desempleados y el coste de oportunidad es cero.

Los directivos de una empresa, al igual que los directivos de cualquier organización que presta salud, ya sea pública o privada, deben llevar a cabo funciones de planificación, ejecución y control, las cuales están integradas en el proceso de toma de decisiones. (25) Una decisión se puede definir como la elección de una alternativa entre varias posibles.(26) Las decisiones son muy diversas y complejas. Sin embargo, en el mundo empresarial, existen algunas muy habituales como comprar o fabricar un producto o aceptar o no un pedido especial. En cambio en el área de la salud, la toma

de decisiones tiene siempre implícito un costo de oportunidad, el bien o recurso que se destina a un área o sector no podrá ser usado en otro sector. A la hora de elegir una opción se emplean datos tanto cuantitativos como cualitativos los cuales proporcionan información que puede ser o no relevante. Por información relevante se entiende aquella que es útil para el agente decisor y que disminuye su incertidumbre cuando tiene que elegir una de las alternativas posibles. La toma de decisiones exige como pasos previos, el planteamiento del problema, la búsqueda de información y la definición y evaluación de las posibles alternativas. (27)

Si los recursos son escasos y pueden utilizarse en diversas opciones, debe tenerse en cuenta el coste de oportunidad, de allí la importancia en la planificación en salud, que radica en que los recursos como las personas, el tiempo, las instalaciones, el equipamiento y el conocimiento son escasos y siempre será necesario seleccionar formas de utilización y métodos para la toma de decisión de utilizar esos recursos a un uso y no a otro. Y existen al menos tres razones:

sin un análisis sistemático es difícil identificar las alternativas relevantes con claridad.

el punto de vista que se asuma en un análisis es importante: un programa poco atractivo desde un determinado punto de vista puede serlo si se lo considera desde otro.

sin mediciones puede ser impredecible la magnitud de las categorías cuantificables, sin medir y comparar los resultados (outputs) y los factores productivos (inputs) tenemos poco sobre que basar cualquier juicio sobre si una medida es rentable o no.

El coste real de un programa no es lo que aparece en el presupuesto sino los resultados de salud susceptibles de haber sido alcanzados con algún otro programa que no pudo llevarse a cabo por dedicar dichos recursos al primero, es el llamado *coste de oportunidad*. Por su importancia, es un concepto fundamental en la economía. El costo de oportunidad de una decisión económica que tiene varias alternativas, es el valor de la mejor opción no realizada. Es decir que hace referencia a lo que una persona deja de ganar o de disfrutar, cuando elige una alternativa entre varias disponibles.

"...Estamos en una situación afortunada, aunque dolorosa de tener a nuestra disposición más actividades beneficiosas de las que podemos financiar... la decisión explícita de asignar recursos a un paciente es inevitablemente una decisión implícita de negárselos a otro paciente".

Alan Williams, 1988

Alan Williams, un connotado economista británico graficaba así, lo que en economía de la salud constituye "el costo de oportunidad". En el campo de la economía de la salud, y especialmente en el sector público, el costo de oportunidad, implica el análisis de la distribución de recursos (normalmente escasos) entre necesidades de cuidados de

salud que son múltiples y crecientes. La Economía de la Salud es el estudio de cómo se distribuyen los escasos recursos entre usos alternativos, para el cuidado de enfermedades y la promoción, mantenimiento y mejora de la salud, incluyendo el estudio de cómo la atención de la salud y los servicios relacionados con la salud son distribuidos entre los individuos y grupos de una sociedad.(28) Es una disciplina bastante jóvenes que ha alcanzado un gran desarrollo conceptual y metodológico en países desarrollados, principalmente en el Reino Unido y Estados Unidos. Con justa razón, muchos han argumentado que si la Economía de la Salud se ha hecho tema relevante en países de altos ingresos y recursos, ésta debiera ser aún más útil en países en desarrollo. (29)

La mayor parte de los estudios de costos de enfermedad se basan en el concepto económico de costo de oportunidad. Este concepto, fundamental en la teoría económica, surge de la consideración de que cualquier sociedad humana a lo largo de la historia se ha enfrentado, en forma consciente o inconsciente, al problema de la limitación de los recursos comunes disponibles para atender a las necesidades de la colectividad. Esta circunstancia determina que cualquier destinación de recursos para un fin necesariamente ha de representar un sacrificio equivalente de inversión social en otro(s) frente(s). En otras palabras, cualquier uso de recursos tiene un costo de oportunidad sacrificada de utilización en otros fines. Luego de esto podemos concluir que el verdadero costo de una inversión no es la cantidad de dinero que gastamos en la misma, sino los beneficios que dejamos de obtener al no elegir la mejor alternativa.

6. DESARROLLO

6.1 Descripción del Hospital Garrahan

El Hospital de Pediatría SAMIC "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", está ubicado en la calle Pichincha 1890, en el barrio de Parque Patricios, en la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El hospital Garrahan, fundado en 1987, tiene casi 30 años de historia. Sin embargo, el proyecto que le dio origen se remonta a mucho tiempo atrás. Ya en 1969, un grupo destacado de médicos pediatras del Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez, encabezados por el doctor Carlos Gianantonio, elaboró un programa médico para un nuevo modelo de establecimiento pediátrico. La propuesta fue elevada a través de la secretaría de Salud Pública de la ciudad de Buenos Aires a la Nación.

En base a este programa, la secretaría llamó a concurso nacional de croquis preliminares en 1971: el hospital se ubicaría en el predio de Republicetas y Galván, en Parque Saavedra, barrio de Saavedra. Un jurado presidido por el Profesor Dr. José Raúl Vázquez, de la Sociedad Argentina de Pediatría, e integrado por arquitectos representantes de distintos organismos públicos y privados, eligió finalmente el proyecto presentado por el estudio de los arquitectos Vidal, Egoscue, Bischof, Aftalion, Do Porto y Escudero. A fines de 1973, el ministerio de Bienestar Social decidió cambiar el lugar de emplazamiento del edificio, que finalmente se construyó en su locación actual, comprendida entre las calles Combate de los Pozos, Pichincha, Avenida Brasil y 15 de Noviembre. Las obras comenzaron el 6 de mayo de 1975.

Su creación parte entonces de un acuerdo entre el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, y el Ministerio de Salud de la Nación. Por medio del Decreto del Poder Ejecutivo Nacional N° 598, el 20 de abril de 1987 se creó el Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. conforme a lo prescripto en la Ley 17102, y su decreto reglamentario 8284/68; inaugurándose el 25 de agosto de 1987. Ante la decisión acerca del modelo jurídico y administrativo a tomar, prevaleció la idea de generar un modelo fuertemente descentralizado, y con una organización asistencial que incluyera características superadoras de los esquemas tradicionales. Luego de 2 años de funcionamiento el Decreto 815/PEN/89 lo consolidó en forma definitiva.

El Hospital Garrahan se caracteriza por un alto grado de especialización de los recursos humanos, que totalizan más de 3500 agentes, equipamiento de última generación y una atención basada en cuidados progresivos. Desde sus inicios, el hospital funciona en forma autárquica y es financiado, en la actualidad, en un 80 por ciento por el Estado nacional, mientras que el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires aporta el 20 por ciento restante.

Cada año, se realizan más de 600 mil consultas y 10 mil cirugías, y egresan más de 26 mil chicos. El hospital ocupa un área de 113 mil metros cuadrados. Dispone de 534 camas, de las cuales 132 son de terapia intensiva. Cuenta con 18 quirófanos, 200 consultorios, áreas destinadas a Trasplantes, Neonatología y Unidad de Quemados y el

Centro de Atención Integral del Paciente Oncológico. Tiene además Banco de Sangre, Banco Público de Cordón Umbilical, Banco de Tejidos, Banco de Tumores y Laboratorios de Biología Molecular. El área de docencia e investigación del Hospital coordina la actividad de investigación y producción de conocimiento tanto para sus recursos humanos como para profesionales, técnicos y administradores de salud de todo el país. Desde allí, el Garrahan aporta a la formación de agentes calificados, capacitando a alrededor de 1800 residentes por año. Utiliza la simulación como moderna herramienta de formación, contando con una Centro para tal fin.

El hospital ha sido pionero en el desarrollo la comunicación telemédica. Capacita, forma equipos y atiende consultas en articulación con otros hospitales a lo largo y ancho de la Argentina, a través de su Programa de Referencia y Contrarreferencia, facilitando la solución local de los problemas y evitando el traslado innecesario de los pacientes a la ciudad de Buenos Aires.

Su carácter de institución descentralizada y de financiación múltiple, la modalidad modular y flexible del edificio, el equipamiento adecuado, la conformación de nuevos planteles y el horario prolongado, sumado a la organización según tipos de cuidados, las salas de internación polivalentes, la práctica interdisciplinaria y la jerarquización de las actividades de docencia e investigación, lo han convertido en un centro hospitalario de excelencia.

Misión

- Asistir a todos los niños de 0 a 15 años que requieran atención pediátrica. Mantenerse como centro de referencia para la atención de las patologías de alta complejidad infantil de todo el país.
- Implementar una organización asistencial basada en los cuidados progresivos con jerarquización de la actividad interdisciplinaria y realizar un abordaje integrador de los pacientes por medio de la coordinación de pediatras clínicos, que permita considerar a cada niño desde múltiples perspectivas, considerando el cuidado de sus aspectos sanos.
- Alentar, jerarquizar, promover y sostener las actividades de docencia e investigación, así como el desarrollo de avances científicos en las distintas formas de diagnóstico, tratamiento y modelos de gestión.
- Sostener una conducta ética y preservar el medio ambiente, la seguridad y la salud ocupacional. Velar continuamente por el desarrollo de la sociedad en la que se encuentra inmerso.
- Mantener su condición de institución pública descentralizada, financiada por el Gobierno Nacional y el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Cumplir con las políticas emanadas de ambas jurisdicciones.

Visión

- Abordaje de los pacientes pediátricos con patologías complejas, en base a cuidados progresivos y a la actividad interdisciplinaria, propendiendo a la mejora de su calidad de vida.
- Sostenimiento del más alto desarrollo tecnológico y nivel científico técnico de sus recursos humanos.
- Liderazgo en la incorporación de avances científicos y modelos de gestión, prestigiando la docencia y la investigación.
- Búsqueda de satisfacción de los usuarios y de sus recursos humanos, respetando la multiculturalidad.
- Búsqueda continua de la gestión por procesos y objetivos. Manteniendo Valores tales como Ética, equidad, accesibilidad, calidad.

6.2 Caracterización de la población del Hospital Garrahan

Como fue mencionado con anterioridad, el hospital tiene como misión asistir a todos los niños de 0 a 15 años que requieran atención pediátrica, ya sean argentinos que vivan en cualquier rincón de la república argentina, o de cualquier nacionalidad. En muchas oportunidades se atienden pacientes mayores a 15 años, ya sea porque son pacientes bajo tratamiento prolongado en el hospital, o porque no encuentran en el medio adulto las repuestas necesarias para la atención y manutención de la salud o seguimiento del tratamiento. Esto genera que el egreso del hospital y pase a un hospital de adultos, muchas veces sea dificultoso.

Si tomamos en cuenta las estadísticas generales del hospital, alrededor del 50% de los pacientes que son usuarios del hospital son menores a 5 años. El 68% aproximadamente provienen de la provincia de Buenos Aires (46,69% del conurbano y 21,65% del resto de la provincia), en comparación a un 17,35% de las demás provincias de Argentina, un 13,80% de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y solo un 0,51% son de origen extranjeros.

PERFIL DE LOS PACIENTES SEGUN GRUPO ETARIO Y LUGAR DE RESIDENCIA-Año 2017

	< 1 Mes	< 1 Año	1 Año	2 a 4 Años	5 a 9 Años	10 a 14 Años	15 a 19 Años	20 años más	Total	
C. Externos(*)	1.753	39.336	33.249	76.514	100.705	86.880	37.786	3.548	379.771	
Internación	618	4.399	2.883	5.869	6.287	5.351	2.169	63	27.639	
Hosp. de Día	7	1.611	2.459	6.001	10.958	8.497	3.853	159	35.645	

	< 1 Mes	< 1 Año	1 Año	2 a 4 Años	5 a 9 Años	10 a 14 Años	15 a 19 Años	20 años más	Total	
C. Externos	0,46%	10,36%	8,76%	20,15%	26,52%	22,88%	9,95%	0,93%	100%	
Internación	2,24%	15,92%	10,43%	21,23%	22,75%	18,36%	7,85%	0,23%	100%	
Hosp. de Día	0,02%	4,52%	6,90%	22,45%	30,74%	23,84%	11,09%	0,45%	100%	

	CABA	Conurbano	Resto Pcia Bs. As.	Total pcia. de Bs. As.	Demás Pcias.	Extr.	Total	
C. Externos(*)	53.078	181.875	82.371	264.246	60.429	2.018	379.771	
Internación	3.818	12.415	5.730	18.145	5.543	133	27.639	
Hos. De Día	4.242	12.555	7.834	20.389	10.909	105	35.645	

	CABA	Conurbano	Resto Pcia Bs. As.	Total pcia. de Bs. As.	Demás Pcias.	Extr.	Total	
C. Externos	13,98%	47,89%	21,69%	83,56%	0,53%		100%	
Internación	13,81%	44,92%	20,73%	80,05%	0,48%		100%	
Hosp. De Día	11,90%		35,22%	21,98%	90,60%	0,29%	100%	

(*) Sólo Incluye Consultas Médicas.

Gráfico 4. Perfil de los pacientes según grupo etario y lugar de residencia.
Fuente: Información Estadística anuario 2017. Hospital Garrahan.

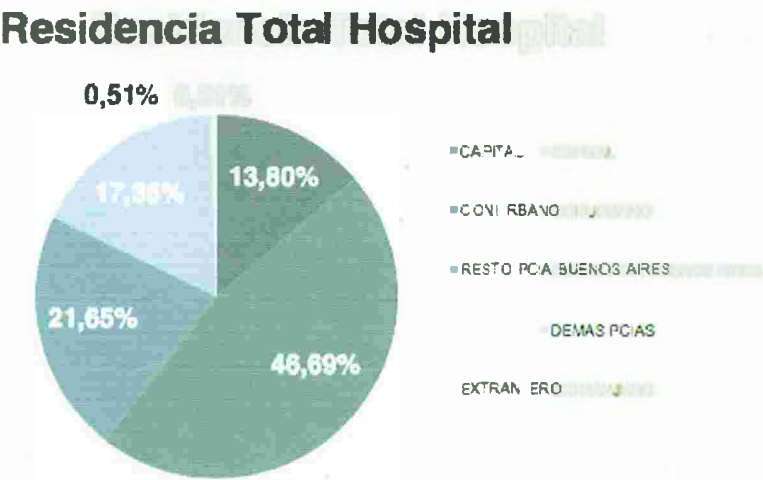


Gráfico 5. Residencia total de pacientes del hospital.
Fuente: Información Estadística anuario 2017. Hospital Garrahan.

Respecto al nivel de cobertura en salud, en promedio de acuerdo al nivel de atención un 49.9% declara su cobertura, pero este porcentaje aumenta significativamente ya que muchos de ellos dependen de Programas u obras sociales del estado tales como: Incluir Salud, Plan SUMAR y IOMA, por que lo un alto porcentajes de estos pacientes tiene asegurada su asistencia sanitaria en los programas de Salud Pública.

Nivel de cobertura según tipo de atención

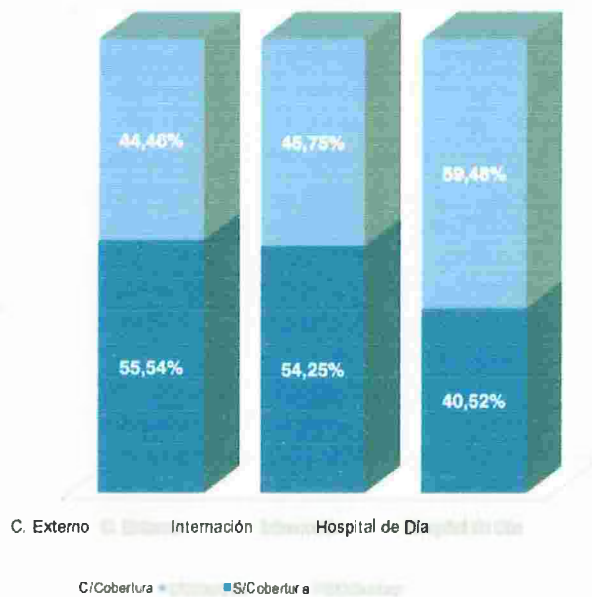


Gráfico 6. Nivel de cobertura según tipo de atención.
Fuente: Información Estadística anuario 2017. Hospital Garrahan.

Principales Coberturas - Año 2017

Consultorios ext.		Internación		Htal. de día	
REC. DIR. SALUD	14.723	REC. DIR. SALUD	1.726	REC. DIR. SALUD	2.877
IOJA	11.119	IOJA	1.340	IOJA	2.548
OSSECAC	11.802	OSSECAC	874	OSSECAC	1.267
ISUMARLAN	7.162	OSSECAC	779	OS RERA RURALES Y ESTIBADORES	785
UJO PERSONAL	6.221	CONSTRUCCIONES OSPECIO	390	UJO PERSONAL	669
CONSTRUCCION OSPLCO	5.911	UJO PERSONAL	389	OSUO MIRA ALT. URGIA AL	446
CHOFERES CAMIONES	3.985	CHOFERES CAMIONES	288	PAMI	416
OSUO MIRA ALT. URGIA	3.737	OSPREA RURALES Y ESTIBADORES	201	OSDE	402
TRANSPORTE COLECTIVO DE PASAJEROS	3.376	OSUO MIRA ALT. URGIA	226	GALL	284
OS RERA RURALES Y ESTIBADORES	311	TURISMO HOTELERO GASTRONOMICO	209	INSTITUTO PREVISION SOCIAL	200

Gráfico 7. Principales coberturas.
Fuente: Información Estadística anuario 2017. Hospital Garrahan.

6.3 Centro Quirúrgico y Actividad Quirúrgica

La salud en cuanto a calidad de vida es entendida como un derecho de las personas, así como el acceso y la calidad de acciones y servicios de salud, y dentro de esos derechos también forma parte la atención quirúrgica. En este marco teórico se tiene en cuenta que la gestión de calidad exige el permanente monitoreo de las estructuras, los procesos y los resultados, ya que el servicio de quirófano lidera diferentes procesos donde se deben establecer procedimientos, pautas, normas, reglamentos, manuales, protocolos y disposiciones institucionales que permitan al equipo de salud obtener el éxito en relación al cuidado del paciente y a los costos hospitalarios. La actividad quirúrgica representa la función fundamental y esencial de los servicios quirúrgicos de un hospital. La demanda de turnos quirúrgicos aumenta en forma sostenida y constante, debido a los cambios económicos y a la delicada situación laboral por la que tiene que transitar el individuo común, haciéndose evidente en la redistribución de los usuarios dentro del Sistema de Salud de Argentina. Esto crea, por ejemplo, un grave problema de saturación en las listas de espera de cirugías programadas de los diferentes servicios quirúrgicos de los hospitales públicos.

Por bloque o área o centro quirúrgico (CQ) se entiende el conjunto de locales hospitalarios destinados a la actividad quirúrgica, pero el concepto, en el sentido más amplio de su gestión, incluye también los procesos asistenciales, el personal que los ejecuta y otros factores relacionados. (30) Desde el punto de vista organizacional de un Hospital de alta complejidad, el Centro Quirúrgico es una unidad funcional de gestión intermedia que provee servicios (procedimientos quirúrgicos o cirugías) a los Servicios Finales (Especialidades Quirúrgicas). También se lo puede definir como “una organización de profesionales sanitarios que ofrecen asistencia multidisciplinaria de procesos asistenciales mediante la cirugía, en un espacio funcional específico donde se agrupan quirófanos con los apoyos e instalaciones necesarias, y que cumplen con requisitos funcionales, estructurales y organizativos de forma que garantizan las condiciones adecuadas de seguridad, calidad y eficiencia para la realización de esta actividad”. Como tal forma parte del acto quirúrgico. Los gerenciadore de un centro quirúrgico prefieren elevados índices de utilización, pagos mínimos de tiempos suplementarios y flexibilidad para programar intervenciones urgentes y por ello su responsabilidad es maximizar los resultados del área quirúrgica y coordinar las piezas aceptadamente para que el quirófano funcione sin inconvenientes.(31) La optimización de los tiempos de utilización del bloque o área o centro quirúrgico (CQ) se produce cuando el máximo de tiempo disponible es utilizado, es decir cuando no hay tiempos sobre utilizados entre cirugías y tampoco hay cancelaciones de cirugías, contribuyendo a mejorar la eficiencia de los quirófanos.

Características de la actividad quirúrgica

Dado el alto coste horario de la disponibilidad de quirófanos, la utilización eficiente de éstos debe basarse en varios hechos cardinales,(32) como son: comienzo y final puntuales, flexibilidad operacional, capacidad de reserva, tasa baja de cancelación y utilización alta.

Comienzo y final puntuales

El respeto meticuloso a la hora de comienzo no sólo ahorra tiempos inútiles, sino que aporta al CQ cierto "carácter" de seriedad y cumplimiento. Por su parte, el final puntual es imprescindible si se quiere evitar fricciones e incluso conflictos entre los diferentes grupos involucrados en el acto quirúrgico, así como costes extraordinarios por exceso de horas trabajadas.(33)

Flexibilidad operacional

Estriba en dos aspectos:

a) ajuste de quirófanos y recursos a las fluctuaciones globales del volumen de pacientes (estacionales, puntuales o por cambios en la demanda o programa del hospital),

b) ajustes al flujo de pacientes con el objetivo de eliminar tiempos inutilizados: cambios de ubicación de cirugía (cirugías con posibilidades de prolongarse más allá del límite horario, son realizadas en otro quirófano disponible), cambios de programación o de horario, etcétera.

Capacidad de reserva

Este concepto se refiere a la necesidad de acoger cirugías no programadas o urgencias diferidas que pueden surgir durante la jornada ordinaria. Una solución posible es utilizar el quirófano (o uno de ellos) reservado para urgencias. En este caso, o en el de hospitales que durante la jornada habitual no reservan quirófano para urgencias, si se produce una urgencia cuando el quirófano está siendo utilizado, la urgencia se realiza en el primer quirófano que finaliza un caso.

La capacidad de reserva, así como una tasa baja de cancelación, están directamente relacionadas con la implicación del personal (es decir el compromiso asumido con el paciente y la institución) y la flexibilidad operacional (la capacidad de adaptación de todo el Centro Quirúrgico a los cambios dinámicos del día a día), siendo dos indicadores de producción importantes para el Centro Quirúrgico que demuestran gestión dentro del hospital.

Tasa baja de cancelación

No sólo es un requisito de eficiencia sino, además, como mencionáramos mas arriba, es un indicador de calidad y de respeto por el paciente y sus familiares, por lo que debe ser una de las características de un Centro Quirúrgico eficiente. Para conseguirla, desde el punto de vista médico es un factor importante, evaluar pre-anestésicamente a todos los pacientes, así como la utilización de pruebas complementarias preoperatorias de modo estandarizado y consensuado por cirujanos, clínicos y anestesistas. La información preoperatoria suministrada a paciente y familiares es igualmente importante para evitar suspensiones debidas a incomparecencia del paciente.(34) Por otra parte, la programación quirúrgica debe ajustarse a la realidad y no a estimaciones

o estándares de otros centros. Óptimamente, si se conocen los tiempos reales del propio hospital, la programación debe ajustarse, día por día, a dichos datos. Lo cual en nuestro hospital se realiza.

Utilización alta

Depende fundamentalmente de que la programación se ajuste a los procedimientos a realizar y a quienes deben efectuarlos, y a los tiempos de cambio empleados en esa especialidad quirúrgica. Los tiempos de cambio, o "tiempos muertos", deben ser los mínimos y objeto de gran atención, pero eso no debiera hacer olvidar el obligado seguimiento de los tiempos anestésicos y operatorios, y su ajuste a los estándares aceptados en cada hospital.

La utilización o "rendimiento" altos de los quirófanos sigue siendo uno de los principales puntos de conflicto entre profesionales que se desempeñan dentro del Centro Quirúrgico y directores o coordinadores de áreas, así como también a los directivos del hospital. No existe un acuerdo universalmente aceptado sobre cuál es el nivel óptimo de utilización. Las referencias de la literatura proponen una banda entre el 75 y el 85%(35), el 80 y el 85%(36), del 90%(37), o del 80%(38). Debe tenerse en cuenta que demasiada presión para mejorar excesivamente este indicador conduce no sólo a un aumento de fricciones entre los distintos colectivos, sino que puede llevar a una práctica poco segura para el paciente (39), llevando al detrimento de la calidad de atención integral.

6.4 Período peri-operatorio y subprocesos

El acto quirúrgico es uno de los procesos asistenciales de gestión mas largos y complejos por los que transitan los pacientes, desde que es remitido por un médico de cabecera y visitado en la consulta de cirugía hasta que es dado de alta definitivamente tras la intervención, por tanto la gestión del bloque quirúrgico o centro quirúrgico debe ser global y atender a múltiples ramificaciones o actividades colaterales en el proceso. En él se pueden describir 4 subprocesos específicos a los cuales podemos llamar como Período Peri-operatorio:

- Programación de la Actividad Quirúrgica: relacionada con el diagnóstico, la decisión e indicación de la cirugía.
- Preoperatorio: que incluye el traslado del paciente hasta el hospital, preparación e ingreso al área quirúrgica.
- Perioperatorio propiamente dicho: proceso que incluye la cirugía.
- Posoperatorio: que sería el traslado del paciente a la sala de recuperación anestésica y luego a la unidad de internación específica, o el alta en la cirugía ambulatoria.

6.5 UDECIP (Unidad de Evaluación Clínica Integral Pre Quirúrgica).

Aunque se identifique como el principal, la intervención quirúrgica es sólo uno de los pasos a dar en el proceso asistencial quirúrgico (Acto Quirúrgico). Antes y después de la intervención quirúrgica existen múltiples factores que pueden influir en el resultado final o salud del paciente, tanto clínico como administrativo. Por lo antes expuesto, una gestión eficaz, por tanto, debe atender también dichos aspectos peri operatorios. EL Hospital Garrahan tuvo la iniciativa de modificar el proceso clínico quirúrgico de evaluación, ingreso pre-quirúrgico y crear una nueva modalidad de cuidados post quirúrgicos. Además tuvo la capacidad para facultar a un personal determinado del empowerment necesario en la toma de decisiones sobre la gestión y mejora del proceso de ingreso de los pacientes quirúrgicos programados con la finalidad de progresar en el modelo de internación por cuidados progresivos centrando los procesos en el usuario, optimizando el aprovechamiento de camas, asegurando la calidad y seguridad en la atención médica. La estrategia se basó en la instalación de los cambios necesarios, estableciendo una trayectoria adecuada para llegar al objetivo, aumentando el conocimiento y las fortalezas, para crecer, sostenerse y adecuarse a los cambios del contexto existente. El objetivo consistió en normalizar el circuito de internación de los pacientes quirúrgicos programados, llevando a cabo, en los casos que sea posible, la modalidad de internación el mismo día de la intervención. La implicación del servicio de admisión y las otras áreas del hospital es fundamental para la agilización de la entrada y salida del paciente del recinto hospitalario y del trámite burocrático.

Hasta el 2013, todo paciente que requería de un abordaje quirúrgico, es decir de una intervención quirúrgica, sea cual fuese su grado de complejidad, debía internarse 24 horas antes al procedimiento en sala común. Esto generaba que el hospital consumiera las camas disponibles de ese día. Al momento de su internación el paciente debía traer análisis de laboratorio, estudios imagenológicos, etc, además tener una revisión por parte de un clínico para dar el apto médico de la cirugía del día siguiente. Cuando la disponibilidad de camas no era suficiente para cubrir la demanda de esta programación quirúrgica, se generaban suspensiones y reprogramaciones de turnos quirúrgicos teniendo como consecuencia el aumento en la lista de espera quirúrgica de los diferentes servicios actuantes. En el mejor de los casos se intentaba, como último recurso, que volviese en horas de la mañana del día siguiente para determinar nuevamente la disponibilidad de camas. Esta situación generaba gran incertidumbre en el usuario y su familia sobre la programación acordada, aumentos en los costos para el usuario y el financiador (en el caso de pacientes del interior del país o de países limítrofes, debían buscar alojamiento por sus propios medios o en el mejor de los casos alojamiento a cargo de su obra social), suspensiones en el mismo día de cirugías por causas externas a las mismas.

“Todos” los pacientes tenían internación previa al acto quirúrgico y posterior a la misma de 24 horas como mínimo en sala. Esto ocasionaba que sobre la dotación de camas debía haber una disponibilidad de camas quirúrgicas aseguradas de forma diaria, que en las épocas invernales era muy dificultosa esa tarea y naturalmente el

aumento en la lista de espera quirúrgica era el mejor testigo. El promedio de estancia mínimo de estos pacientes era de 72 horas postquirúrgicos.

De esta manera estaba caracterizado el antiguo proceso de internación de pacientes quirúrgicos programados. No se incluyen en esta descripción por razones obvias las urgencias quirúrgicas.

Desde marzo de 2013, comenzó un proceso de reestructuración y redimensionamiento de estos pacientes, la forma de atenderlos y resolver sus patología quirúrgicas. Este innovación en su abordaje se caracterizo por el desarrollo de un proceso centrado en los pacientes y sus familias, según sus requerimientos quirúrgicos y recuperación de los mismos. Estableciéndose así nuevos objetivos según una nueva categorización de los pacientes en dos grandes grupos:

1. Aquellos que deben tener por requerimientos del proceso quirúrgico internación previa de 24 horas.
2. Aquellos que pueden concurrir el mismo día del acto quirúrgico.

Sobre el primer grupo permite actuar con mayor precisión e identificarlos como pacientes de mayores cuidados o de riesgo, sean por edad (menores de 1 año,etc.) o requieren de preparación prequirúrgica especial. Éstos al estar ya internados tienen la cama asegurada para la realización de la cirugía en sala, ya que será la que usen a posteriori de la misma. También serán los mismos médicos y enfermeros quienes lo atiendan. Respecto del segundo grupo, esta categorización permite también una diferenciación de aquellos que puedan recibir el egreso hospitalario inmediatamente a posteriori de la cirugía de aquellos que deban permanecer internados por 24 a 48 horas en el área de recuperación post anestésica para su alta definitiva.

Esta re-ingeniería en el proceso clínico/quirúrgico peri-operatorio tiene como su objetivo principal la optimización de los procesos de preparación de los pacientes con indicación quirúrgica, es decir gestionar en forma INTEGRAL al paciente, dando orientación y dirección al paciente y su familia, indicando y facilitando exámenes así como la evaluación de diferentes especialistas, además de verificar toda la documentación administrativa necesaria, teniendo plena ingerencia sobre la programación general de cirugías, y además teniendo en cuenta parámetros como alertas infectológicas, alergias varias y complejidad quirúrgica-patológica de los pacientes.

Su propósito general es la de optimizar el sistema de gestion de pacientes quirúrgicos y como objetivos específicos:

- Aumentar la disponibilidad de camas quirúrgicas, disminuyendo la necesidad de internación pre- quirúrgicos.
- Facilitar y agilizar el proceso de evaluaciones médicas y actualización de estudios.
- Fortalecer el trabajo interdisciplinario clínico-anestésico-quirúrgico.
- Disminuir las listas de espera quirúrgicas y promedio de días de permanencia en lista de espera de los diferentes servicios del hospital.

- Disminuir el porcentaje de suspensiones de cirugías de causas clínicas.

En el contexto mencionado surgen 5 sectores asistenciales con diferentes objetivos los cuales se basan en un objetivo común: **calidad máxima de atención**.

Los sectores son :

- 1) Consultorio del especialista quirúrgico
- 2) Consultorio pre-quirúrgico
- 3) Consultorio de pre-admisión
- 4) Hospital quirúrgico
- 5) Recuperación anestésica - hospital de día/noche

CONSULTORIO DEL ESPECIALISTA

Éste nuevo proceso se inicia en el consultorio del especialista quirúrgico, donde ocurre el primer contacto del paciente con el sistema hospitalario. Allí se realiza la detección y estudio de la patología, entabándose una estrecha relación entre el paciente y el médico, es decir estableciéndose el momento de la verdad para el paciente. El especialista quirúrgico tiene la potestad de decidir si el paciente bajo control y evaluación requiere cirugía o no, y le otorga al paciente una fecha para la intervención quirúrgica si así lo considera, lo que se conoce en el ambiente quirúrgico como "fecha quirúrgica". Este momento o periodo preoperatorio tiene una importancia vital en la evaluación del enfermo con una afección quirúrgica, con el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de cualquier complicación que se presente, analizando los factores de riesgo y la estrategia quirúrgica a utilizar. Como hemos mencionado con anterioridad, en los servicios quirúrgicos se conoce como *preoperatorio* el periodo que transcurre desde el momento en que el cirujano decide que debe realizarse una intervención quirúrgica y lo propone al paciente, sus familiares o representantes legales, hasta el instante en que se lleva a cabo. Durante el mismo se prepara al enfermo para conducirlo en las mejores condiciones físicas y psíquicas al acto operatorio. Según la experiencia del cirujano y de acuerdo a la complejidad del paciente es dónde se realizará la evaluación pre quirúrgica del mismo, en el hospital o en otro lugar externo al hospital, por ejemplo en su lugar de origen.

Este periodo estará en gran parte delimitado por la condición de la intervención quirúrgica; es decir, si ha sido planificada con suficiente antelación, por ejemplo, en la consulta ambulatoria, o si por el contrario, es el resultado de una decisión adoptada en el servicio de urgencias, en la cual la mayor parte de las veces la enfermedad implica un inminente peligro para la vida, que suprime la posibilidad de intervalos mayores de espera.

Éste nuevo proceso permite utilizar una nueva herramienta de gestión de pacientes "la **ambuladorización de los pacientes para cirugías o procedimientos programados**". El cirujano en su consultorio para este último confecciona el "set prequirurgico". Ver Anexo 2. Set Pre-quirúrgico.

El set prequirúrgico es una planilla que confecciona inicialmente el especialista quirúrgico con los datos principales del paciente e indicación del carácter programado del evento quirúrgico. Luego el paciente se dirige a la Oficina de Gestión de Turnos prequirúrgicos del Hospital donde se le otorga un turno en una fecha dada, para asistir al consultorio pre-quirúrgico, teniendo en cuenta la fecha de su cirugía, de esta manera se organizan los turnos de los exámenes complementarios y la evaluación clínica.

CONSULTORIO PRE-QUIRÚRGICO

El Consultorio Pre-Quirúrgico es el ámbito en el que se lleva a cabo la evaluación y preparación del paciente ambulatorio al que le van a realizar una cirugía o un procedimiento invasivo en forma programada. El objetivo del Consultorio Pre-Quirúrgico es disminuir los riesgos peri-operatorios tales como:

1. examen físico inadecuado
2. aspecto psicológico no evaluado
3. laboratorio incompleto
4. estudios radiológicos y ecográficos no realizados
5. falta de detección de alertas

Cuenta con 100 turnos disponibles por semana, atendiendo todos los días, de lunes a viernes y de 8 a 16 hs, siendo la interdisciplina lo que marca su modo de trabajo entre el clínico, anestesiólogo y enfermería.

La evaluación prequirúrgica es un desafío para el Pediatra Clínico. Evalúa pacientes que en general no conoce, y que no va a volver a ver, que provienen de múltiples y diferentes especialidades quirúrgicas y que tienen propuestas de procedimientos quirúrgicos o invasivos muy variados. De todos ellos se excluyen los pacientes pertenecientes a equipos específicos que son evaluados por los mismos (trasplante hepático, cardíaco, renal y de médula ósea), y los pacientes oncológicos en tratamiento actual que son evaluados en el CAIPHO (Centro Atención Integral del Paciente Hemato-Oncológico). Los pacientes que llegan al Consultorio Pre-Quirúrgico pueden tener un estado físico muy amplio, desde pacientes sanos (pacientes ASA 1) hasta muy enfermos (ASA 4: con enfermedad sistémica severa que es una amenaza para la vida). Ver Anexo 3. Clasificación ASA. En una sola consulta, el clínico tiene que evaluar al paciente con la perspectiva de que va a pasar por una anestesia y una cirugía, y qué cambios se van a producir en su organismo y cómo lo prepara para que las transite exitosamente.

Los principios generales de la evaluación preoperatoria se resumen en cuatro preceptos:

- Realizar un interrogatorio exhaustivo y un examen físico minucioso.
- Demandar la evaluación y las recomendaciones preoperatorias de otros

- especialistas, si existe una enfermedad previa que lo requiera.
- Evaluar los exámenes complementarios (paraclínicos) preoperatorios.
- Informar y explicar al niño y sus familiares el procedimiento propuesto.

CONSULTORIO PRE-ADMISIÓN

En este consultorios son evaluados todos los pacientes pre-quirúrgicos ambulatorios el día anterior a la cirugía. Del total de los pacientes, un 45 % provienen del interior del país con los estudios realizados en su lugar de origen y no en el hospital.

Aquí se toma la decisión de internar solos los que requieren algún tipo de preparación o control especial o aporte parenteral durante el ayuno. El resto (que es la gran mayoría) se cita en forma ambulatoria en diferentes horarios durante la mañana siguiente en el Centro Quirúrgico según el orden del plan quirúrgico de cada servicio. Los que concurren de forma ambulatoria se presentan en la Oficina de Admisión Quirúrgica y están en condiciones ingresan al área quirúrgica donde se operan y posteriormente son trasladados a recuperación anestésica.

Los objetivos del consultorio de pre-admisión son los siguientes:

- Chequeo clínico y del laboratorio y del ECG.
- Evaluación social, si es candidato a alta rápida, o requiere alojamiento en Casa Garrahan el día previo a la cirugía.
- Verificar si tiene grupo, Factor y anticuerpos realizados en nuestro hospital.
- Verificar si está firmado correctamente el consentimiento informado.
- Verificar o evaluar pedido de sangre condicional.
- Chequeo de los diferentes tipos de alertas para la preparación adecuada del quirófano y la ubicación en el orden quirúrgico. A saber :
 1. Látex free código rojo: paciente MMC, MAR u otro tipo de paciente que ha presentado reacción al látex, o tiene test positivo. – va primero en lista
 2. Prevención látex free: MMC o MAR que no ha presentado reacción al látex, no tiene test positivo. pacientes que se han operado más de 5 veces pero con exposición de visera – no se altera el orden de lista
 3. Paciente portador de EVR- no altera la lista –no requiere aislamiento.
 4. Paciente portador de Adenovirus, Influenza A, o gérmenes multi-resistentes (KPC)–requieren aislamiento.

HOSPITAL QUIRÚRGICO E INDUCCIÓN ANESTÉSICA

Se encuentra dentro del área del Centro Quirúrgico, es el sector por donde ingresa el paciente al quirófano, es decir permanecen a la espera de ser llamados a cirugía junto a un familiar, preferentemente la madre. Ver Anexo 4.

Los objetivos son:

- Recibir a los pacientes en un ámbito amigable, sin stress, con juegos y películas infantiles, junto a la presencia de los maestros de la escuela hospitalaria.
- Unificar el proceso de asignación de camas desde recuperación anestésica con permanente comunicación bidireccional con coordinación de CIM (Cuidados Intermedios y Moderados).
- Disminuir el tiempo de estadía en recuperación anestésica de los pacientes asignados a CIM.

Se pueden describir las actividades asistenciales del sector:

- Evaluación de los pacientes que no asistieron a la Pre-Admisión.
- Control de los pacientes que están condicionales desde la pre-admisión.
- De acuerdo a la complejidad de cada paciente se asigna el destino post-quirúrgico.
 1. Alta desde recuperación en el día.
 2. Pedido de cama en CIM.
 3. Pedido de UCI (Unidad de Cuidados Intensivos). Este pedido lo realizará la coordinadora interna de quirófano.
 4. Internación en el sector de recuperación , hasta 18 pacientes día.
- Una vez finalizada la distribución de los pacientes, se realiza el pase con enfermería del sector de recuperación a fin de manejar igual información y con Coordinación de CIM para conseguir los lugares correspondientes.

RECUPERACIÓN POST QUIRÚRGICA Y ANESTÉSICA – HOSPITAL DE DÍA/NOCHE

Los pacientes son recibidos en la sala de recuperación anestésica por enfermería, el anestesiólogo y el clínico. Se trabaja en forma interdisciplinaria. De esta manera se confirma o se modifica la asignación post-quirúrgica. En su estructura física cuenta con 21 camas, de las cuales 14 tienen monitor multi-paramétrico, y 7 Sillones ergonómicos. Actualmente la capacidad de internación nocturna es de 18 pacientes. Ver anexo 4.

Criterios de internación en el sector:

- Paciente cuya patología permita un postquirúrgico no mayor de 48 hs.
- Control de la tolerancia oral.

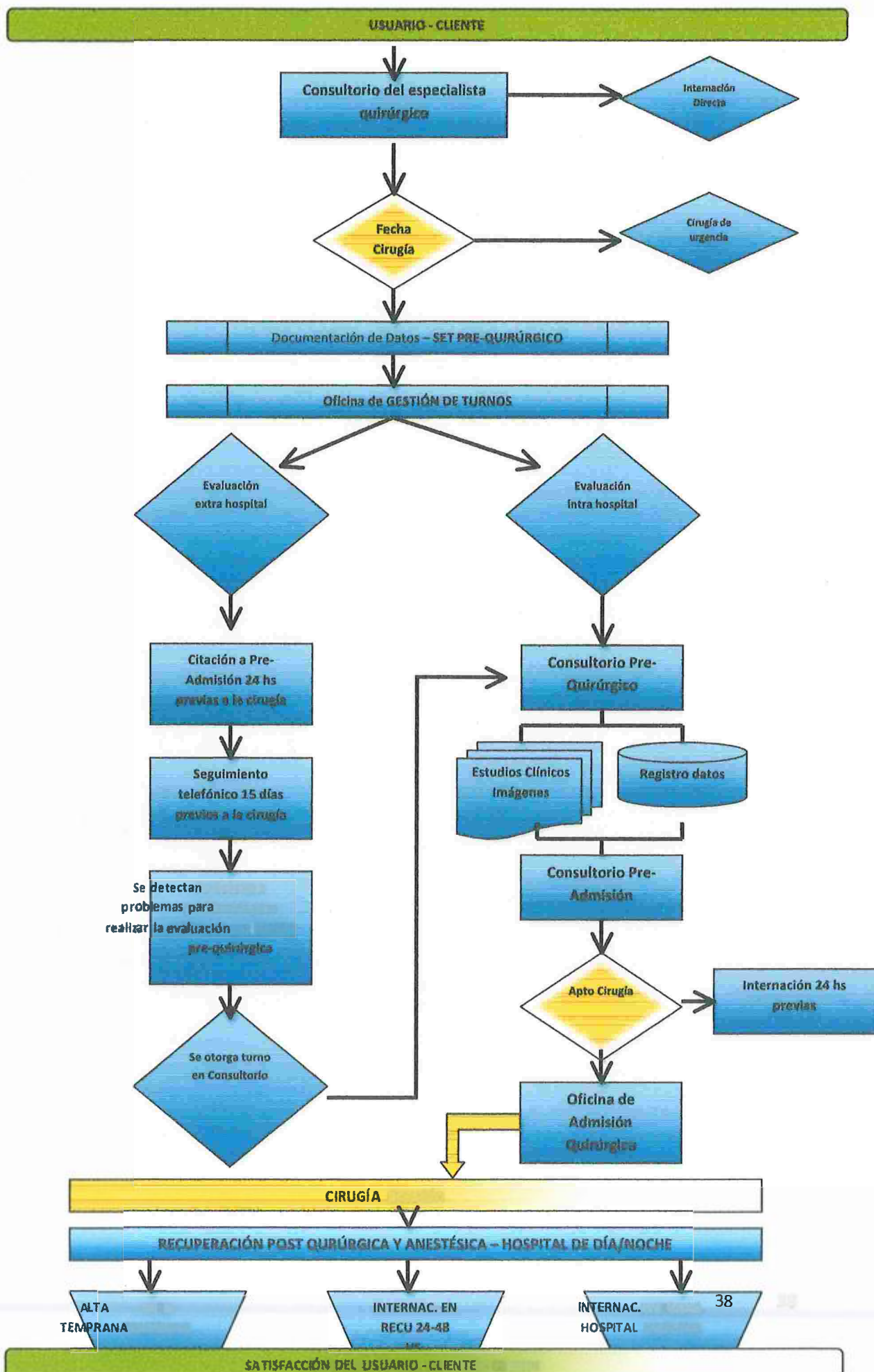
- Manejo del dolor, por vía oral o endovenoso.
- Control de parámetros generales, respiratorios y hemodinámicos dentro de lo normal.
- Control de perfusión distal y movilidad adecuada en pacientes con yesos en miembros superiores o inferiores.
- Control abdominal normal y motilidad intestinal adecuada en pacientes con cirugías en dichas áreas.
- Control de pulso y perfusión distal normal en pacientes post procedimiento de cateterismo cardiaco diagnóstico, angiografía cerebral diagnóstica, o quimio-embolización de retina.
- Control de diuresis efectiva en pacientes con cirugía urológica.

EL médico clínico del sector o pediatra debe prestar ciertas funciones, tales como:

1. Observar en forma estricta la situación clínica del paciente, dinámica respiratoria, estado hemodinámico, etc.
2. Controlar la aparición de eventos intra o postoperatorios no programados.
3. Manejar el dolor post operatorio adecuadamente.
4. Tratar las náuseas y vómitos postoperatorios.
5. Indicar tratamiento específico más allá del episodio agudo (antibióticos en peritonitis, empiemas, etc.).
6. Observar los problemas sociales y necesidades especiales de los pacientes operados.
7. Evaluar la co-morbilidad asociada (pacientes con cardiopatías, daño neurológico, prematurez, etc.).

Una vez que el anestesiólogo considera que está de alta anestésica, el paciente espera su pase al sector de internación o se le otorga el alta rápida o inmediata desde la recuperación. El paciente que egresa desde la recuperación se debe ir con las indicaciones del cirujano y el turno de control. Si fuera necesario, pueden quedar internados en recuperación aquellos que deban recuperarse por 24-48 hs en ese sector y serán enviados a internación en sala o UCIP aquellos que de forma programada o por complicaciones del abordaje quirúrgico requieran mayor atención y controles. Si el paciente ya estaba internado, sube a su CIM con el alta anestésica y la evaluación clínica. El circuito(flujo/paciente) ambulatorio pre quirúrgico, pre admisión y postquirúrgico quedo constituido de la siguiente manera:

*Gráfico 2. Cursograma – Flujo de pacientes.
Fuente: Elaboración propia.*



7. RESULTADOS

7.1 Cambios en los indicadores a partir de la implementación del nuevo proceso de gestión.

La UDECIP logró alcanzar la mejora del proceso a través de 3 intervenciones principales al proceso de gestión de los pacientes: la ambulatorización del paciente, el alta temprana desde el centro quirúrgico y la internación de 24-48 horas en la sala de recuperación del centro quirúrgico.



Gráfico 8. Intervenciones realizadas al Proceso.

Fuente: Elaboración Propia.

Este nuevo proceso de gestión de pacientes centrado en el período peri-operatorio permitió identificar a los pacientes y categorizarlos. Esto último especialmente sobre aquellos candidatos a la internación el mismo día de su intervención quirúrgica (**ambulatorización**) y sobre aquellos con posibilidad de un **alta temprana** post-quirúrgica o egreso hospitalario temprano. Cabe aclarar que antes del 2013 los registros de datos, tanto del centro quirúrgico como de internación general, eran totalmente deficientes, encontrándose aquí una clara dificultad a la hora de la recolección de las estadísticas. Los primeros resultados claros se vieron a partir del 2014, recordamos que este nuevo proceso se pone en ejecución en marzo de 2013.

En el año 2014, se realizaron 9796 cirugías en todo el Hospital (tanto en el Centro quirúrgico como en los quirófanos periféricos), de las cuales 6.981 correspondieron a los ingresos al centro quirúrgico de pacientes desde la calle, es decir por

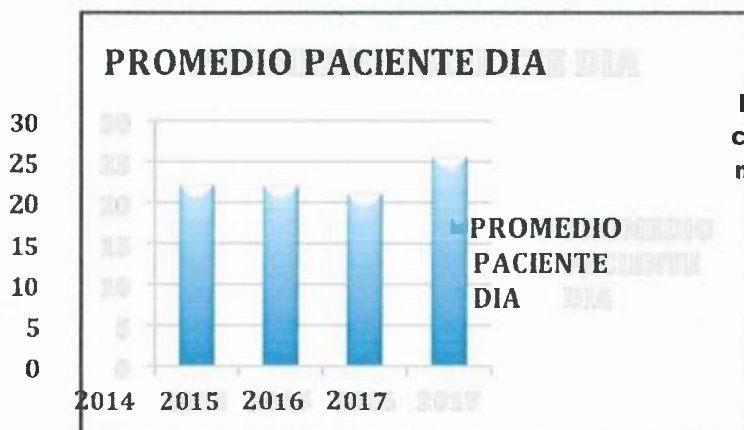
ambulatorización de los mismos. De este modo se produjeron los siguientes índices de rendimiento en el Centro Quirúrgico – Hospital de día/noche, a partir de un promedio de disponibilidad de camas de 17 para un promedio de pacientes día de 22, generándose un porcentaje ocupación del 130%, con un promedio de estancia menor a un día, lo que genera un giro cama elevado (480). Esta tendencia hasta el momento desconocida para la gestión de quirófanos fue desarrollándose progresivamente y en forma crecientemente para llegar al 2017 con 11779 cirugías totales en el Hospital (Centro Quirúrgico más quirófonos periféricos), de las cuales 8.055 fueron de ambulatorización de los pacientes, para la misma disponibilidad de camas del inicio, pero con un porcentaje de ocupación 150%, con un promedio de permanencia de un día y un giro cama aún más elevado, 517. Este indicador nos muestra que a medida que fueron pasando los años y se logró la mejora continua del proceso, se pudo alcanzar el uso eficiente del recurso.

PERIODO	Cirugías Realizadas
2013	9874
2014	9796
2015	9671
2016	10770
2017	11779

Gráfico 9. Cirugías totales realizadas en el Hospital.
Fuente: Información estadística Hospital Garrahan.

PERIODO	INGRESOS Y PASES	INGRESOS	PROMEDIO CAMAS DISPONIBLES	PROMEDIO PACIENTES	% DE OCUPACIÓN	PROMEDIO DE PERMANENCIA	GIRO CAMA	PROMEDIO DE EGRESO
2014	8.169	6.981	17,02	22,06	129,62	0,98	480	22,45
2015	8.117	7.196	16,8	22,01	130,8	0,99	482,33	22,23
2016	7.817	7.091	16,8	21,07	124,8	0,99 DIAS	463,08	21,36
2017	8.942	8.055	17,29	25,5	147,5	1,04 DIAS	517,08	24,5

Gráfico 10. Productividad del Centro Quirúrgico – Hospital Día/Noche.
Fuente: Información estadística Hospital Garrahan.
Elaboración propia.



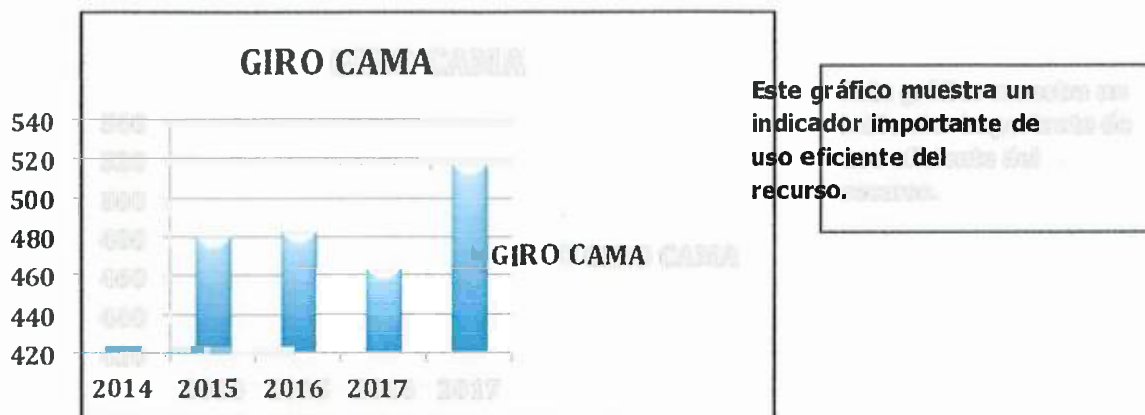
Este gráfico nos muestra como fue aumentando el número de pacientes que en promedio estuvieron hospitalizados diariamente.

Gráfico 11. Promedio Paciente Día.
Centro Quirúrgico -- Hospital Día/Noche
Fuente: Información estadística Hospital Garrahan.
Elaboración propia.



Se evidencia el porcentaje de camas que en promedio se ocupan diariamente durante un período.

Gráfico 12. Porcentaje de ocupación.
Centro Quirúrgico -- Hospital Día/Noche
Fuente: Información estadística Hospital Garrahan.
Elaboración propia.



*Gráfico 13. Giro cama.
Centro Quirúrgico – Hospital Día/Noche
Fuente: Información estadística Hospital Garrahan.
Elaboración propia.*

Este proyecto y su implementación generó el cambio buscado y aún más. No sólo la identificación y categorización de los paciente quirúrgicos fue posible sino que además generó un aumento en la producción de cirugías sin requerir mayor dotación de camas en el sector o bien en las salas de internación general, todo esto en parte por un mayor giro de camas diario del Hospital día-noche del Centro Qurúrgico, y en parte por la disminución del número de cancelaciones o suspensiones de las mismas. De este modo, todos los pacientes que transitan por éste proceso llegan en condiciones óptimas de ser operados, lográndose la detección, en el consultorio pre-quirúrgico, de posibles situaciones dentro de la esfera clínica, que puedan hacer peligrar la realización de la cirugía. Desde el punto de vista administrativo, la suspensión de una cirugía interfiere en la administración del propio equipo de salud, en la gestión del tiempo y de los recursos materiales, va en contra de la preocupación de los administradores de salud, en particular de los servicios quirúrgicos, de optimizar las actividades, reducir costos, evitar la pérdida de materiales y desarrollar el trabajo con la más alta calidad.(40)

Como explican algunos estudios, en algunos países las tasas de cirugías suspendidas oscila entre un 7 (41) y un 16% (42). En hospitales universitarios de Estados Unidos, la tasa de suspensión quirúrgica también oscila entre el 5 y el 13% (43,44), mientras que en instituciones de otros países como Canadá, Australia, Inglaterra y Pakistán las tasas reportadas fueron del 10, 12, 14 y 25%, respectivamente.(45)

AÑO	Cirugías Programadas	Cirugías Agregadas	Total de cirugías realizadas	Suspendidas	Total realizadas y suspendidas en Quirofano	Tasa Realizada	Tasa Suspendida
2013	5663	605	6268	1079	7347	85%	15%
2014	5692	549	6241	1238	7479	83%	17%
2015	5927	539	6466	1130	7596	85%	15%
2016	6137	503	6640	828	7468	89%	11%
2017	7023	326	7349	425	7774	95%	5%

*Gráfico 14. Productividad del Centro Quirúrgico.
Fuente: Información estadística Centro Quirúrgico.
Elaboración propia.*

Como podemos observar en el gráfico de Productividad del Centro Quirúrgico, en 2014 se ostentaba una tasa de realización de cirugías del 83%, así mismo la tasa de suspensión era del 17%, que de acuerdo con la bibliografía internacional, se encontraba entre los niveles mas altos. Estos indicadores, a su vez, se traducen en una importante causa de incremento de gastos por quirófanos, recursos materiales y humanos no utilizados, además del impacto que genera para los demás pacientes en espera y las consecuencias en el plano emocional y afectivo de los enfermos y sus familiares debidas a la cancelación de la cirugía.(46)

Los resultados derivados del análisis de las tasas de suspensión de las cirugías electivas o programadas, pueden orientar hacia la mejoría de la calidad de la asistencia y de la eficiencia del servicio de salud ofrecido a la población por parte de una institución hospitalaria, así como a la distribución de los recursos materiales, financieros y humanos. Este tipo de análisis debe tener un carácter periódico y debe involucrar a todos los actores o personal interviniente dentro de este proceso, para mejorar la calidad de la atención.

Entre las causas de suspensión de cirugías que reportan algunas investigaciones se pueden distinguir la inadecuada organización en la programación quirúrgica, la incorrecta evaluación y/o preparación preoperatoria de los pacientes, o la utilización de sistemas de citación obsoletos; así, también se identifican causas relacionadas con la actitud y la predisposición de los pacientes. Las primeras causas, es decir las que involucran directamente a la institución, han demostrado tener una mayor probabilidad de mejora, ya que dependen de medidas de corrección de procesos institucionales.(47,48) Un hospital con un servicio quirúrgico eficiente debería tener una baja tasa de suspensión de cirugías, ya que de haber cancelación de operaciones, las instalaciones y el personal estarán siendo subutilizados; en consecuencia, la eficiencia se pone en peligro, la lista de espera de cirugías se incrementa y el costo en general se eleva. En algunos estudios se ha probado que las entrevistas pre-anestésicas o pre-quirúrgicas fueron beneficiosas para disminuir la tasa de cancelación de cirugías, como se describe en el trabajo de Ferschl et al. (49), quienes describen que los pacientes con atención clínica pre-operatoria tuvieron una menor frecuencia de

suspensión de cirugía que aquellos que no la tuvieron, con lo cual se reduce el tiempo de quirófano no utilizado por cancelación.

Este nuevo proceso de gestión, a través del correcto desempeño del personal interviniente en el consultorio pre-quirúrgico, se ha centrado en el reconocimiento y detección temprana de toda causa de índole médica, como así también algunas causas relacionadas a lo administrativo, que pudiese poner en riesgo la programación y realización de la intervención quirúrgica. Esto lo podemos considerar todo un éxito en la gestión desde que se puso en marcha este proceso, ya que en el año 2017 los números mostraron una mejoría en todos estos indicadores, alcanzando una tasa de realización del 95% y una tasa de suspensión del 5%. Cabe mencionar la importancia de estos números, ya que estos indicadores reflejan el comportamiento productivo del Centro Quirúrgico y la atención a los pacientes quirúrgicos, impactando de lleno sobre la economía del Hospital y en la morbi-mortalidad de los pacientes. Por lo dicho hasta aquí, estos indicadores deberían ser una prioridad a tener en cuenta por los directivos de cualquier institución de salud.



Gráfico 15. Productividad del Centro Quirúrgico.
Fuente: Información estadística Centro Quirúrgico.
Elaboración propia.



Gráfico 16. Productividad del Centro Quirúrgico.
Fuente: Información estadística Centro Quirúrgico.
Elaboración propia.

Desde un punto de vista de la economía de la salud se pudo apreciar la importancia del coste de oportunidad al implementar este nuevo proceso. La puesta en marcha, realización y evaluación del proyecto de gestión de pacientes en el período perioperatorio, a través del tiempo desde su comienzo, permite observar el rescate de este coste de oportunidad y los beneficios de su revalorización por la producción lograda hasta la fecha.

- De acuerdo a la producción del Consultorio de Pre-quirúrgico y Pre-admisión, observamos actualmente, que alrededor del 90% de los pacientes que van a ser operados, son internados o admitidos en el hospital, el mismo día de su cirugía (Proceso de ambulatorización). De esta manera y teniendo en cuenta el promedio de estadía del Hospital, se pudieron internar alrededor de 857 pacientes más por año. Si consideramos que alrededor de 50 pacientes se operan por día en el Centro Quirúrgico, y que el 90% se interna el mismo día, es decir que 45 pacientes se internan el mismo día de su cirugía. Si a éste número de pacientes lo multiplicamos por el valor de día cama de internación en sala general (\$ 3.437) podemos observar un ahorro diario, logrado por el proceso de ambulatorización de internación de \$ 154.665, que al año alcanza unos \$56.452.725. Cabe mencionarse aquí otro índice, de vital importancia ya que demuestra en porcentaje el beneficio del proceso. El índice de sustitución entre los pacientes que se internan pre-quirúrgicos y los que se ambulatorizan resulta elevado (88), es decir que por cada 88 pacientes que son vistos en estos consultorios, solo 1 paciente es internado debido a sus necesidades pre-quirúrgicas.

- De acuerdo a la producción quirúrgica del centro quirúrgico, se operan alrededor de 50 pacientes por día en el Hospital. Una vez operados el 34% es internado en la sala general, en el Hospital de denominan CIM "sala de cuidados intermedios". El 12% se interna en las UCI "unidad de cuidados intensivos". Estos

pacientes son internados en el hospital, luego del procedimiento quirúrgico, de acuerdo a la complejidad de la cirugía y la gravedad de la patología que los aqueja. La decisión de donde quedará internado el paciente luego de la cirugía es potestad del cirujano principal a cargo del procedimiento o del anestesiólogo actuante en dicho procedimiento. El resto de los pacientes queda en la sala de recuperación anestésica u hospital día/noche. Otorgándose el alta o egreso rápido a un 36% de los pacientes (alta temprana), mientras que el 18% restante permanece en internación 24 o 48 horas allí.

Estos porcentajes también expresan la valorización del coste de oportunidad, ya que debido a las altas tempranas otorgadas desde el Centro Quirúrgico y a los pacientes que son internados transitoriamente en el Hospital día/noche, se aportó al Hospital 8000 días/camas por año (Promedio de camas disponibles). Si a éste número importante de días/camas lo multiplicamos por el valor de día cama de internación en sala general (\$ 3.437) podemos observar el ahorro anual logrado por el Hospital día/noche: \$27.496.000.

Si juntamos la producción del consultorio pre-quirúrgico y de pre-admisión, más la producción del hospital día/noche, vemos que el ahorro estimado anual, logrado por este nuevo proceso de gestión de pacientes, se aproxima a \$ 83.948.725. Estos valores expresan por si mismos la importancia del coste de oportunidad alcanzado.

7.2 Análisis de la precepción de los pacientes.

La satisfacción del usuario es un valor central en la atención de la salud dado que la conducta y la actitud de los pacientes y su entorno tienen un alto impacto en el resultado final de la atención. La satisfacción del usuario tiene tres fases.(1)

- ✓ Conocer las necesidades y expectativas.
- ✓ Conocer la satisfacción.
- ✓ Mejorar la satisfacción.

Las necesidades de los clientes o usuarios del sistema de salud, dependen del bien o servicio que requieran. Las expectativas representan el servicio esperado, se relacionan con la historia previa, la comunicación boca a boca, la necesidad individual y tal vez las experiencias pasadas. La calidad percibida por el usuario en los procesos de atención depende de su percepción y de su expectativa. Por tanto podemos expresarla de la siguiente manera:

CALIDAD= PERCEPCIÓN - EXPECTATIVA

Antes de la puesta en marcha de este nuevo proceso de gestión de pacientes, se pudo identificar claramente cuales eran las dificultades por las cuales los pacientes y sus familiares debían transitar hasta llegar a la cirugía, no solo desde el aspecto médico, sino también desde el punto de vista institucional. De esta manera que diseñó un

proyecto con el único objetivo de mejorar la calidad del servicio en forma integral, tanto desde su eficiencia interna, re-estructurando y generando nuevas áreas y tareas, como a través de la identificación y conocimiento de las necesidades y expectativas de los usuarios. •

Utilizamos como herramienta a la entrevista para conocer la percepción de nuestros usuarios a este nuevo sistema. Realizamos las entrevistas de forma individual con el paciente y su familiar a cargo, en el área de recuperación post quirúrgica/anestésica y hospital de día/noche. Se realizaron 5 preguntas (ver Anexo 5) relacionadas a este nuevo proceso, tratando de lograr que expresen como fueron sus experiencias de la manera mas amplia. Hemos tratado de incorporar en las entrevistas a pacientes de diferentes patologías tratados por diferentes servicios. La mayoría de ellos con patologías de baja complejidad y solo 3 con patologías complejas como tumores cerebrales.

El denominador común en todas las respuestas fue la gran satisfacción que expresaron con el nuevo proceso. Todos expresaron que les fue fácil transitar por el circuito de consultorio pre-quirúrgico, pudiendo realizar los trámites en forma ordenada y segura. *"....me resulto bastante fácil hacer los estudios pre-quirúrgicos, siempre me dijeron que hacer y cuando hacerlo, ahora que lo pienso todo me resultó rápido"*

Ninguno percibió una demora en el tiempo otorgado para la cirugía, incluido aquellos que eran del interior *... el doctor siempre fue muy claro conmigo, en comparación con el hospital de donde somos nosotros, acá todo es mas ordenado, no siento que se perdió el tiempo con la cirugía de mi hijo...*

Un padre expresó que se sintió muy conforme y acompañado por el hospital al recibir un llamado telefónico para saber si pudo completar todos los estudios en forma extra hospitalaria y confirmarle el turno de cirugía de su hijo *... cuando recibí el llamado telefónico, no podía creer que el Hospital se esté comunicando con nosotros, estando nosotros tan lejos y preocupándose por mi hijo ... "*

La mayoría expreso que les resultó muy beneficioso no tener que internarse el día o días previos a la cirugía. El internarse el mismo día de la cirugía les permitía una mayor organización familiar, disminuir los gastos para aquellos que venían desde lejos, e incluso para el paciente, que no experimenta la angustia y ansiedad de las horas previas a una cirugía, en un ambiente extraño y en cierta forma agresivo para él como es la habitación de un hospital. *... yo "soy. sola, tengo cinco pibes, sabe el lío que es para mi organizarme, tuve que dejar al resto de los nenes con los vecinos, yo tengo que volver rápido "*. Otra madre expresó *... vinimos con mi marido y mi otro hijo desde La Pampa para el tratamiento de mi hija, no tenemos plata para pagar un hotel, esta bueno que no se internó antes así no gastamos y además así mi nena no se da cuenta de lo que le van a hacer, no quiero que sufre antes de su cirugía ... "*

Los pacientes y sus familiares a los cuales se les otorgó el alta desde la recuperación, expresaron gran satisfacción ya que no debieron ser internados en la sala general del hospital, evitando posibles complicaciones como contagios de infecciones intra

hospitalarias, tal cual expresaba la mamá de una paciente como un gran temor. *".....por suerte ahora nos dan el alta, la doctora dijo que salió todo bien, prefiero irnos a casa y no internarnos para que no se contagie de ninguna enfermedad rara del hospital..".* Aquellos que permanecieron internados 24 a 48 horas, dejaron en claro su satisfacción en la atención recibida y la calidez otorgada por parte del equipo actuante en el hospital día/noche, así como en el confort y comodidad de las instalaciones *es. "... la segunda vez que estamos acá, todos nos tratan como conocidos, estamos cómodos acá, los enfermeros son muy buenos. a mi nene lo tratan con mucho cariño y eso me hace sentir bien, les quiero agradecer a todos"*

En definitiva, a través de las entrevistas podemos observar que los usuarios/pacientes y sus familiares presentan un alto grado de satisfacción con el nuevo sistema de gestión, así como también una enorme confianza y agradecimiento con el hospital y su recurso humano.

8. CONCLUSIONES

Este nuevo proceso ha permitido brindar beneficios tanto al paciente/usuario como al hospital.

Beneficios para el Paciente/usuario:

Gracias a la eficiencia de la nueva gestión se logra aumentar el giro cama. Esto permite atender a una mayor demanda en un mismo período de tiempo. A su vez, disminuyen los riesgos de posibles eventos, tales como infecciones hospitalarias y otras complicaciones a la que se exponen los pacientes que se encuentran internados, provocando, si eso sucediera, una prolongación de la estadía y, por consecuencia, un aumento evitable de los costos de atención del mismo.

A su mismo, se percibe una percepción positiva en cuanto al proceso por completo por parte del usuario. Al no tener que internarse los días previos a la cirugía, las familias logran evitar desarticular al resto de los integrantes de la familia, evitar gastos innecesarios de hospedaje al internarse el mismo día o lograr el alta temprana desde el post-quirúrgico. De la misma manera al transitar por un proceso seguro y eficiente donde se logran todos los estudios pre-quirúrgicos, evitando suspensiones o demoras y cambios innecesarios en la programación quirúrgica que se presentaban frecuentemente.

Beneficios para el Hospital:

Este nuevo proceso de gestión de pacientes permite ordenar todos los pasos por donde el paciente/usuario y su familia deben transitar. Así mismo, al haber un médico clínico pediatra encargado de este circuito favorece una mayor comunicación entre los diferentes servicios del hospital, es decir propicia la interdisciplina, para solucionar cualquier morbilidad asociada antes de llegar al momento quirúrgico, de esta manera ofrecer mayor seguridad para el paciente/usuario y su familia.

Desde el punto de vista económico, se logran optimizar los costos a través de la reasignación de los recursos, tanto físicos como humanos, para brindar un mejor servicio, beneficiando tanto al paciente como al hospital. De esta manera se logró una redistribución del presupuesto haciéndolo mas eficiente.

Resumiendo los resultados obtenidos hasta el momento:

- Disminución de los días pre-quirúrgicos.

Disminución de los días de estada post-quirúrgica.

Aumento en la programación de cirugías.

Disminución de suspensiones por ámbito del paciente y de causas médicas.

Vínculo médico- Enfermera- Paciente.

Aumento de la satisfacción del paciente/usuario.

En definitiva, una mayor gestión no significa necesariamente un mejor servicio. Hay que gestionar bien, allí donde sea más útil, donde se atienden mejor las necesidades y los deseos del usuario, dando una prestación asistencial oportuna, de calidad, accesible y disponible, lo que garantizará su derecho a la salud.

RECOMENDACIONES

Del análisis de ciertos indicadores expresados en este trabajo, surgen como ejemplo, que la tasa de realización de cirugías es cercana al máximo, evidenciándose un descenso paulatino en la tasa de suspensiones de las cirugías, siendo esto un logro en el tiempo desde la implementación del nuevo sistema de gestión. Otros dos indicadores como un giro cama alto con un porcentaje de ocupación mayor al 100%, dan testimonio de este logro. Pero lo que debe tenerse en cuenta, que al igual que en otros ámbitos, en la salud pública los recursos son finitos.

Si el uso eficiente de la oferta es máximo, como se puede ver a través de los diferentes indicadores en este trabajo desde la implementación del nuevo sistema de gestión, y teniendo en cuenta que los recursos son finitos (cantidad de personal, disponibilidad de camas, espacio físico, etc.), pero la demanda sigue creciendo en forma sostenida y preocupante como hemos observado en los últimos años, esta claro que el sistema volverá a colapsar, es decir veremos nuevamente aumento en las listas de esperas, como por ejemplo. Es decir volveremos a estar frente a una oferta saturada por la demanda. Mayor personal, mayor espacio físico, mayor disponibilidad de camas, es decir mayor cantidad de recursos implica, mayores costos, mayores gastos y por ende la necesidad de aumentar el presupuesto del hospital.

Es aquí que la red de hospitales pediátricos se impone como una necesidad seria para tratar de contener este flujo de pacientes constantes, de manera de distribuir racionalmente los recursos destinados a la salud pública pediátrica a fin de poder brindar servicios de calidad.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. BIANCONI, Z. (2018). Instrumentos para gestionar la calidad. Buenos Aires: Maestría en Economía y Gestión de la Salud.
2. DÍAZ, C.A. (2012). La empresa sanitaria moderna II: cómo crear tu propia "bestia" sistémica en el siglo XXI. Buenos Aires: Ediciones ISALUD.
3. DÍAZ, C.A. (2009). Gestión de los servicios asistenciales. Buenos Aires: Ediciones ISALUD.
4. MORA MARTINEZ, JR. FERRER ARNEDO, C. (2004). Los procesos conceptos y clasificación orientada a las organizaciones de enfermería. Capítulo 4. De Mora Martinez JR. Díaz de Santos. Madrid.
5. DÍAZ, C.A. (2009). Gestión por procesos. Gestión estratégica de servicios de Salud. Maestría de Economía y gestión de la salud. Biblioteca Universidad ISALUD.
6. MINISTERIO DE SALUD, del Salvador. (2014). Manual de procesos en la atención hospitalaria. Según la carta Iberoamericana de la calidad de la Gestión Pública (2008). El Salvador: Ministerio de Salud. Viceministerio de Políticas de Salud.
7. DÍAZ, C.A. (2000) JORNADAS AES. Programa de cambio necesario de la conducta médica. Temas libres.
8. OSORIO ACOSTA, J., PAREDES ALONSO, E. (2001). Reingeniería de procesos hospitalarios públicos: Reinventando la rueda. Revista española de Salud Pública. 75. 193-206
9. BELENES, R. (2003). 25 años un balance personal de la gestión sanitaria moderna en el sistema de salud. Gaceta Sanitaria 150-602
10. DÍAZ, C.A. (2009). Sustentabilidad de los sistemas de Salud. www.isalud.edu.ar
11. SERVICIO ANDALUZ DE SALUD (2003). Gestión de procesos.
12. RAMOS ALFONSO, Y. (2005). Gestión y mejora de procesos Hospitalarios: Gestión de Calidad y Medios diagnósticos. Tesis de diploma de Ingeniería Industrial. Universidad de Matanzas. Cuba.
13. El Salvador. Ministerio de Salud. Viceministerio de Políticas de Salud. Viceministerio de Servicios de Salud. Dirección de Regulación y Legislación en Salud. Dirección Nacional de Hospitales. San Salvador, El Salvador. C.A.

"MANUAL DE PROCESOS EN LA ATENCIÓN HOSPITALARIA". 2014
<http://asp.salud.gob.sv/regulacion/default.asp>

14. PAGANINI, J. (2009). Apunte catedrático de Centro INUS, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata. Argentina.
15. BELENES, R. (2003). 25 años un balance personal de la gestión sanitaria moderna en el sistema de salud. Gaceta Sanitaria 150-602
16. BIANCONI, Z. E y col. (2007). Calidad en Salud. Diez años de experiencia en el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Ministerio de Salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud ISBN:978-950- 710-109-0
17. RUTTER T.W. (1994). Contemporary operating room management. Adv Anesthest; 11: 173-214.
18. PATIÑO, J.(2000). Lecciones de cirugía. Ed. Medica Panamericana. Bogotá, Colombia, pág. 232-233
19. COHEN, E., MARTINEZ, R. (2002): *Manual de Formulación, Evaluación y Monitoreo de Proyectos Sociales*. División de Desarrollo Social, CEPAL, Santiago de Chile.
20. HIDALGO, L., ROSENBERG, H.: *Manual para el Diseño de Proyectos de Salud*. OPS. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud.
21. NIRENBERG, H., BRAWERMAN, J. & RUIZ, V. (2003): Programación y evaluación de proyectos sociales. Aportes para la racionalidad y la transparencia. Editorial Paidós Mexicana.
22. SAMUELSON, P. A. y NORDHAUS, W. D. (1992): Economía, McGraw Hill, México.
23. MILLER, ROGER L. y MEINERS, R.E.(1988):Microeconomía, McGraw Hill, Colombia.
24. LIPSEY, R. G. y HARBURY, C. (1989): Principios de economía, Vicens-Vivens, Barcelona.
25. GIMENO ZUERA, J. (1996): "El cuadro de mando como sistema informativo para la gestión empresarial", Partida Doble, no 68, pp. 36-46.
26. ROSANAS MARTÍ, J. M. y BALLARÍN FREDES, E. (1986): Contabilidad de costes para la toma de decisiones, Desclee de Brouwer, Bilbao.
27. RIPOLL FELIÚ, V. M. y VILAR SANCHÍS, J. E. (1989): "Costes relevantes para la

- toma de decisiones", Técnica Contable, no 487, pp. 327-340 y 368.
28. PROGRAMA FLAGSHIP (2002). Ética y economía en el sector salud.
 29. CASTILLO-RIQUELME, M (2010) Rev Med Chile; 138 (Supl 2): 67-70
 30. GÓMEZ-ARNAU, J.I. , GONZÁLEZ, A.. (2001). Principios generales de organización y gestión clínica de un bloque quirúrgico. Rev. Esp. Anestesiól. Reanim., 48, 180-187.
 31. TSAI, M. (2008). Diez consejos para proporcionar valor en la gestión del quirófano. Revista Clínica de Anestesiología, 26, (4), 765-783.
 32. ASSOCIATION OF ANESTHESIA CLINICAL DIRECTORS.(1995). Procedural Times Glossary, AACD 1995. <http://aacdhq.org>.
 33. KOPRIVA C.J. (1996). Efficiency in Operating Room Management. Annual Refresher Courses Lectures, American Society of Anesthesiologists.
 34. LACQUA M.J, EVANS J.T. (1994). Cancelled elective surgery: an evaluation. Am Surg. 60: 809-811.
 35. ROCK P., DONHAM R.T. (1998). Operating room scheduling and information systems. En: Harris A.P, Zitzmann W.G, (1998). Operating room management. Structure, strategies and economics. St Louis, Missouri: Mosby- Year Book; 68-98.
 36. IDE P., KIRBY K.K. & STARCK P.K. (1992). Operating room productivity. An evaluation format. JONA; 22: 41-48.
 37. CLARKE T.N.S. (1992) How to keep operating theatres working: an anesthetist's view. Br J Hosp Med; 47: 171-172.
 38. QUINTERO, G. (1999): Herida e infección quirúrgica. Ed. Legis Editores. Buenos Aires, pág. 512-521
 39. GABA D.M, HOWARD S.K & JUMP B. (1994). Production pressure in the work environment. Anesthesiology; 81: 488-500.
 40. FORTES-GATTO MA, GALVÃO JOUCLAS VM.(1998). Otimizando o uso da SO. Rev SOBECC; 3:23-8.
 41. HAANA V, SETHURAMAN K, STEPHENS L, et al. (2009) Case cancellations on the day of surgery: An investigation in an Australian paediatric hospital. ANZ J Surg.;79:636-40.

42. SEIM AR, FAGERHAUG T, RYEN SM, et al. (2009) Causes of cancellations on the day of surgery at two major university hospitals. *Surg Innov.*;16:173-80.
43. POLLARD JB, OLSON L. (1999) Early outpatient preoperative anesthesia assessment: Does it help to reduce operating room cancellations? *Anesth Analg.*;89:502-5.
44. FERSCHL MB, TUNG A, SWEITZER B, et al. (2005) Preoperative clinic visits reduce operating room cancellations and delays. *Anesthesiology.*;103:855-9.
45. SUNG WC, CHOU AH, LIAO CC, et al. (2010) Operation cancellation at Chang Gung Memorial Hospital. *Chang Gung Med J.*;33:568-75.
46. JIMÉNEZ A, ARTIGAS C, ELIA M, et al. (2006) Cancellations in ambulatory day surgery: Ten years observational study. *Ambul Surg.*;12:119-23.
47. BRIDGEN R. (2003) National good practice on pre-operative assessment for inpatient surgery. Operating Theatre & Preoperative Assessment Programme. NHS Modernisation Agency. p. 1-32 [consultado 24 May 2015]. Disponible en: <http://bit.ly/1SQZ3XY>.
48. SULTAN N, RASHID A, ABBAS SM. (2012) Reasons for cancellation of elective cardiac surgery at Prince Sultan Cardiac Centre: Saudi Arabia. *J Saudi Heart Assoc.*;24:29-34.
49. FERSCHL MB, TUNG A, SWEITZER B, et al. (2005) Preoperative clinic visits reduce operating room cancellations and delays. *Anesthesiology.*;103:855-9.

10. ANEXOS

Anexo 1. Se describen los indicadores utilizados en este estudio

1. **Promedio de Pacientes Día:** Es el número de pacientes que en promedio estuvieron hospitalizados diariamente.

$$\frac{\text{Total de Pacientes Día del Período}}{\text{Número de Días del Período}}$$

2. **Porcentaje de ocupación de camas:** es el número de camas que estuvieron ocupadas diariamente durante un período de tiempo, expresado en porcentaje.

$$\frac{\text{total de pacientes-día en un período}}{\text{total de días-camas disponibles del mismo período}} \times 100$$

3. **Giro de Camas:** Es una medida de utilización de camas que indica el número de pacientes egresados por cada cama durante un período.

$$\frac{\text{Total de Egresos del Período (*)}}{\text{Promedio de Camas Disponibles del Período}}$$

4. **Tasa de realización o de cirugías realizadas:** porcentaje de cirugías programadas llevadas a cabo en un período de tiempo determinado.

Nº de cirugías realizadas $\times 100$

Nº de cirugías programadas

5. **Tasa de suspensión o de cirugías suspendidas:** porcentaje de cirugías que fueron suspendidas en un período de tiempo determinado.

Nº de cirugías suspendidas $\times 100$

Nº de cirugías programadas

6. **Total de cirugías realizadas:** número exacto de intervenciones quirúrgicas llevadas a cabo en un determinado período de tiempo.

7. **Total de cirugías suspendidas:** número exacto de cirugías suspendidas en un determinado período de tiempo.

8. **Promedio de Camas Disponibles:** Es el número de camas que en promedio estuvieron disponibles diariamente

$$\frac{\text{Total de Días Cama Disponibles del Período}}{\text{Número de Días del Período}}$$

Anexo 2. Set Pre-Quirúrgico

 Hospital de Pinar del Río SET	
CIRUGÍA/ PROCEDIMIENTO PROGRAMADO PARA: ____/____/____	
PACIENTE: _____	EDAD: _____ HC/DNI: _____
Especialidad: _____	Cirujano: _____ ALERTA: _____
Posibles Indicaciones en Quirófano: Rx ☐ Anat. Pat. ☐ Micro. ☐ Transf. ☐ Endosc. ☐	
Diagnóstico Presuntivo: _____ Ingreso en: CIM ☐ CQ ☐	
procedimiento Quirúrgico Propuesto: _____	
Tiempos Quirúrgicos (Hs.): 1 - 2 3 - 4 - 5 - 6 (+) Tipo de Anestesia Prevista: _____	
Destino Post-Operatorio: A.R. ☐ CIM ☐ H/DIA ☐ UCI ☐ Ambulancia ☐ Silla de Ruedas ☐	
SOLICITUD DE ESTUDIOS PRE-QUIRÚRGICOS	
A ser completado por el Médico (Marque con una cruz)	A ser completado en Oficina de Gestión Pre-Quirúrgica
ECG Posee ECG previo ☐	TURNO: ____/____/____ HORA: _____
PREQUIRURGICO (Laboratorio) / (Clínica-Anestésica) (Adjuntar Bono con Prescripción leyenda Prequirurgico)	TURNO: ____/____/____
CONSULTORIOS EXTERNOS	Sobretorno: ____/____/____
Turno Dr/a: _____ ☐	TURNO: ____/____/____
Fecha Sugerida: ____/____/____	TURNO: ____/____/____
Sobretorno Dr/a: _____ ☐	
ESPIROMETRÍA ☐	
HEMOTERAPIA ☐ (Completar solicitud)	
IMÁGENES ☐ (Completar solicitud)	
ESTUDIOS FUERA DEL HTAL (Prescribir estas indicaciones en recetario del Hospital)	
ECG Indique: Informado por Cardiólogo ☐	PACIENTE EN TRATAMIENTO SI - NO ONCOLÓGICO
LABORATORIO Indique: Hemograma, Recuento de plaquetas, Quick, KPTT. Si requiere otros agrégalos ☐	CONSENTIMIENTO FIRMADO SI - NO
PREQUIRURGICO EXTRA-HOSPITALARIO ☐	MATERIALES _____
Firma y Sello del Profesional	
A Y N de Madre/Padre/Tutor: _____	Localidad: _____
TEL: _____	CEL1: _____ CEL2: _____
COMPLETAR EL SET, ENTREGAR A FAMILIAR DEL PACIENTE Y ENVIARLO OFICINA GESTION PREQUIRURGICA (EN TIEMPO A CONTINUACIÓN DE LA CENTRAL DE TURNOS)	

Primer hoja del Set pre-quirúrgico, donde el cirujano indica que tipo de cirugía va a realizar de acuerdo a la patología del paciente, así mismo indica si debe realizar los estudios en el hospital o de forma extra hospitalaria.



Carta destinada al Pediatra para acompañar la Evaluación Pre-Quirúrgica Extra Hospitalaria

Estimado Pediatra:

Por la presente queremos informarle que el portador de esta carta es paciente del Hospital Garrahan y va a ser intervenido quirúrgicamente en forma programada próximamente.

Es necesario realizar una evaluación pre quirúrgica, alrededor de 20 días antes y consideramos que usted puede realizar. Consiste en una valoración clínica y algunos exámenes complementarios (Hemograma con recuento de plaquetas, Quick, KPTT y ECG informado).

Adjuntamos las hojas de la Historia Clínica (Evaluación Pre-Quirúrgica Extra hospitalaria) con los ítems a llenar que le servirán de guía. Además contiene aclaraciones al margen izquierdo de utilidad para usted. Si tiene alguna duda o necesita comunicarse con los médicos del Consultorio Pre-Quirúrgico, puede hacerlo al teléfono (11) 4122-6000 interno 6711.

Si considera que el paciente no está en condiciones de ser intervenido en la fecha prevista, por favor comunicarse (usted o la familia) al Servicio Quirúrgico correspondiente.

Saludamos muy atentamente:

Equipo Clínico-Quirúrgico del Hospital Garrahan

Combate de los Pozos Nº 1881 (CPA: C 1245 AAM) | Ciudad Autónoma de Buenos Aires | República Argentina
Acceso pacientes: Pichincha Nº 1890
Teléfono: (54-11) 4122-6000 / www.garrahan.gov.ar

Carta que se encuentra dentro del Set, destinada al pediatra encargado de realizar los estudios pre-quirúrgicos de forma extra hospitalaria.

INDICACIONES PRE-QUIRÚRGICAS (Días previos a la cirugía)

1. NO TOMAR ACIDO ACETIL SALICÍLICO 7 A 10 DÍAS PREVIOS A LA CIRUGÍA (ej. ASPIRINA, ASPIRINETA, GENIOL, BAYASPIRINA)
2. SI TIENE FIEBRE CONSULTAR AL MEDICO.
3. BAÑOS PREQUIRURGICO:
 - 3 (tres) DÍAS ANTES DE LA CIRUGÍA, REALIZAR UN BAÑO DIARIO CON PERVINOX JABONOSO O PAN DE JABÓN DE PERVINOX Y/O PAN DE JABÓN BLANCO (Cortar el jabón en trozos, usar uno por día y descartarlo)
 - SI EL PACIENTE SE OPERA DEL CORAZÓN, COLUMNA, PECTUS O NEUROCIRUGÍA, DEBERÁ REALIZAR EL BAÑO CON CLORHEXIDINA JABONOSA AL 4% 5 (CINCO) DÍAS ANTES, PONER ROPA LIMPIA DESPUÉS DE CADA BAÑO.
 - LA MAÑANA DE LA CIRUGÍA REALIZAR UN BAÑO CON CLORHEXIDINA JABONOSA AL 4%, DESPUÉS PONER ROPA LIMPIA.
4. TRAER UÑAS CORTAS, LIMPIAS, Y SIN ESMALTE.
5. CONCURRIR CON TODOS LOS ESTUDIOS DEL PREQUIRURGICO Y LA EVALUACIÓN DEL PEDIATRA.
6. AYUNO SEGÚN EDAD:

EDAD	Líquidos Claros	Pecho Materno	Leches formula y sólidos
Recién nacido a 6 meses	2 hs	3 hs	4 hs
De 6 meses a 3 años	3 hs	3 hs	6 hs
Mayor de 3 años	3 hs		8 hs

CITACIÓN:

1. SERA CITADO AL CONSULTORIO DE PRE ADMISIÓN UN DÍA (hábil) ANTES DE LA CIRUGÍA.
2. EN ESTE SECTOR SE LE INDICARA EL DÍA, HORA Y LUGAR DE INGRESO PARA LA CIRUGÍA.

Combate de los Pozos Nº 1881 (CPA: C 1245 AAM) | Ciudad Autónoma de Buenos Aires | República Argentina
Acceso pacientes: Pichincha Nº 1890
Teléfono: (54-11) 4122-6000 / www.garrahan.gov.ar

Indicaciones pre-quirúrgicas que todos los pacientes encuentran dentro del Set. Éstas deben ser cumplidas a fin de evitar demoras o suspensiones quirúrgicas..

Anexo 3.

SISTEMA DE CLASIFICACIÓN ASA

Sistema de clasificación que utiliza la American Society of Anesthesiologists (ASA) para estimar el riesgo que plantea la anestesia para los distintos estados del paciente.

Clase I	Paciente saludable no sometido a cirugía electiva
Clase II	Paciente con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante. Puede o no relacionarse con la causa de la intervención.
Clase III	Paciente con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante. Por ejemplo: cardiopatía severa o descompensada, diabetes mellitus no compensada acompañada de alteraciones orgánicas vasculares sistémicas (micro y macroangiopatía diabética), insuficiencia respiratoria de moderada a severa, angor pectoris, infarto al miocardio antiguo, etc.
Clase IV	Paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante, que constituye además amenaza constante para la vida, y que no siempre se puede corregir por medio de la cirugía. Por ejemplo: insuficiencias cardíaca, respiratoria y renal severas (descompensadas), angina persistente, miocarditis activa, diabetes mellitus descompensada con complicaciones severas en otros órganos, etc.
Clase V	Se trata del enfermo terminal o moribundo, cuya expectativa de vida no se espera sea mayor de 24 horas, con o sin tratamiento quirúrgico. Por ejemplo: ruptura de aneurisma aórtico con choque hipovolémico severo, traumatismo craneoencefálico con edema cerebral severo, embolismo pulmonar masivo, etc. La mayoría de estos pacientes requieren la cirugía como medida heroica con anestesia muy superficial.

<http://www.neurocirugia.com/escalas/asa.htm> 13/08/2005 10:31:44

Anexo 4. Centro Quirúrgico



Foto 1. Muestra el área de recepción pre-anestésica del Centro Quirúrgico



Foto 2 y 3. El área de recepción pre-anestésica del Centro Quirúrgico es una sector seguro y amigable, con juegos y computadoras, para que los niños perciban un ambiente no agresivo.



Foto 4 Área de recuperación post anestésica y Hospital de día/noche. Cada paciente tiene su cama asignada con privacidad, lo cual genera cierta confortabilidad y aceptación por parte del paciente y su familia.

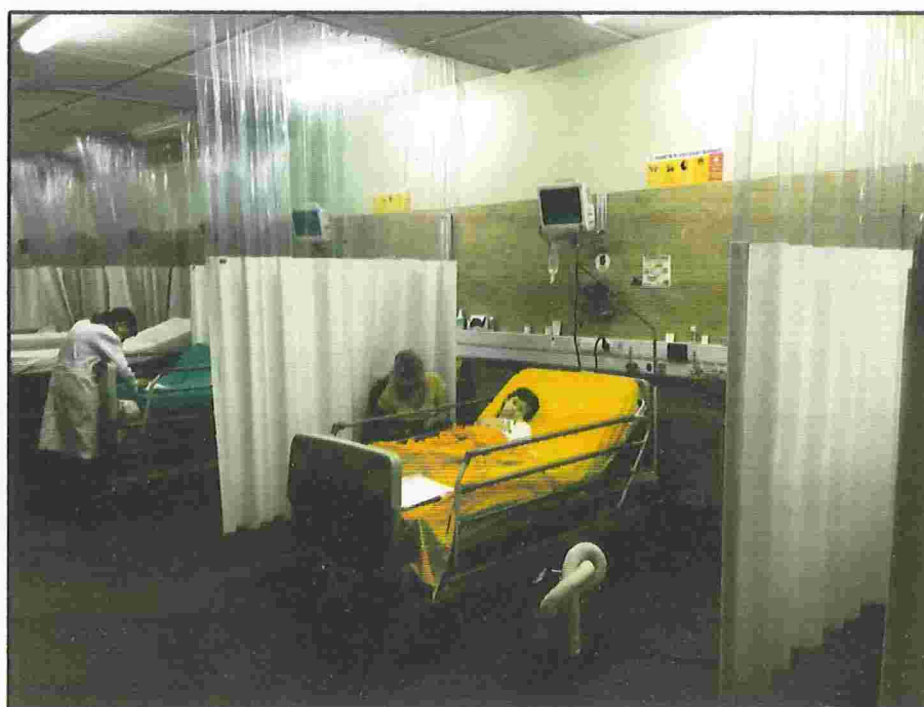


Foto 5 Área de recuperación post anestésica y Hospital de día/noche. Cada unidad está totalmente equipada con todo el instrumental y tecnología necesaria para contener el post-quirúrgico del paciente, y si fuera necesario su internación por 24 o 48 hs.

Anexo 5. Preguntas realizadas a los pacientes y familiares entrevistados.

ENTREVISTA

- ¿luego de su encuentro con el especialista quirúrgico, los tramites que debió realizar le resultaron fáciles?
- ¿Los tiempos otorgados para la Cirugía programada, le resultaron adecuados?
- ¿Le resultó beneficioso el NO tener que internarse antes de la cirugía?
- El otorgamiento del alta desde la recuperación post anestésica le pareció
- ¿Esta satisfecho con el proceso que inició en la etapa pre quirúrgica hasta que se fue de alta desde la recuperación post anestésica?

