



UNIVERSIDAD DE CIENCIAS EMPRESARIALES Y SOCIALES

Maestría en Administración de Servicios de Salud.

Director de la Maestría: Prof. Dr. Jorge Daniel Lemus Calderón

Tesis de Posgrado

Tema:

Análisis descriptivo de la situación del Sistema de Gestión Administrativo de un Servicio de Emergencias Médicas en el ámbito de un Sanatorio Privado del conurbano sur bonaerense.

Estudio de caso: Sanatorio Itoiz

– Avellaneda. Provincia de Buenos Aires -

Período: Años 2007 a 2008.

Autora: Dra. Marisa Silvana Sousa

Directora: Prof. Dra. Bibiana Gabriela Frare

Diciembre de 2013.

ÍNDICE ▶

Ref.	TEMAS	Nº Pág.
	Carátula.	
	Índice.	
	1. Introducción.	
1.1	Planteo del problema.	4
1.2	Justificación.	7
1.3	Antecedente histórico institucional del Sanatorio Itoiz.	8
1.4	Contexto.	
	1.4.1 Introducción a las Regiones Sanitarias de la Provincia de Buenos Aires.	11
	1.4.2 Diagnóstico de la Región Sanitaria VI.	13
	1.4.3 Caracterización sociodemográfica del Partido de Avellaneda.	30
1.5	Hipótesis.	37
1.6	Objetivos.	37
	2. Metodología.	
2.1	Tipo de Estudio.	38
2.2	Unidad de análisis.	38
2.3	Variables, dimensiones y subdimensiones.	38
2.4	Criterio de selección de casos.	38
2.5	Técnicas e Instrumentos.	38
2.6	Procesamiento de datos.	39
2.7	Fuentes.	39
	3. Marco teórico.	
3.1	La medicina de Emergencias.	
	3.1.1 Evolución de una especialidad.	40
	3.1.2 Definición de Emergentología.	45
	3.1.3 Emergencias vs. Urgencias Médicas.	47
3.2	Conceptos de calidad.	
	3.2.1 Introducción al concepto de calidad.	50
	3.2.2 Misión. Visión y valores.	52
	3.2.3 Principios claves de la Calidad total.	54
	3.2.4 Sistemas de calidad en servicios de urgencias y emergencias médicas.	56
	3.2.5 Marco teórico del Ciclo de Shewhart o Ciclo de Deming.	57
3.3	Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD).	64
3.4	Customer relationship managment (CRM).	69
3.5	Sistema de Clasificación de Pacientes (Triage) como herramienta de gestión administrativa.	
	3.5.1 Introducción.	75
	3.5.2 Breve historia del Triage de urgencias.	78
	3.5.3 Principios del sistema de Triage.	81
	3.5.4 Objetivos del sistema de Triage.	83
	3.5.5 Utilidad del sistema de Triage.	86
	3.5.6 Utilización del sistema de clasificación por colores.	87

3.5.7 Triage intrahospitalario vs. Triage extrahospitalario.	89
3.5.8 Categorías del Triage hospitalario.	93
4. Caracterización del Servicio de Guardia del Sanatorio Itoiz.	
4.1 Introducción.	99
4.2 Organización.	100
4.2.1 Área de Admisión.	105
4.2.1.1 Recepción.	105
4.2.1.2 Triage.	106
4.2.1.3 Comunicaciones.	110
4.2.1.4 Seguridad.	110
4.2.2 Área de atención de pacientes.	
4.2.2.1 Sala de Reanimación.	111
4.2.2.2 Cubículo o "Box" de atención.	111
4.2.2.3 Consultorios de Emergencias o "Fast Track".	113
4.2.2.4 Salas de Espera.	114
4.2.2.5 Sala de Yeso.	114
4.2.2.6 Sala de pacientes con excitación psicomotriz.	114
4.3 Estructura física.	115
4.4 Equipamiento.	115
4.5 Recursos humanos.	116
4.6 Guías informatizadas del Servicio de Emergencias.	123
4.6.1 Guía de Uso del Sistema Informático de Atención Médica.	124
4.6.2 Guía de Uso del Sistema Informático de pacientes de Aseguradora de Riesgo del Trabajo (ART).	142
4.6.3 Guía de Uso de Búsqueda de Resultados de Laboratorio.	146
4.7 Estadísticas del Servicio de Emergencias.	153
5. Discusión.	161
6. Conclusiones.	162
7. Bibliografía.	
7.1 Bibliografía General.	164
7.2 Sitios Web.	166
8. Anexo.	168

1. INTRODUCCIÓN.

1.1 PLANTEO DEL PROBLEMA.

El escenario actual muestra a los servicios de emergencias médicas colapsados. “La tendencia arrastra unos cuantos años y parece incrementarse a ritmo sostenido: en la última década, el número de consultas por guardia creció un 77% en los hospitales porteños. Los datos son elocuentes. Hacia 1995, las guardias de los hospitales públicos porteños mencionados recibían 1.520.314 consultas por año. En 2005, la cifra había trepado a 2.694.171, un nivel de incremento inédito y difícil de controlar. Los 33 hospitales de la Capital Federal atienden 9 millones de consultas anuales.

En el ámbito público del Gran Buenos Aires, el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires ya informaba en el año 2003 más de 2.500.000 de consultas médicas por año. Sólo en el partido de Avellaneda, primer cordón del conurbano bonaerense las mismas ascendían a 1.035.715.”¹

El problema no afecta sólo al sistema público. Similar panorama se encuentra en los Sanatorios Privados. Algunos de los cuales, entre los que se encuentra el Sanatorio Itoiz, equiparan en número de consultas a los Hospital Públicos de su área de influencia, con una realidad, estructural, tecnológica y económico financiera absolutamente diferente.

La explosión de la demanda obedece a diversos y complejos factores, entre ellos se destacan: dificultad para acceder a consultorios externos, imposibilidad de faltar a su lugar de trabajo, o simplemente que la población consulta por guardia patologías que deberían ser resueltas en otros ámbitos de atención médica. Esto último no es un detalle menor. Se calcula que el porcentaje de pacientes que concurren a la guardia, sin criterios de emergencia, puede constituir hasta el 70% de la consulta.

¹ Clarín Sociedad (29.05.06) “Hospitales: las guardias reciben más consultas y no dan abasto”.

Pero el incremento de consultas y el colapso de los servicios de urgencia no son los únicos problemas que enfrentan las guardias. La agresividad de algunos de los pacientes, la falta de respeto a la función médica, el aumento de las patologías originadas en la violencia, los trastornos graves de ansiedad, las fobias, las adicciones, los accidentes en general y de tránsito en particular, son otras formas de demanda comunitaria que deben afrontar los especialistas. Este cambio en el perfil de la patología asistida acompaña y expresa la actual realidad social.

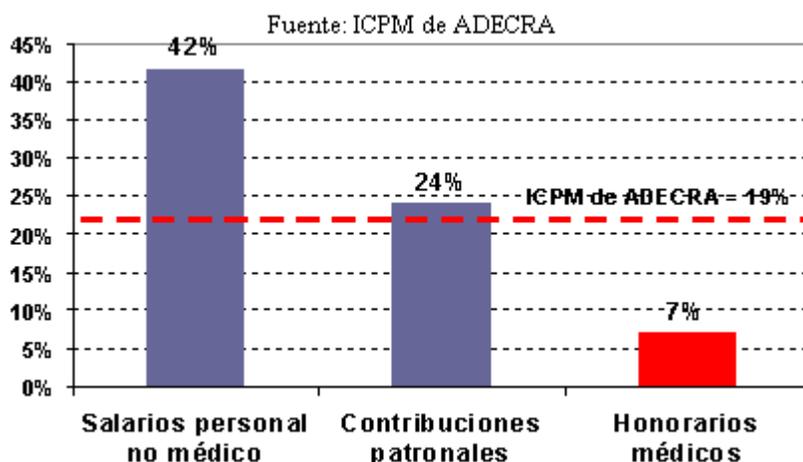
Por otra parte, la atención médica privada argentina, denota un desequilibrio entre los costos y los precios de manera continua, el mismo se profundiza y se manifiesta en retrasos de otras obligaciones tan importantes como los honorarios médicos, los pagos al fisco y la actualización tecnológica, entre otros ítems.

Según un informe del Departamento de Investigaciones Económicas de Adepra (Asociación de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados de la República Argentina) de mayo de 2006, Argentina viene creciendo en forma sostenida desde hace tres años con un producto bruto interno (PBI) del 9% anual, pero los problemas del sector salud se encuentran pendientes de resolución dentro de la deuda social. En el 2005, los costos de producir atención médica se han incrementado, medidos conservadoramente, en un 14%, en un año en que la inflación ha estado relativamente controlada ubicándose en el 12%.

Asimismo, se señala, que en el período que va entre diciembre de 2004 y mayo de 2006 los costos unitarios reales de las clínicas se han incrementado en un **19%**. El mayor aumento estuvo dado fundamentalmente por los **costos laborales** que se incrementaron un **29%**. Dentro de los costos laborales, se destacan los aumentos de salarios del personal no médico y los costos laborales asociados a dichos aumentos. Los costos en sueldos aumentaron un **42%** y las contribuciones patronales un **24%**.

Como se muestra en el gráfico N°1 el ajuste se ha dado en la relación de remuneraciones, entre salarios médicos y honorarios profesionales, dado que, como los aumentos del salario no médico terminaron absorbiendo buena parte de la recuperación del precio que las clínicas estaban obteniendo, éstas se vieron obligadas a aminorar (y en algunos casos, hasta posponer) los ajustes de los honorarios médicos. Es por ello que se observa que el aumento de los costos por honorarios médicos es de 7%.

Gráfico N°1. Aumento de costo laboral. Fuente: ICPM de Adecra. Diciembre 2004 – Mayo 2006



Como una de sus conclusiones, el informe permite identificar cuáles son los factores que más inciden en la suba de costos. El 90% del aumento de costos se explica por los aumentos del costo laboral y, dentro de los costos laborales, el 91% fue producido por aumentos de los salarios no médicos y las cargas sociales asociadas a dichos salarios.

Continuar con la situación como se viene dando exacerbará la conflictividad laboral a nivel del trabajo médico, impondrá mayores restricciones de recursos y llevará a una degradación muy seria en la calidad y en la seguridad de las prestaciones médicas en Argentina.



1.2 JUSTIFICACIÓN

El planteamiento inicial de este trabajo, surge de la motivación de aportar un detallado análisis de situación de la gestión administrativa, que permita un diagnóstico, del funcionamiento del Servicio de Emergencias, en el contexto de un Sanatorio Privado, del conurbano sur bonaerense, involucrado en el proceso de la calidad total y en actual evaluación de acreditación.

La información así utilizada, se transforma en una medida de la calidad de diferentes aspectos del servicio, y permite identificar áreas que presenten déficit, para poder luego direccionar nuestras futuras medidas de gestión basadas en mediciones objetivas.

Resulta mandatorio la transformación de la antigua guardia médica, en una unidad de negocios, el “Departamento de Emergencias”, en el contexto de un planeamiento estratégico global de la organización. Representa una oportunidad para servir a los individuos de la comunidad, con el conjunto más amplio posible de servicios, a la vista de los recursos propios, y de los recursos e intereses de los prestadores con los que se trabaja.

El uso de las demostradamente eficientes herramientas de gestión estratégica con las que una administración moderna cuenta, entre ellas el tablero integral de mando, outsourcing (tercerización), benchmarking (comparativo entre empresas), etc., permite proporcionar el más alto nivel de asistencia sanitaria, de la forma más económica posible, es decir, protegiendo las finanzas de la Institución y manteniendo la viabilidad de la misma, sin dejar de atender al cliente interno y sin comprometer la calidad de atención a la comunidad.

1.3 ANTECEDENTE HISTÓRICO INSTITUCIONAL. PRESENTACIÓN DEL SANATORIO ITOIZ.

El Sanatorio Itoiz es una institución con más de 75 años de trayectoria con sólido prestigio logrado a través de los años. Constituye un líder y un referente en la atención médica de la zona sur del Gran Buenos Aires. Fue inaugurado en 1937 con el nombre de Sanatorio Belgrano. Posteriormente fue trasladado de la Av. Belgrano (sede original) a la calle Alsina 174 de Avellaneda.



Fueron baluartes médicos de sus primeros años, los doctores Eduardo Otero, distinguido obstetra, el Dr. Alejandro Salleras, afamado oftalmólogo, el Dr. Reinaldo Tomasini (padre) reconocido cirujano, y el Dr. Aníbal Itoiz notable anatómo patólogo y cirujano.

Justamente, en homenaje a este último se debe el actual nombre del Sanatorio Itoiz, (ver figura N°1) que le fuera impuesto en 1955 en

ocasión de su muerte.

Figura N° 1. Fuente: www.itoiz.com.ar

Las primeras obras de modernización se realizaron en 1974.

En 1978 fue inaugurado el CAPI (Centro de Atención Pediátrica Integral) referente de la especialidad en toda la zona sur. A principios de la década del '80 fueron edificadas dos plantas en propiedad horizontal y en 1981 se creó OMA (Obra Médico Asistencial), el prepago del sanatorio, que llegó a contar con más de 7000 asociados. En 1986 se adquirió un nuevo predio en el que actualmente funciona la ART (Aseguradora De Riesgos del Trabajo), y es en ese mismo año que se incorporaron unidades de alta complejidad, como el Servicio de UTI (Unidad de Terapia Intensiva en Adultos).



En octubre de 1994 fue inaugurada su actual planta quirúrgica con una dotación de 5 (cinco) quirófanos (ver figura N°2) y un centro de diagnóstico integral, todos modernamente equipados.

A partir del año 2000 se completó la alta complejidad, con el desarrollo de los Servicios de Hemodinamia, Medicina Nuclear, Cirugía

Cardiovascular Central y Neurocirugía.

Figura N°2. Fuente: www.itoiz.com.ar

A partir del año 2001 comenzó la actividad descentralizada de los consultorios de atención médica ambulatoria, los cuales actualmente se encuentran distribuidos en distintas estructuras edilicias en torno al espacio geográfico de referencia de la estructura central del sanatorio.

En septiembre de 2004 fue inaugurado un edificio de 1200m² cubiertos distribuidos en seis plantas ubicados en Alsina 168. Avellaneda.

En el mes de Diciembre de 2005 abrió sus puertas en Av. Belgrano 714, el Servicio de Resonancia Magnética Nuclear (ver figura N°3 y figura N°4).



Figura N°3. Fuente: www.itoiz.com.ar



Figura N°4. Fuente: www.itoiz.com.ar

Durante el año 2008 fue adquirido el predio ubicado en Monseñor Piaggio 163, que en el futuro será destinado para ampliar dependencias del Sanatorio Itoiz.

Fue inaugurada en ese mismo año, la Farmacia Alsina, situada en Alsina 214, que constituye un importante complemento para la atención de los pacientes y fueron ampliados y modernizados el Servicio de Terapia Intensiva y el Servicio de Neonatología con notables cambios (ver figura N°5 y figura N°6) en su estructura edilicia y con un significativo aporte de equipamiento, insumos y de personal, tanto profesionales médicos como auxiliares.



Figura N°5. Fuente: www.itoiz.com.ar



Figura N°6. Fuente: www.itoiz.com.ar

Dentro del mencionado edificio de Alsina 168, (ver figura N°7) fueron puestos en funcionamiento, un área de cirugía ambulatoria con dos quirófanos, diez camas para internaciones clínicas y quirúrgicas breves, auditorium para cuarenta personas, moderno laboratorio completamente equipado, servicio de hemoterapia, amplias instalaciones para anatomía patológica y un **Servicio de Guardia para atención de Emergencias Médicas**, distribuido entre la planta baja y el primer piso.



Figura N°7. Fuente: www.itoiz.com.ar

Este último, constituye la unidad estratégica de negocios, lugar de estudio del presente trabajo.

1.4 CONTEXTO.

1.4.1 INTRODUCCIÓN A LAS REGIONES SANITARIAS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

El análisis descriptivo del presente trabajo parte desde una visión MACRO, entendiéndose como tal, el encuadre que nuestro lugar de estudio, el Sanatorio Itoiz, debe tener como perteneciente a la Región Sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires.

Esta provincia, una de las más importantes del país, está constituida por doce regiones sanitarias.

Según el censo de 2001, la población de la provincia de Buenos Aires es de 13.827.203, con una densidad poblacional de 45.0% por cada kilómetro cuadrado. En esta provincia se concentra el 38,2 por ciento de la población total del país. Es decir, casi el 40% del país vive en la Provincia de Buenos Aires.

Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos – INDEC - 2001.

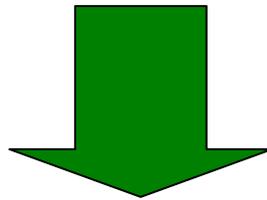
De esta forma, la estructura de desarrollo del contenido del presente análisis se realizará de la siguiente forma (ver figura N°8)

- ✓ Parte de la Región Sanitaria VI, Región Sanitaria a la que pertenece el Partido de Avellaneda.
- ✓ Recorre los datos del Municipio de Avellaneda, ciudad donde se encuentra geográficamente ubicado el Sanatorio Itoiz.
- ✓ Se adentra en el conocimiento del Sanatorio Itoiz.
- ✓ Finalmente caracteriza detalladamente al Servicio de Emergencias del Sanatorio.

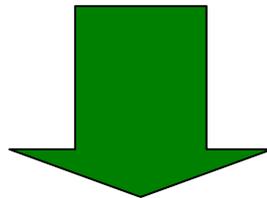
PROVINCIA BUENOS AIRES. DOCE REGIONES SANITARIAS REGIÓN SANITARIA VI

Ministerio de
Salud

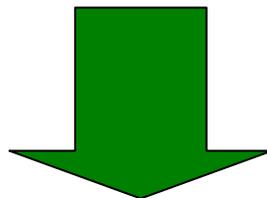
Buenos Aires
LA PROVINCIA



PARTIDO DE AVELLANEDA.



SANATORIO ITOIZ.



SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL SANATORIO ITOIZ.

Figura N°8. Fuente: Elaboración propia. 2008

Para realizar la caracterización de la Región Sanitaria VI, resulta necesario incluir en su análisis los siguientes ítems:

✓ **INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA.**

- DEMOGRAFÍA.

✓ **CONDICIONES DE VIDA.**

✓ **ESTADÍSTICAS VITALES.**

- ✎ NATALIDAD Y MORTALIDAD GENERAL.
- ✎ CINCO PRIMERAS CAUSAS DE MUERTE.
- ✎ EXPECTATIVA DE VIDA PARA LA REGIÓN.
- ✎ MORTALIDAD INFANTIL.

✓ **ESTRUCTURA PRESTACIONAL, PRODUCCIÓN y RENDIMIENTOS.**

Subsector público y privado.

✓ **MORBILIDAD HOSPITALARIA.**

✓ **ASPECTO ECONÓMICO - FINANCIERO.**

1.4.2 DIAGNÓSTICO DE LA REGIÓN SANITARIA VI DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

INTRODUCCIÓN.

La Provincia de Buenos Aires se divide en **XII Regiones Sanitarias**.

La información aquí suministrada, sistematiza los datos de cada Región Sanitaria de la Provincia de Buenos Aires, con especial enfoque en aquellos datos correspondientes a la **Región Sanitaria VI**, dentro de la cual se encuentra el sanatorio privado que motiva el presente trabajo.

REGIÓN SANITARIA VI. Comprende los siguientes **nueve partidos**: Almirante Brown Avellaneda, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, Lanús, Lomas de Zamora y Quilmes (ver figura N°9).

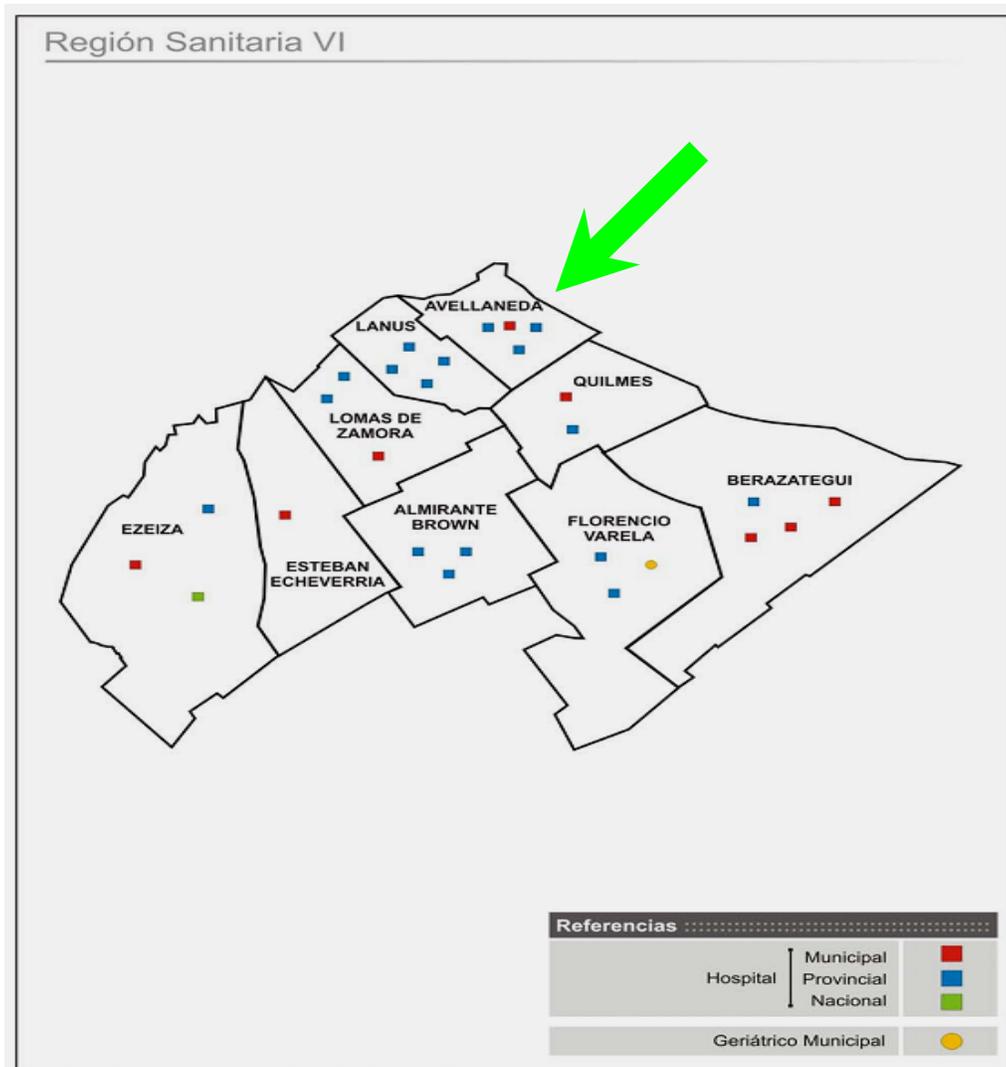


Figura N°9. Fuente: Diagnóstico de la Regiones Sanitarias. Ministerio Pcia. De Bs.As. 2007-2008.

Los datos aquí volcados facilitan el análisis necesario para los procesos de planificación, programación, conducción y evaluación de los programas y/o actividades de la salud, en la búsqueda de una mejor identificación de la demanda y caracterización de los sujetos sociales beneficiarios de la política de salud.

Los datos corresponden a los años 2007 y 2008, tomándose en cuenta la nueva regionalización establecida en el transcurso del año 2008. (Resolución Ministerial N°3611 del 22 de septiembre y la rectificatoria N°3894 del 20 de octubre de 2008).

SÍNTESIS INFORMATIVA.

- Conformada por nueve partidos pertenecientes en su totalidad al Conurbano bonaerense, se constituye no sólo en la Región más poblada de la provincia, sino también en la de mayor densidad. En el año 2007 posee 3.653.198 habitantes. En el mismo año hubo 67.280 nacidos vivos, con una tasa de natalidad de 18,4‰.
- En el mismo período se realizaron 8.962.397 consultas en los efectores públicos. Los egresos fueron de 124.599.
- En el año 2006, las dos primeras causas que originaron los egresos hospitalarios fueron el embarazo, parto y puerperio y los traumatismos y otros efectos de causas externas.
- En 2007 la mortalidad infantil arrojó una tasa del 14,3‰ y la tasa de muertes maternas fue de 3,9 ‰.
- En el año 2008 las defunciones infantiles alcanzaron cifras similares con 953 casos.
- En el año 2008, la Región Sanitaria VI cuenta con 27 establecimientos para internaciones para pacientes con patologías agudas (17 de dependencia provincial, 9 municipales y 1 nacional) y 337 sin internación (todos de dependencia municipal, excepto el Departamento de Zoonosis Urbanas de dependencia provincial). Hubo en la Región Sanitaria 2.693 camas agudas disponibles, lo que representa 0,7 cama aguda cada mil habitantes.

INFORMACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA.

DEMOGRAFÍA.

Ubicada al sur del Conurbano, la Región Sanitaria VI comprende nueve partidos, todos del Conurbano.

Ocupa una superficie total de 1.157 Km², esto es el 0,3% del territorio provincial.

El total de población asciende a 3.407.415 habitantes según el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas de 2001 (ver tabla N°1) Es la Región Sanitaria donde residen más cantidad de habitantes. Presenta una densidad de 2.945 hab./Km², ésta se eleva a 10.000 hab./Km² en el Municipio de Lanús, partido que posee el mayor nivel de concentración de población de toda la provincia. Todos los

municipios superan los 100.000 habitantes y Almirante Brown, Lomas de Zamora, y Quilmes poseen una población superior a las 500.000 personas.

Las características de la Región son típicamente urbanas, llegando dicha proporción al 100%.

INDICADORES DEMOGRÁFICOS
Región Sanitaria VI – Año 2001

Partido	Población		Tasa de incremento medio anual (%)	Superficie en km ²	Densidad hab/km ²
	1991	2001			
Almirante Brown	450.698	515.556	12,8	122	4225,9
Avellaneda	344.991	328.980	-4,5	55	5981,5
Berazategui	244.929	287.913	15,4	188	1531,5
Esteban Echeverría	198.335	243.974	19,8	120	2033,1
Ezeiza	75.298	118.807	43,5	223	532,8
Florencio Varela	254.940	348.970	30,0	190	1836,7
Lanús	468.561	453.082	-3,2	45	10068,5
Lomas de Zamora	574.330	591.345	2,8	89	6644,3
Quilmes	511.234	518.788	1,4	125	4150,3
Total Región VI	3.123.316	3.407.415	8,3	1.157	2.945,0

Tabla N°1. Fuente: Diagnóstico de Regiones Sanitarias. Pcia. Bs.As. 2007-2008.

La tasa de incremento medio anual, que mide el ritmo de crecimiento del período intercensal 1991-2001, asciende a 9,1%, muy similar al dato para el total provincial (8,9%). El comportamiento del crecimiento para los distintos municipios presenta marcadas disparidades. Así el partido de Ezeiza tiene una tasa muy alta: 57%. Este municipio se creó en el año 1994, en tierras cedidas en su gran mayoría por el partido de Esteban Echeverría. En su territorio aún quedan zonas sujetas al avance de la urbanización.

Por otra parte Quilmes y Lomas de Zamora tienen muy bajo crecimiento y otros Municipios como Lanús y **Avellaneda** ostentan **tasas negativas** con plena saturación de su superficie a construir.

La proyección de población para el año 2008² es de 3.683.919 habitantes, con una densidad de 3.184,0 hab. /Km².

Con respecto a la **composición por sexo**, para el año 2008 el índice proyectado de masculinidad para la Región es 95,4 varones por cada 100 mujeres, dando cuenta de la **supremacía de mujeres**, debido al envejecimiento de la población de los municipios donde hay mayor cantidad de habitantes (ver tabla N°2).

En cuanto a la estructura por edad (proyección 2008), (ver tabla N°2) el 24,9% de la población es menor de 15 años, el 65,1% tiene entre 15 y 64 años y 9,9% es mayor de 65 años, el índice de dependencia es 53,4 y el de vejez 39,6. En esta Región existen zonas con diferencias importantes de estructura etárea. Así en **Avellaneda** y Lanús el índice de vejez asciende a 71 (proyección 2008) y la proporción de población de 65 años y más es de alrededor del 14% (proyectado 2008), **denotando una población con los más altos niveles de envejecimiento de la provincia**. Por otra parte Esteban Echeverría, Ezeiza y Florencio Varela son municipios con alto porcentaje de población de menos de 15 años, con estructuras por edad jóvenes.

² Proyección población 2008. Fuente: Dirección Provincial de Estadísticas. Provincia de Bs.As.

Región Sanitaria VI – Año 2008 (proyección)

Partido	Población		Índice de masculini.	% grandes grupos de edad			Índice de dependencia	Índice de vejez
	Varones	Mujeres		0 - 14	15 - 64	65 y +		
Almirante Brown	279.417	289.131	96,6	26,94	64,68	8,38	54,61	31,12
Avellaneda	162.915	179.683	90,7	19,82	65,95	14,23	51,62	71,81
Berazategui	157.094	162.322	96,8	26,19	65,72	8,09	52,16	30,91
Esteban Echeverría	134.492	137.632	97,7	28,24	64,96	6,81	53,95	24,10
Ezeiza	71.743	71.830	99,9	30,24	63,95	5,82	56,38	19,23
Florencio Varela	204.054	202.668	100,7	31,25	63,57	5,19	57,32	16,60
Lanús	221.155	241.799	91,5	19,94	65,85	14,21	51,86	71,26
Lomas de Zamora	302.274	319.864	94,5	23,47	65,55	10,98	52,56	46,80
Quilmes	265.019	280.827	94,4	23,48	65,61	10,91	52,41	46,48
Total Región VI	1.798.163	1.885.756	95,4	24,93	65,19	9,88	53,40	39,62

Tabla N°2. Fuente: Diagnóstico de Regiones Sanitarias. Pcia. Bs.As. 2007-2008.

CONDICIONES DE VIDA.

Según cifras censales, en la Región habitaban más de 620.000 personas en condiciones de **extrema pobreza, constituyendo casi el 30% de los pobres estructurales del total de la provincia**. El conjunto de personas de la Región con necesidades básicas insatisfechas (NBI) alcanzaba el 18,3%, índice que varía desde el 30% en Florencio Varela al 10% en Avellaneda (Ver Tabla N°3). En cuanto a los hogares con NBI, el 15,2% del total de la Región se hallaba en esta situación, en valores absolutos representaban 142.000 hogares.

CONDICIONES DE VIDA

Hogares y Población: total y con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI)

Región Sanitaria VI - Año 2001

Partido	Hogares			Población		
	Total	con NBI	%	Total	con NBI	%
Almirante Brown	133.787	21.780	16,3	512.517	99.014	19,3
Avellaneda	100.853	9.341	9,3	327.618	35.115	10,7
Berazategui	75.603	12.568	16,6	287.207	55.861	19,4
Esteban Echeverría	62.937	10.999	17,5	243.485	49.773	20,4
Ezeiza	29.574	6.664	22,5	116.006	30.288	26,1
Florencio Varela	84.958	22.694	26,7	346.223	105.121	30,4
Lanús	135.447	13.364	9,9	451.067	52.691	11,7
Lomas de Zamora	164.430	23.273	14,2	587.795	101.385	17,2
Quilmes	144.671	21.323	14,7	516.404	91.015	17,6
Total Región VI	932.260	142.006	15,2	3.388.322	620.263	18,3

Tabla N°3. Fuente: Diagnóstico de Regiones Sanitarias. Pcia. Bs.As. 2007-2008.

El 23,3% de los hogares habitaba viviendas de tipo deficitario. Este indicador presentaba el valor más alto en el partido de Florencio Varela, llegando casi al 45% de la población con estas características. En términos absolutos, quienes vivían en estas condiciones, en el total regional, sumaban alrededor de 900.000 personas.

El 31% de la población no tenía acceso a la red de agua corriente con provisión dentro de la vivienda y el 70% no tenía acceso a la red cloacal. La carencia de uno o ambos servicios alcanzaba al 72% de la población. Esta situación presentaba sus máximas limitaciones en los municipios de Ezeiza, Esteban Echeverría, Almirante Brown y Florencio Varela.

Relacionado con la cobertura en salud el 52,1% de los habitantes no tenía obra social y/o plan médico prepago o mutual (ver tabla N°4). Se trataba de 1.773.632 personas sin esta protección. Era más notable el porcentaje de población en esta situación en los partidos de Ezeiza y Florencio Varela, en este último, se trataba del 65,3%.

Porcentaje de población sin obra social, plan médico prepago o mutual
Región Sanitaria VI - Año 2001

Partido	Población Total	Con obra social, plan médico o mutual	Sin obra social, plan médico o mutual	% Sin obra social, plan médico o mutual
Almirante Brown	515.556	238.833	276.723	53,7
Avellaneda	328.980	189.781	139.199	42,3
Berazategui	287.913	128.042	159.871	55,5
Esteban Echeverría	243.974	109.687	134.287	55,0
Ezeiza	118.807	48.341	70.466	59,3
Florencio Varela	348.970	120.963	228.007	65,3
Lanús	453.082	246.329	206.753	45,6
Lomas de Zamora	591.345	287.779	303.566	51,3
Quilmes	518.788	264.028	254.760	49,1
Total Región VI	3.407.415	1.633.783	1.773.632	52,1

Tabla N°4. Fuente: Diagnóstico de Regiones Sanitarias. Pcia. Bs.As. 2007-2008.

SALUD.
ESTADÍSTICAS VITALES.
NATALIDAD Y MORTALIDAD GENERAL.

En la Región Sanitaria VI se han registrado durante el **año 2007**:

- 67.280 nacidos vivos, lo que representa una **tasa de natalidad de 18,4‰** (superior a la tasa provincial de 17,7‰), con un rango entre 16,2‰ en el partido de Lanús y 22,0‰ en Ezeiza.

Si bien este último presenta la tasa de natalidad más elevada de la Región Sanitaria, el que acumula el mayor número absoluto de nacidos vivos es el Municipio de Lomas de Zamora.

- 30.596 defunciones generales (ver tabla N°5) lo cual corresponde a una **tasa de mortalidad general de 8,4‰**, con un rango que va de 5,5‰ en Florencio

Varela a 11,6‰ en **Avellaneda** cuya tasa, la más elevada de la Región, obedece a la estructura poblacional envejecida de este Municipio.

Estadísticas Vitales
Región Sanitaria VI – Serie 2001–2007

AÑOS	POBLACIÓN	NACIDOS VIVOS	TN	DEFUNCIONES GENERALES	TMG	DEFUNCIONES <1 AÑO	TMI
2001	3.477.750	62.308	17,9	28.380	8,2	998	16,0
2002	3.511.038	63.977	18,2	28.938	8,2	1.103	17,2
2003	3.544.656	63.389	17,9	29.083	8,2	1.079	17,0
2004	3.578.604	67.894	19	28.720	8,0	940	13,8
2005	3.592.892	67.614	18,8	28.545	7,9	919	13,6
2006	3.622.552	65.904	18,2	28.333	7,8	862	13,1
2007	3.653.198	67.280	18,4	30.596	8,4	960	14,3

TN= Tasa Natalidad; TMG= Tasa Mortalidad General; TMI= Tasa Mortalidad Infantil.

Tabla N°5. Fuente: Diagnóstico de Regiones Sanitarias. Pcia. Bs.As. 2007-2008.

En esta Región Sanitaria, las tasas de natalidad y mortalidad general presentan valores estables aunque se registró un ascenso de la natalidad en el año 2004. Es necesario recordar que los indicadores en esta Región Sanitaria enmascaran diferencias entre los distintos Municipios.

En el **año 2007**, las **cinco primeras causas de muerte** que constituyen el 65,8% del total de defunciones (n: 30.596) de la Región Sanitaria VI, son: (ver tabla N°6)

- Enfermedades del corazón: 30,6% (n: 9.365)
- Tumores: 15,7% (n: 4.812)
- Enfermedades infecciosas: 9,6% (n: 2.927)
- Enfermedades cerebrovasculares: 5,0% (n: 1.531)
- Causas externas: 4,9% (n: 1.484)

**Principales causas de defunción – Total regional y por sexo
Región Sanitaria VI – Año 2007**

CAUSAS DE MUERTE	TOTAL*			VARONES			MUJERES		
	Orden	Nº def.	%	Orden	Nº def.	%	Orden	Nº def.	%
TOTAL*		30.596	100,0		15.850	100,0		14.725	100,0
Enfermedades del corazón	1	9.365	30,6	1	4.461	28,1	1	4.902	33,3
Tumores	2	4.812	15,7	2	2.578	16,3	2	2.230	15,1
Enfermedades infecciosas	3	2.927	9,6	3	1.518	9,6	3	1.406	9,5
Enfermedades cerebrovasculares	4	1.531	5,0	5	723	4,6	4	807	5,5
Causas externas	5	1.484	4,9	4	1.130	7,1	5	352	2,4

* TODAS LAS EDADES

Tabla N°6.Fuente: Diagnóstico de Regiones Sanitarias. Pcia. Bs.As. 2007-2008.

Se desprende de los datos una **estructura de mortalidad estable** en esta Región Sanitaria, con los mismos grupos que prevalecen en la provincia, aunque es mayor la incidencia de patologías cardíacas e inferior la mortalidad proporcional por tumores (ver figura N°10).

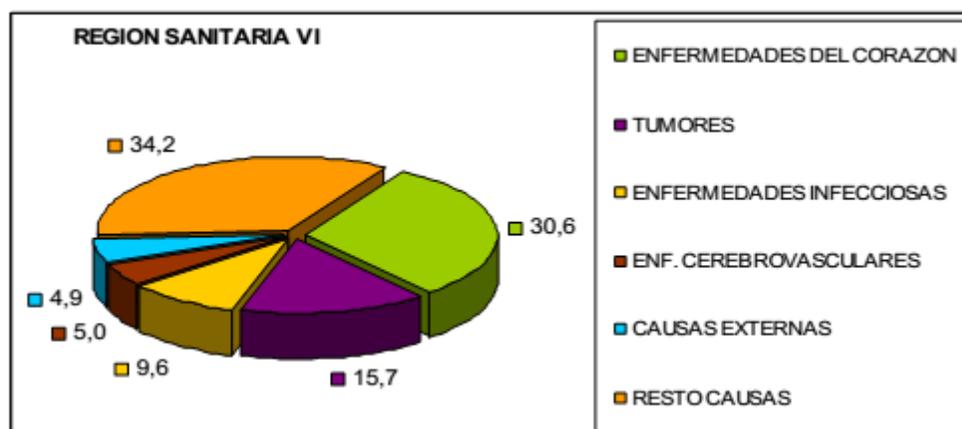


Figura N°10.Fuente: Diagnóstico de Regiones Sanitarias. Pcia. Bs.As. 2007-2008.

La **expectativa de vida** en la Región es de **73,04 años para ambos sexos**, siendo de 69,28 para los varones y 75,93 para las mujeres (DIS - (Dirección de Información Sistematizada) – Período 2002-2004.)

MORTALIDAD INFANTIL.

La Región concentra el **27%** de las **muerres infantiles totales**.

En el año 2007 se ubicó en **14,3‰**, con una tasa de mortalidad neonatal de 8,2 y post neonatal de 6,0‰. Existen marcadas diferencias entre los municipios, ya que en el año que nos ocupa, la TMI (tasa de mortalidad infantil) varió entre 9,7‰ en Avellaneda y 19,2‰ en Ezeiza (ver tabla N°7).

ESTADÍSTICAS VITALES Región Sanitaria VI – Año 2007

Partido	Población	Nacidos Vivos	TN	Def. Gral.	TMG	Def. <1 año	TMI
Almirante Brown	562.063	9.647	17,2	4.021	7,2	118	12,2
Avellaneda	342.729	6.109	17,8	3.981	11,6	59	9,7
Berazategui	315.347	5.697	18,1	2.237	7,1	78	13,7
Esteban Echeverría	268.093	5.655	21,1	1.721	6,4	77	13,6
Ezeiza	139.844	3.079	22,0	819	5,9	59	19,2
Florencio Varela	398.433	7.938	19,9	2.203	5,5	134	16,9
Lanús	463.254	7.509	16,2	4.925	10,6	86	11,5
Lomas de Zamora	619.527	11.150	18,0	5.623	9,1	179	16,1
Quilmes	543.908	10.496	19,3	5.066	9,3	170	16,2
Total	3.653.198	67.280	18,4	30.596	8,4	960	14,3

Tabla N°7. Fuente: Diagnóstico de Regiones Sanitarias. Pcia. Bs.As. 2007-2008.

En la serie 2001-2007 se observa un aumento de la TMI en los años 2002 y 2003 y un descenso a partir del año 2004. En el año 2006 el descenso fue muy notorio, con más de 4 puntos de diferencia con la tasa del año 2002 en que se registró el valor más elevado del período en consideración. Sin embargo, en 2007 vuelve a incrementarse en más de un punto.

El 59,3% de las muertes neonatales y el 60,2% de las post neonatales podrían haberse reducido con acciones de prevención, diagnóstico y/o tratamiento oportuno; estos elevados porcentajes muestran que pese a los muy buenos resultados del último período, quedan muchas acciones a emprender para disminuir las muertes infantiles.

En el año 2008 las defunciones infantiles alcanzaron cifras similares con 953 casos, 581 neonatales y 372 post neonatales. Si bien estos últimos tuvieron un descenso (- 35 casos), se compensa con un aumento de las defunciones de hasta 27 días (+ 28 casos).

La **mortalidad materna** de la Región ha sido en general elevada. La tasa de mortalidad materna en el **año 2007 fue del 3,9⁰/1000**, con 26 defunciones maternas. En términos absolutos, **es la Región que más casos registra en los últimos dos años.**

ESTRUCTURA PRESTACIONAL, PRODUCCIÓN y RENDIMIENTOS.

En el **año 2008**, la Región Sanitaria VI cuenta con **27 establecimientos para internación** (17 de dependencia provincial, 9 municipales y 1 nacional denominado Base Sanidad Aeroportuaria) y **337 sin internación**, todos de dependencia municipal, excepto el Departamento de Zoonosis Urbanas de dependencia provincial (ver tabla N°8).

ESTRUCTURA PRESTACIONAL
Establecimientos con y sin Internación y Promedio de Camas Disponibles
según dependencia administrativa y partido
Región Sanitaria VI - Año 2008 (cifras provisorias)

Partidos	Total *			Provinciales			Municipales			Nacionales			Privados	
	Establec.		Camas	Establec.		Camas	Establec.		Camas	Establec.		Camas	Establec.	Camas
	Con Int.	Sin Int.		Con Int.	Sin Int.		Con Int.	Sin Int.		Con	Sin			
Almirante Brown	3	22	410	3	-	410	-	22	-	-	-	-	9	858
Avellaneda	4	37	718	3	1	650	1	36	68	-	-	-	10	575
Berazategui	4	43	230	1	-	215	3	43	15	-	-	-	2	72
Esteban Echeverría	1	27	134	-	-	-	1	27	134	-	-	-	2	89
Ezeiza	3	21	163	1	-	144	1	21	16	1	-	3	2	131
Florencio Varela (+)	3	40	237	2	-	189	1	40	48	-	-	-	3	152
Lanús	4	51	456	4	-	456	-	51	-	-	-	-	11	691
Lomas de Zamora	3	48	1.276	2	-	1.200	1	48	76	-	-	-	20	756
Quilmes	2	48	220	1	-	154	1	48	66	-	-	-	24	1.312
Total Región VI	27	337	3.844	17	1	3.418	9	336	423	1	-	3	83	4.636

* Total subsector público.

(+) El Hospital de El Cruce tiene un mes de internación.

Tabla N°8. Fuente: Diagnóstico de Regiones Sanitarias. Pcia. Bs.As. 2007-2008.

En el partido de Lomas de Zamora, el Hospital Interzonal Psiquiátrico Dr. José A. Estévez, con 1.082 camas, es uno de los tres efectores que posee la provincia para la atención de este tipo de pacientes. En el municipio de Almirante Brown se ubica el Hospital Dr. Jorge, único establecimiento de rehabilitación provincial, con 132 camas.

En el **año 2008** hubo en la Región Sanitaria **3.844 camas disponibles (promedio)** distribuidas de la siguiente manera: (ver tabla N°9)

- 3.418 (88,9%) de dependencia provincial.
- 423 (11,0%) de dependencia municipal.
- 3 (0,01%) son nacionales (camas de observación de la Base Sanidad Aeroportuaria).

El subsector público en su conjunto cuenta con 2.693 camas agudas, o sea **0,7 cama aguda/1.000 habitantes**. En cuanto a la totalidad de las **camas disponibles**, la relación es de **1,0 cama por mil habitantes**, con una variación de 0,5 en Esteban Echeverría a 2,1 en Avellaneda.

En el año 2007, el número total de consultas de la Región Sanitaria fue de 8.962.397 de las cuales (ver tabla N°9):

- 2.676.997 (29,9%) corresponden a establecimientos de dependencia provincial.
- 6.285.400 (70,1%) corresponden a establecimientos de dependencia municipal.

El mismo año los **egresos** de la Región han alcanzado un total de **124.599** de los cuales:

- 103.481 (83,0%) corresponden a establecimientos de dependencia provincial.
- 21.118 (16,9%) corresponden a establecimientos municipales.

PRODUCCIÓN
Consultas y Egresos según dependencia administrativa y partido
Región Sanitaria VI - Año 2007

Partidos	Total		Provinciales		Municipales	
	Consultas	Egresos	Consultas	Egresos	Consultas	Egresos
ALMIRANTE BROWN	688.023	17.732	393.863	17.732	294.160	
AVELLANEDA	1.115.636	22.130	527.615	19.422	588.021	2.708
BERAZATEGUI	1.317.398	14.349	206.405	9.958	1.110.993	4.391
ESTEBAN ECHEVERRIA	500.086	6.971			500.086	6.971
EZEIZA	566.891	8.824	132.676	8.194	434.215	630
FLORENCIO VARELA	1.089.320	12.761	303.466	12.749	785.854	12
LANUS	1.216.342	17.124	590.091	17.124	626.251	
LOMAS DE ZAMORA	1.590.809	12.304	300.857	9.798	1.289.952	2.506
QUILMES	877.892	12.404	222.024	8.504	655.868	3.900
Total Región VI	8.962.397	124.599	2.676.997	103.481	6.285.400	21.118

Tabla N°9. Fuente: Diagnóstico de Regiones Sanitarias. Pcia. Bs.As. 2007-2008.

En el año 2008 las consultas externas aumentaron a 9.391.224 y los egresos ascendieron a 129.141.

El **porcentaje ocupacional** del conjunto del subsector público fue de **77,5%**, siendo de 79,2% en los establecimientos provinciales, representando la mayor concentración de la oferta provincial. En los municipales, que tienen menor nivel de complejidad, el índice de ocupación fue de 63,4%.

➤ EN EL AÑO 2008, LA REGIÓN SANITARIA VI POSEE 83 ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS CON INTERNACIÓN, CON UN TOTAL DE 4.636 CAMAS.

MORBILIDAD HOSPITALARIA.

En el **año 2006, los egresos hospitalarios por causa** corresponden a los ocurridos en los establecimientos de la Región Sanitaria (ver tabla N°10).

El mismo año, las cinco primeras causas que originan los más de 130.000 egresos de la Región Sanitaria, son las siguientes:

- ✓ Embarazo.
 - ✓ Parto y puerperio.
 - ✓ Traumatismos y otras causas externas.
 - ✓ Enfermedades del sistema respiratorio.
 - ✓ Patologías del sistema digestivo y las del sistema circulatorio.
-
- **Las primeras cinco causas acumulan cerca del 70 % de los egresos.**
 - **El grupo embarazo, parto y puerperio es el de mayor peso relativo de todas las Regiones Sanitarias con 33,3%.**

DESCRIPCION	EGRESOS	%
EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	43.436	33,30
TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS Y ALGUNAS OTRAS CONSECUENCIAS DE CAUSAS EXTERNAS	13.306	10,20
ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	12.716	9,75
ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	11.979	9,18
ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO	9.588	7,35
SINTOMAS, SIGNOS Y HALLAZGOS ANORMALES CLINICOS DE LABORATORIO NO CLASIFICADOS EN OTRA PARTE	5.831	4,47
CIERTAS AFECCIONES ORIGINADAS EN EL PERIODO PERINATAL	5.801	4,45
TUMORES (NEOPLASIAS)	4.484	3,44
ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO	4.328	3,32
FACTORES QUE INFLUYEN EN EL ESTADO DE SALUD Y CONTACTO CON LOS SERVICIOS DE SALUD	4.205	3,22
CIERTAS ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	3.910	3,00
TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	3.185	2,44
ENFERMEDADES ENDOCRINAS, NUTRICIONALES Y METABOLICAS	2.465	1,89
ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO SUBCUTANEO	1.569	1,20
ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO	1.157	0,89
ENFERMEDADES DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	1.016	0,78
ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS QUE AFECTAN EL MECANISMO DE LA INMUNIDAD	603	0,46
MALFORMACIONES CONGENITAS, DEFORMIDADES Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS	530	0,41
ENFERMEDADES DEL OIDO Y DE LA APOFISIS MASTOIDES	191	0,15
ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS	120	0,09
TOTAL	130.420	100,00

Tabla N°10. Fuente: Diagnóstico de Regiones Sanitarias. Pcia. Bs.As. 2007-2008.

ASPECTO ECONÓMICO – FINANCIERO.

En el año 2007, el gasto público provincial más el municipal, en salud por habitante sin cobertura de obra social, plan médico prepago o mutual fue estimado en \$350.* El 68% de este gasto fue realizado directamente por los hospitales provinciales (\$235), mientras que el 32% restante correspondió a gasto ejecutado por los gobiernos municipales (\$115) (ver figura N°10).

La coparticipación municipal del régimen salud cubrió el 47% del gasto finalidad salud municipal por habitante sin obra social, mutual o plan prepago (\$54), mientras que el 53% restante (\$61) se financió con otros recursos municipales (resto de coparticipación, tasas, etc.) (ver tabla N°11).

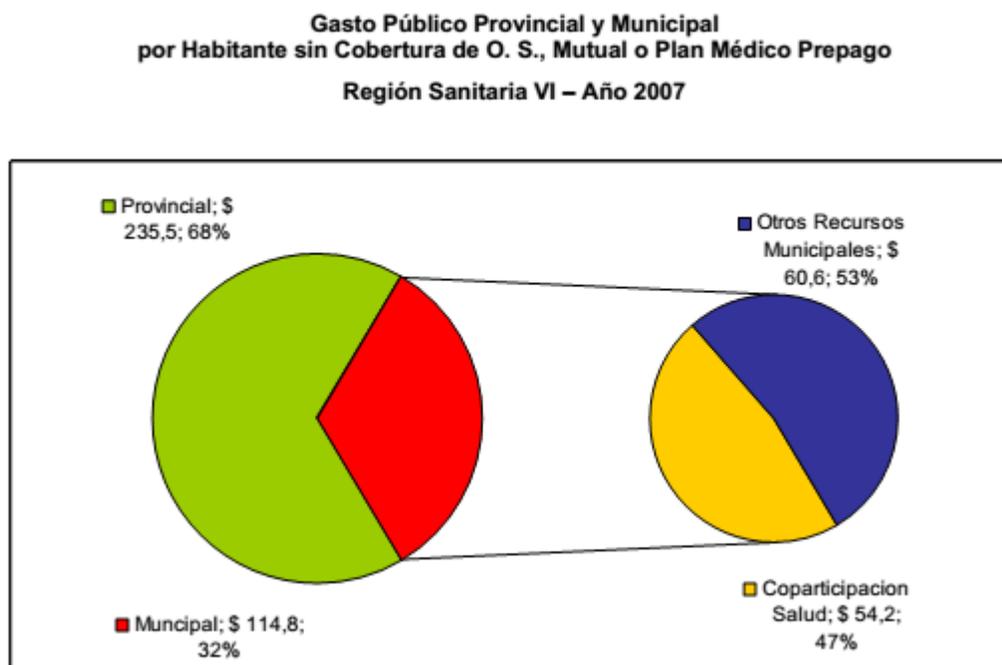


Figura N°10. Fuente: Diagnóstico de Regiones Sanitarias. Pcia. Bs.As. 2007-2008.

**El gasto público provincial corresponde al gasto de los hospitales provinciales distribuido entre los municipios según el partido de residencia de los egresos.

GASTO Y COPARTICIPACIÓN SALUD MUNICIPAL
Región Sanitaria VI – Año 2007

Partidos	(en \$)			
	Copart. Salud Municipal (CSM)	Gasto Finalidad Salud Municipal (GFSM)	Gasto Hospitalario Provincial (GHP)*	Gasto Público Pcial. y Munic. (GFSM)+ (GHP)
ALMIRANTE BROWN	4.009.553	9.374.888	72.713.571	82.088.459
AVELLANEDA	12.843.649	29.918.663	54.038.319	83.956.982
BERAZATEGUI	13.593.664	16.298.717	41.082.243	57.380.960
ESTEBAN ECHEVERRIA	14.550.530	33.427.457	11.792.068	45.219.525
EZEIZA	4.826.169	23.054.515	16.205.933	39.260.448
FLORENCIO VARELA	11.528.402	16.371.497	58.130.803	74.502.300
LANUS	9.658.412	27.533.982	65.204.507	92.738.489
LOMAS DE ZAMORA	16.175.830	32.500.122	61.754.987	94.255.109
QUILMES	14.339.410	26.644.536	60.488.239	87.132.775
TOTAL	101.525.618	215.124.377	441.410.671	656.535.047

Tabla N°11. Fuente: Diagnóstico de Regiones Sanitarias. Pcia. Bs.As. 2007-2008.

1.4.3 CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DEL PARTIDO DE AVELLANEDA.

En marketing el cliente es el punto focal de todos nuestros esfuerzos. Para implementar con éxito propuestas de gestión administrativa destinadas finalmente a nuestro cliente, se debe realizar una investigación de mercado. La misma, puede ser de tipo descriptiva de las características (sexo, edad, estado civil, etc.) de los usuarios de determinado servicio. Se presenta a continuación la descripción sociodemográfica del partido de Avellaneda acorde a la información aportada por la Dirección Provincial de Estadística en base al Censo de 2001.

El partido de Avellaneda conforma uno de los 134 municipios en que se halla dividida la Provincia de Buenos Aires, distrito que concentra el 38.2% de los habitantes del país.

Limita con los partidos de: Lanús al oeste, Quilmes al sur, y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires al norte, de la cual se encuentra separado por el Riachuelo. Integra el denominado Gran Buenos Aires junto con los partidos de Almirante Brown, Berazategui, Ezeiza, Florencio Varela, General San Martín, Hurlingham, Ituzaingo, José C. Paz, Lanús, La Matanza, Lomas de Zamora, Malvinas Argentinas, Merlo, Moreno, Morón, Presidente Perón, Quilmes, San Fernando, San Isidro, San Miguel, San Vicente, Tigre, Tres de Febrero y Vicente López, que rodea la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, conformando junto con ella el Área Metropolitana de Buenos Aires (AMBA).

Avellaneda se encuentra en el llamado “primer cordón” del conurbano.

Se divide a su vez, en nueve localidades, Avellaneda Centro, Crucecita, Sarandí, Villa Domínico, Wilde, Gerli, Piñeiro, Dock Sud y el Área de Reserva.

Pese a que su **superficie -55 km²**- representa algo más que la centésima parte de la superficie de la provincia de Buenos Aires, presenta una **densidad poblacional muy alta**, ya que cuenta con 5981 habitantes por kilómetro cuadrado.

A modo de referencia, los 24 partidos del Conurbano tienen en conjunto una densidad de 2945 habitantes por km².

La población está compuesta por **328980 habitantes** según datos del Censo Nacional De Población y Vivienda del año 2001, habiendo experimentado un **decremento del 4.6%** con respecto a la cifra determinada por el Censo 1991(344991habitantes). Esta disminución fue más marcada en el sexo masculino (5.4%), mientras que la población femenina se redujo en un 4%.

La **población masculina** es de 155.450 hombres que representan un **47.3%** del total, mientras que la femenina está conformada por 173.530 **mujeres** que predominan concentrando el **52.7% de la población del partido**. El **61.5%** de la población **es nativo de la Provincia de Buenos Aires**, el 31.0% nacido en otras provincias y el 7.5% de los habitantes son extranjeros.

De las personas censadas, el 8.6% no residían en el Partido 5 años previos al censo. Dentro de este grupo, el 82% (23193 personas) vivían en otros partidos de la provincia de Buenos Aires, el 12% (3481) vivían en otra provincia argentina y el 6% (1593) vivía en otro país.

La población de Avellaneda en su conjunto representa el 2.04% de la población total de la provincia y el 3.8% de la población del Conurbano Bonaerense.

A diferencia del comportamiento demográfico observado en Avellaneda, la variación intercensal que experimentó la provincia de Buenos Aires fue del 9.8% de incremento poblacional. Si se considera a la Región Sanitaria VI, ésta también aumentó su población de manera similar a la provincia, en un 8.3%.

El análisis de la estructura etárea del partido determina que:

- ✔ **29.7% (97595) de la población tiene entre 0 y 19 años.**
 - ✔ **56.5% (185753) se halla comprendido entre los 20 y 64 años.**
 - ✔ **los mayores de 65 años representan el 13.9% del total (45632).**
-

Se evidenciaron cambios en la estructura poblacional de Avellaneda, experimentados en la década intercensal y que fueron puestos de manifiesto a través de los datos actualmente disponibles del censo poblacional 2001.

La población de Avellaneda muestra una tendencia al envejecimiento, ya que en el año 1991 los menores de 20 años representaban el 32.5% del total, mientras que, para el 2001 esta franja etárea concentró el 29.7% de los habitantes. Paralelamente y en sentido inverso, mientras que los mayores de 65 años representaban el 11.7% de la población en el año 1991, en 2001 esta cifra se elevó al 13.9%.

Considerando la estructura del sector salud, Avellaneda forma parte de la Región Sanitaria VI del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, dada la habitual comparación de indicadores entre jurisdicciones, se muestra la población correspondiente a la Región Sanitaria VI y a la Provincia de Buenos Aires.

La población residente en Avellaneda representa el 9.7% de la población de la Región Sanitaria (ver tabla N°12).

Indicador	Avellaneda	Región VI	Pcia. Bs As
Población total	328980	3407415	13827203
Población femenina	173530	1752920	7101324
Población masculina	155450	1654495	6725879
Población menor 15 años (%)	22.0	27.3	26.6
Población 1-64 años (%)	64.1	63.0	62.8
Población mayor 65 años (%)	13.9	9.7	10.6

Tabla N°12. Población comparativa entre el Partido de Avellaneda, Región Sanitaria VI y Provincia de Buenos Aires. Fuente: Informe epidemiológico. Dirección de Epidemiología. Avellaneda. 2004.

Además, la población de la Región Sanitaria VI es en su conjunto, más joven que la de Avellaneda.

INDICADORES SOCIOECONÓMICOS DE AVELLANEDA.

Las siguientes tablas muestran datos relativos a diferentes indicadores socioeconómicos. Los mismos han sido proporcionados por la Dirección Provincial de Estadística en base a datos del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del año 2001.

ÍNDICE DE DEPENDENCIA: Es un indicador de relevancia económica y social (ver tabla N°13). Expresa la relación entre las personas que se suponen no autónomas por razones de edad, los ancianos (>65) y los muy jóvenes (<15), con el conjunto de personas que supuestamente deben sostenerlas con su actividad económica (15-64 años).

El índice de dependencia potencial en jóvenes es la razón entre la población de 0 años a 14 años y la económicamente activa (15 años a 64 años) mientras que la dependencia potencial en ancianos es la razón entre los mayores de 65 y la población entre 15 y 64 años.

Índice de Dependencia	Avellaneda	Región VI	Pcia. Bs.As.
Dependencia potencial en jóvenes	34.3	43.3	42.3
Dependencia potencial en ancianos	21.6	15.4	16.8
Dependencia potencial en jóvenes y ancianos	56.0	58.6	59.2

Tabla N°13. Índice de Dependencia. Partido de Avellaneda. 2001. Fuente: Censo Nacional 2001.

HOGARES CON NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS (NBI).

Se define como población NBI a hogares que presenten algunas de las siguientes condiciones:

- ✓ Hacinamiento: más de tres personas por cuarto.
- ✓ Habitar en viviendas de tipo inconveniente: pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo, excluyendo casas, departamento o rancho.

- ✓ Asistencia escolar: tener algún niño en edad escolar que no asistiera a la escuela.

El 9,3% de los hogares cumplían criterios de NBI (necesidades básicas insatisfechas).

INDICADORES RELATIVOS AL NIVEL DE ALFABETIZACIÓN.

La tasa de analfabetismo a nivel país es de 26.1 por mil habitantes mayores de 10 años.

Al momento del Censo, el 28.7% concurría a algún establecimiento educacional. De ellos el 75.1% concurría a establecimientos educativos estatales mientras que el 24.9% restante lo hacía en instituciones del sector privado (ver tabla N°14).

Indicador	Avellaneda	Región VI	Pcia. Bs. As.
Tasa analfabetismo/1000hab.> 10 años	10.3	10.6	15.8
Razón analfabetismo hombre/mujer	0.8	0.8	0.9
Matrícula en dificultad (%)	69.3	77.0	64.3
Tasa neta de Escolarización (%)			
EGB	94,3		94.1
Polimodal	57,8		54.6
Terciario y Universitario	21,3		17.0

Tabla N°14. Fuente: INDICADORES EDUCACIONALES 2001. Censo Nacional 2001.

INDICADORES SOCIO-SANITARIOS.

Indicadores de la cobertura médica de la población de Avellaneda (ver tabla N°15).

OS: obra social.

PP: prepago.

Indicador	Avellaneda	Pcia. Bs. As.
Población sin cobertura por OS. o prepago	42.3	48.8
Población mayor de 65 sin cobertura por OS o prepago (%)	16.7	18.4

Tabla N°15. Fuente: Dirección Provincial de Estadística en base a Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001. OS: obra social. PP: prepago.

La población sin cobertura asistencial (ver figura N°11), mediante obra social o medicina prepaga asciende al 52.1% en el caso de la Región Sanitaria VI.



Figura N°11. Fuente: www.google.com/images

Población sin Cobertura asistencial por Obra Social o Medicina Prepaga por Áreas geográficas, año 2001 (ver tabla N°16).

Área	Total Población		Hombres		Mujeres	
	65 y +	Sin cobertura OS-PP %	65 y +	Sin cobertura OS-PP %	65 y +	Sin cobertura OS-PP %
Total del País	3.587.620	18.7	1.456.892	21.6	2.130.728	16.7
Total Provincial	1.461.118	18.4	591.578	20.8	869.540	16.7
Partidos Conurbano	853.634	21.1	342.222	22.9	511.412	19.8
Interior de Provincia	607.484	14.6	249.356	17.9	358.128	12.3

Tabla N°16. Fuente: Dirección Provincial de Estadística en base a Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001. OS: obra social. PP: prepaga.

La esperanza de vida al nacer es de 72 años en Avellaneda.

La tasa de mortalidad infantil mostró un aumento creciente desde los valores más bajos medidos en el año 2000 (ver gráfico N°2).

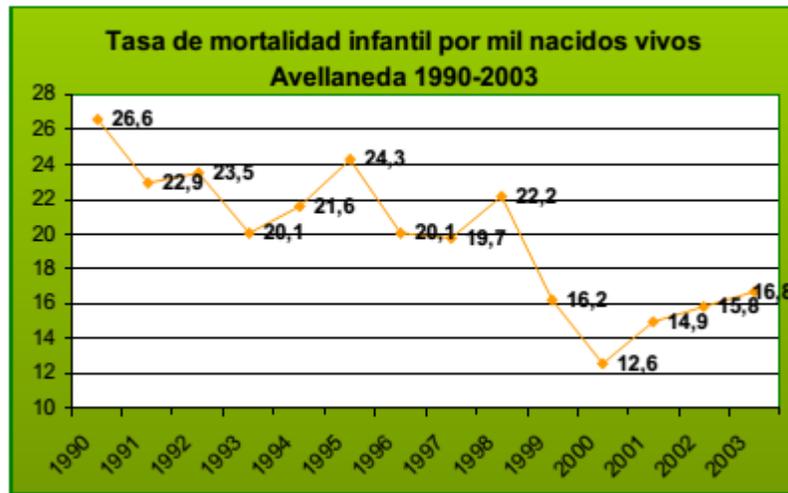


Gráfico N°2. Fuente: Dirección Provincial de Estadística en base a Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001.

La tasa de mortalidad general se mantuvo dentro de los valores históricos, y como fuera mencionado, se encontraron a las enfermedades cardiovasculares y a los tumores dentro de las primeras causas de las mismas (ver gráfico N°3).

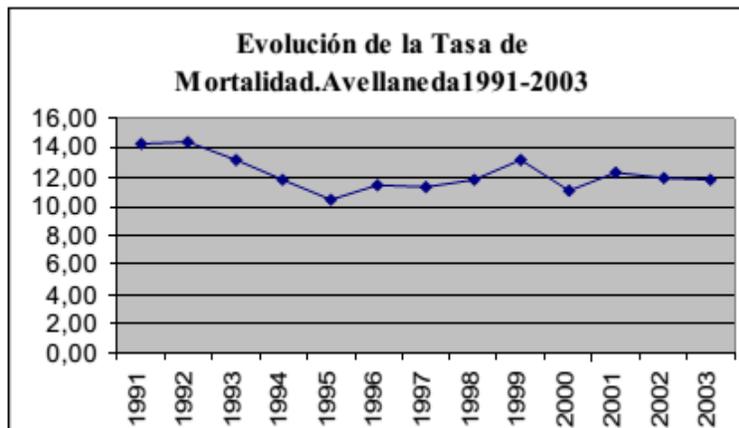


Gráfico N°3. Fuente: Dirección Provincial de Estadística en base a Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2001.

1.5 HIPÓTESIS.

El presente trabajo describe y analiza las características actuales de funcionamiento del Servicio de Emergencias del Sanatorio Itoiz. Recopila toda aquella información que permita establecer la importancia y las ventajas que representa para el cliente externo, el interno y para toda la organización en general, la implementación en el sector bajo estudio, de procesos de reingeniería administrativos basados en modernas estrategias de gestión, que entiendan la tendencia hacia la calidad total como parámetro de encuadre de dichos procesos.

1.6 OBJETIVOS.

Objetivo general

Elaborar un análisis descriptivo de la situación del Sistema de Gestión Administrativo de un Servicio de Emergencias Médicas en el ámbito de un Sanatorio Privado del conurbano sur bonaerense. Estudio de Caso: Sanatorio Itoiz (Avellaneda – Provincia de Buenos Aires). Período: 2007 a 2008.

Objetivos específicos

- ✓ Relevar la problemática del área en estudio.
- ✓ Analizar una aproximación multidisciplinaria que permita soluciones globales, debido, básicamente, a la multiplicidad de escenarios y la diversidad de acciones que se generan en el área analizada.
- ✓ Evidenciar que la mejora y optimización de la atención integral de las emergencias permite salvar vidas y ahorrar dinero.
- ✓ Analizar los aspectos críticos que afectan a la asistencia de las emergencias médicas.
- ✓ Proponer una estrategia global del proceso asistencial en un sistema integrado de emergencias médicas con entidades referentes de la comunidad, basada en un conjunto de servicios que soporten el desarrollo de sistemas integrados de gestión, requiriéndose para el mismo, una estrecha colaboración entre instituciones sanitarias y no sanitarias de la zona.

- ✓ Determinar la influencia que el nuevo perfil de demanda ejerce, en el escenario de la atención de las emergencias médicas.
- ✓ Contribuir a una mejora en la calidad orientada hacia una política de mejora continua en el servicio prestado. Cualquier planteamiento de mejora continua, pasa por conocer cual es la situación real del servicio prestado, detectar qué aspectos tenemos que mejorar, teniendo en cuenta tanto los aspectos técnicos, como los percibidos por el usuario, posibilitando la comparación de resultados entre diferentes centros de similar nivel de prestación.

2. METODOLOGÍA.

2.1 Tipo de trabajo: Descriptivo, observacional, analítico, retrospectivo (diagnóstico de situación).

2.2 Unidad de análisis: sistema administrativo en el Servicio de Emergencias.

2.3 Variables, dimensiones y subdimensiones: Se aborda a través de metodología estratégica cualitativa y cuantitativa durante el desarrollo del estudio.

2.4 Criterio de selección de casos. Solamente el estudio de caso: Sanatorio Itoiz en el Servicio de Emergencias. Por lo cual, al ser un estudio de caso, no es susceptible de generalización alguna.

2.5 Técnicas e instrumentos. Se utilizan las siguientes técnicas e instrumentos:

Técnica	Instrumento
Análisis de Documentos	Protocolo de Análisis de Documentos
Observación	Diario de Observación

Los instrumentos han sido sujetos a una prueba piloto de los mismos, previa salida a terreno.

2.6 Procesamiento y análisis de la Información. Los datos recopilados han sido procesados a través de los sistemas computarizados Word / Atlas ti (cualitativo) y Excel (cuantitativo)/ SPSS. Los mismos y sus resultantes arrojados del análisis de los datos procesados, se articulan con los conceptos mencionados en el Marco Teórico de la Tesis.

2.7 Fuentes. Se han utilizado las siguientes fuentes:

- ✓ Fuentes Primarias: De elaboración propia.
- ✓ Fuentes Secundarias: Como ser bibliografía, estadísticas, historias clínicas de emergencias, legislación, sitios Web consultados, guías, etc.

3. MARCO TEÓRICO.

3.1 MEDICINA DE EMERGENCIAS.

3.1.1 La evolución de una especialidad.

Durante el 1800, las Escuelas de Medicina eran pocas y la mayoría de los médicos fueron entrenados por otros médicos, que habían asistido a cualquiera de las pocas escuelas de medicina existentes, o trabajaban para una persona considerada un " curandero " por la sociedad.

Durante este siglo, las escuelas de medicina, de calidad variable, comenzaron a educar y producir médicos que habiendo completado la escuela de medicina, pasaban a practicar, sin la exigencia de la práctica, o el entrenamiento de una residencia.

Este sistema produjo médicos que eran denominados "generalistas" y que podían diagnosticar enfermedades básicas, atender partos y realizar hasta una cirugía. Estos médicos **General Practitioners (GPs)** o médicos generales, trabajaban desde sus consultorios y proporcionaban "atención de emergencia" a los pacientes en forma de visitas a domicilio. Estos médicos eran considerados valiosos activos en cualquier comunidad, y trabajaban 24/7, es decir, las veinticuatro horas del día, los siete días de la semana, proporcionando solución a las necesidades de sus pacientes.

A comienzos de 1900, el cambio comenzó a invadir el mundo de la medicina. En **1910**, en Estados Unidos (EEUU), el **Informe Flexner**³, trajo cambios a la profesión médica, promoviendo la educación médica básica estandarizada, y el desarrollo de un vínculo entre la escuela de medicina y el hospital.

³ Abraham Flexner, educador y académico, realizó a principios del siglo pasado con su estudio, una reforma radical en la educación médica norteamericana.

Se exigía que los profesionales se graduaran de una escuela de medicina acreditada, y se promovió al menos un requisito de capacitación de un año, llamado una **pasantía**. Estas nuevas condiciones fueron reforzadas por el gobierno, cuando una pasantía de un año fue requerida para los cirujanos generales, para cualquier persona que deseara ejercer la medicina en el ejército durante la Primera Guerra Mundial, y fue aprobado por la comunidad médica para cualquier persona que deseara ser un GP (General Practitioner), médico general, en 1920.

Al mismo tiempo, las especialidades médicas como la Cirugía, Oftalmología, Otorrinolaringología y Medicina Interna comenzaron a consolidarse como especialidades que requerían una formación avanzada, convirtiéndose los médicos en "especialistas" en estos campos.

Así, con el crecimiento de las especialidades médicas, se forjó un vínculo entre médicos especialistas y los hospitales, para proporcionar, no sólo educación, sino también atención al paciente. Como el médico comenzó a establecer estos vínculos con los hospitales y comenzó los procesos de certificación para verificar la formación y habilidades, se comenzaron a formar nuevos sitios de atención médica, fuera de sus consultorios privados y en las zonas circundantes a los hospitales.

Entre finales de 1920 y hasta 1955 aproximadamente, se profundizó el modelo de los especialistas y más pacientes comenzaron a buscar especialistas para su atención médica. Hasta esa época, más del 75% de los médicos eran médicos generalistas, después de 1955 este número disminuyó al 50% y para 1965 sólo el 31% lo eran.

Con el crecimiento de los especialistas y el desarrollo de un sistema hospitalario fuerte, la atención de la emergencia evolucionó, desapareciendo la consulta domiciliaria y centrándose la atención en los grandes centros de salud.

Los médicos utilizaron y mejoraron las técnicas aprendidas en el campo de batalla de ambas guerras mundiales y reforzada por los nuevos tratamientos antibacterianos, se transformó drásticamente la forma de asistir las urgencias y emergencias médicas.

En este nuevo escenario de atención médica, se establecieron las primeras salas de emergencia para recibir a los pacientes para la admisión en los hospitales.

Sin embargo, las primeras salas de emergencia se organizaban bajo la supervisión de enfermeras que realizaban el Triage de pacientes, llamando luego a los médicos (muchos practicantes o residentes) para preguntarles si podían venir a la sala de emergencia para tratar a los pacientes. Los primeros textos médicos dedicados exclusivamente al manejo de las emergencias médicas los encontramos en los años sesenta.

Durante las décadas subsiguientes se volvió a jerarquizar la presencia de los médicos generalistas pero ya no para la asistencia de la emergencia médica. La misma pasó paulatinamente a desarrollarse como una especialidad médica con nombre propio, **Emergentología**. Con los requisitos formativos y de certificación de cualquier especialidad médica, haciendo de estos nuevos especialistas, profesionales con dedicación exclusiva.

Los servicios de emergencias médicas, han aumentado su complejidad en lo tecnológico y estructural, como consecuencia del explosivo desarrollo científico ocurrido en la ciencia en general, y en los diversos ámbitos de aplicación que la medicina ha absorbido de las fuentes más variadas.

Sin embargo, el **desarrollo del recurso humano** del sector, especialmente en Latinoamérica y particularmente en nuestro país, no pareciera acompañar esta evolución.

Si bien se ha progresado, se mantiene en la mayoría de los lugares de trabajo, el concepto del trabajo médico de guardia, como un sector de menor jerarquía profesional, ámbito de profesionales de dudoso tenor académico y considerado fundamentalmente como un “sitio de tránsito”.

No hemos sido capaces a la fecha, de unificar la forma de referirnos al sector material del presente estudio.

Se utilizan indistintamente términos como:

Servicio de guardia – servicio de urgencias médicas – emergencias médicas - servicio de urgencias y emergencias médicas - No hay un pronunciamiento oficial de las distintas entidades profesionales médicas al respecto. Por tal motivo, en el desarrollo del presente trabajo, en igual sentido, se han utilizado los términos mencionados de forma equivalente.

La nomenclatura ambigua y coexistente, para describir a este sector de asistencia médica, no es un detalle menor.

Esta falta de uniformidad, para mencionar lo que debiera llamarse de una sola forma, es uno de los aspectos que se trasladan luego por ejemplo, a la incapacidad de la población, para comprender cuales son las diferencias entre las patologías **URGENTES**, y cuales son las verdaderas **EMERGENCIAS MÉDICAS**. Más adelante en este texto, se exponen las diferencias esenciales entre ambas.

Las expresiones, la “guardia” para la población en general, y “estar de guardia” para los médicos en particular, tienen un arraigo socio-cultural muy profundo, sobre el que se requerirá mucho tiempo y trabajo para modificarlo.

El Sanatorio bajo análisis no escapa a esta caracterización. Se mantiene un perfil como el mencionado de los años '60 en EEUU, profesional GP (general practice), médicos generales. Aunque muchos de ellos son especialistas, lo son en clínica médica, o en cirugía general. No son emergentólogos.

Actualmente en Argentina, los profesionales no reciben una educación formal en emergencia, la idoneidad está basada en la experiencia y la formación en servicios hospitalarios.

Sólo algunas universidades privadas incluyen la Emergentología como contenido de pregrado. Esto es doblemente grave porque la iniciación laboral del médico suele darse en los departamentos de urgencia, donde actúa con poca experiencia y con un grado de exposición legal muy riesgoso.

Existen en el país, Cursos Superiores de Capacitación, de disímil exigencia, que les permite a los profesionales, obtener la formación diferencial, que resulta indispensable, para dar asistencia médica de calidad a los pacientes.

No existe a la fecha en Argentina, el reconocimiento oficial de la Especialidad Emergentología como tal.

La Emergentología debe dejar de ser, un aspecto más de la educación del médico, para convertirse en un pilar de su formación.

Para quienes se desarrollan diariamente en el ámbito de la medicina de emergencias, resulta una motivación, trabajar con la convicción de que es posible en el país, transformar las viejas guardias médicas en verdaderos “Departamentos de Emergencias”, con profesionales adecuadamente capacitados, apropiadamente certificados y comprometidos en brindar prestaciones de calidad. Los sanatorios privados no deberían permanecer al margen de esta evolución. El presente trabajo de tesis aporta herramientas para consolidar ese camino.

3.1.2 EMERGENTOLOGÍA. Definición.

Por día, 120 argentinos mueren como consecuencia de un traumatismo provocado por un choque, una caída, un golpe o un acto de violencia.⁴

Después de las **enfermedades cardiovasculares** y el **cáncer**, el **trauma es la tercera causa de muerte para todos los grupos de edad y la primera para las personas de entre uno y 45 años.**

El 50% de los traumatismos es intencional (suicidios, homicidios, violencia en general) y la otra mitad no intencional (colisiones de vehículos, lesiones producidas en el trabajo, en el hogar, en los lugares de recreación y caídas en general).

Hoy el tema se reactualiza porque el tránsito en las autopistas, la velocidad excesiva, el alcoholismo vinculado con la conducción de automóviles, la mayor presencia de drogas de adicción, las lesiones por agresión y violencia social, han generado un aumento en la prevalencia de las lesiones por trauma, sin olvidar los casos de víctimas en masa como la Asociación Mutual Israelí Argentina (AMIA) y la Embajada de Israel.

La mayoría las víctimas son inicialmente trasladadas a los servicios de urgencias de los hospitales públicos y luego, eventualmente derivadas a centros privados para continuar con su atención, si cuentan con Obra Social o servicios de medicina prepaga, o bien, corresponde dicho traslado a otro centro de salud por encontrarse el siniestro contemplado por las ART (aseguradoras de riesgo del trabajo).⁵

⁴ Médicos Municipales de la Ciudad de Buenos Aires.

⁵ Ley 24557 de Riesgos del Trabajo. Una Aseguradora de Riesgos de Trabajo (ART) es una empresa de Seguros con características similares a las ordinariamente conocidas, pero cuya actividad aseguradora esta dedicada con carácter de exclusividad a respaldar a los empleadores o empresas en el caso de que se produzca un siniestro, pagando por ellos una determinada suma de dinero como indemnización al trabajador damnificado.

La Emergentología es la rama de la medicina que se ocupa de estas patologías que requieren atención y definición en su asistencia, a corto plazo.

Otras definiciones que profundizan y amplían el concepto.

EMERGENTOLOGÍA.



Según el país analizado, especialmente de Latinoamérica, el término utilizado varía discretamente, denominándose **Medicina de Emergencia, Emergenciología, Emergentología o Medicina de Urgencias**. En todos los casos, se entiende por tal, a la rama de la medicina que actúa sobre una emergencia médica o urgencia médica, o sobre cualquier **enfermedad** en su momento **agudo**, definida como una **lesión o enfermedad** que plantean una **amenaza inmediata para la vida** de una persona y cuya **asistencia no puede ser demorada**.



Especialidad o disciplina que **apoyada sobre el conocimiento de las especialidades medicas básicas** se ocupa del diagnóstico y tratamiento de las patologías que requieren asistencia inmediata o precoz.



El ACEP (American College of Emergency Physicians) define a la Emergentología (o Medicina de Emergencia) como “una especialidad médica cuya misión principal es la **evaluación, manejo, tratamiento y prevención de enfermedades inesperadas y el trauma**. La práctica de la Medicina de Emergencias abarca la evaluación inicial, tratamiento y disponibilidad para cualquier persona, por cualquier síntoma, evento o problema que, a consideración inicial del paciente o acompañante, requiere atención médica inmediata (clínica, quirúrgica, psiquiátrica)”.



La AEP (Association of Emergency Physicians), Asociación de Médicos de Emergencias, define la medicina de emergencias como “la práctica de la medicina que involucra el diagnóstico y tratamiento de cualquier paciente que requiere atención médica inesperada, por trauma o enfermedad aguda, o atención esporádica”. El mandato de la Emergentología es limitar la morbi mortalidad de estos pacientes. La práctica de la Emergentología abarca la atención prehospitalaria e intrahospitalaria. Requiere conocimiento adecuado y reconocimiento del trauma y de las enfermedades agudas de tratamiento inmediato.

3.1.3 EMERGENCIAS VS. URGENCIAS MÉDICAS.

Una de las características del servicio de guardia del Sanatorio Itoiz, está dado por la dificultad para la categorización de los pacientes.

Dicha problemática tiene varios aspectos. Uno de ellos, radica en la falta de implementación a la fecha, de algún tipo de Triage estructurado, acorde a los recursos actualmente disponibles de estructura física y de recursos humanos.

Pero debemos darle otra mirada al mismo problema, éste radica en cuestiones de índole socio-cultural del país y de educación. Este segundo aspecto, incluye no solo a la población en general, sino también a la totalidad del personal (médico y no médico) que trabaja en el sector.

Me refiero a la dificultad para comprender las **diferencias** que existen entre las **URGENCIAS** y las **EMERGENCIAS MÉDICAS**.



Figura N°12. Fuente: www.consumidor.fairhealth.org

DEFINICIONES.

EMERGENCIA.

Según el diccionario de la Real Academia Española, emergencia significa “suceso o accidente que sobreviene” o también “situación de peligro que requiere una acción inmediata” (ver figura N°12).

Según la Asociación Médica Americana (AMA), una emergencia es **aquella situación urgente que pone EN PELIGRO INMEDIATO LA VIDA del paciente o la función de un órgano.**

Y según la Organización Mundial de la Salud (OMS), emergencia es aquel caso en que **la falta de asistencia conduciría a la muerte en minutos, en el que la aplicación de primeros auxilios por cualquier persona es de importancia vital.** También se dice que en una emergencia, **la persona afectada puede llegar hasta a la muerte en un tiempo menor a una hora.**

Algunos ejemplos son: pérdida de conciencia, hemorragia severa, posibles fracturas óseas, heridas profundas, síntomas típicos de un ataque al corazón, dificultad respiratoria, toser o vomitar sangre, debilidad y cambios en la visión abruptos, etc.

URGENCIA.

Según la Asociación Médica Americana (AMA), urgencia es toda **aquella condición que, en opinión del paciente, su familia, o quien quiera que asuma la responsabilidad de la demanda, requiere una asistencia sanitaria inmediata.**

Y según la Organización Mundial de la Salud (OMS), urgencia se puede definir como la aparición fortuita en cualquier lugar o actividad de un problema de causa diversa y gravedad variable que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia.

Según la OMS, urgencia también es definida como la **PATOLOGÍA CUYA EVOLUCIÓN ES LENTA Y NO NECESARIAMENTE MORTAL**, pero que debe ser atendida en seis horas como máximo, para evitar complicaciones mayores. Algunos ejemplos son: hipertensión, traumatismos, quemaduras, disrritmias, o vómitos y diarrea severos.

3.2 CONCEPTOS DE CALIDAD.

3.2.1 INTRODUCCIÓN AL CONCEPTO DE CALIDAD.

El concepto de **calidad**, aplicado a los Servicios de Salud, se ha incorporado en el país en los últimos años. Esto no implica que históricamente los Servicios de Salud no hayan buscado permanentemente la excelencia. Pero la adaptación de modalidades provenientes del sector industrial al sector de los servicios ha provocado un "aggiornamiento" que debería repercutir favorablemente en los mismos. No se trata exclusivamente de poseer calidad técnica, sino de producir actos de calidad y que ésta sea percibida por el usuario.

Dentro de esta temática de calidad en la República Argentina, se destaca el Programa Nacional de Garantía de Calidad en Salud, desarrollado desde el Ministerio de Salud de la Nación que pretende coordinar y liderar este proceso y asociarla al financiamiento del Sector, para que la calidad sea el determinante del pago de las prestaciones y no a la inversa.

¿Qué es la calidad?

Es el conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren aptitud para satisfacer necesidades. De este significado se puede diferenciar el objeto de la calidad, del instrumento de medición que se utilice. El método estadístico o la estadística en el control de la calidad, pasa a ser una herramienta auxiliar en la producción de la calidad total.

La calidad en salud es la aplicación de ciencia y tecnología médicas, en una forma que maximiza sus beneficios para la salud, sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es por consiguiente, la medida de equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios. La calidad debe ser introducida en el servicio o producto como un valor agregado.

En definitiva, la calidad se produce.

Esta reformulación conceptual de la calidad implica, facilitar y promover la posibilidad de que las personas desarrollen sus potencialidades realizando su trabajo cada vez mejor y de manera más simple.

El concepto de **Calidad Total**, originado a partir del concepto ampliado de Control de Calidad (Control Total de Calidad), y del que Japón ha hecho uno de los pilares de su renacimiento industrial, ha permitido dar uniformidad al concepto de calidad, definiéndola en función del cliente y evitando así diversidad de puntos de vista como sucedía en la concepción tradicional. Es así pues, como la Calidad se hace total.

De una manera sencilla se puede decir que en la expresión Calidad Total, el término Calidad significa que el Producto o Servicio debe estar al nivel de satisfacción del cliente, como una estrategia que busca garantizar, a largo plazo, la supervivencia, el crecimiento y la rentabilidad de una organización optimizando su competitividad, y el término Total, que dicha calidad es lograda con la participación de todos los miembros de la organización.

La Calidad Total significa un cambio de paradigmas en la manera de concebir y gestionar una organización. Uno de estos paradigmas fundamentales y que constituye su razón de ser es el perfeccionamiento constante o mejoramiento continuo. La Calidad Total comienza comprendiendo las necesidades y expectativas del cliente para luego satisfacerlas y superarlas.

La calidad tradicional trataba de arreglar la calidad después de cometer errores. Pero la Calidad Total se centra en conseguir que las cosas se hagan bien desde la primera vez.

En el contexto de la tendencia hacia la Calidad Total se recomienda que la selección de personal nuevo se haga preferentemente para los cargos de nivel operativo, y que los cargos de mayor responsabilidad se cubran con promociones y ascensos del personal de la propia empresa.

Concluida la selección viene el proceso de inducción. El mismo consiste en hacer conocer al personal, los **principales aspectos de la cultura de la organización**, como son: la misión, la visión, valores y las políticas de calidad.



3.2.2 MISIÓN, VISIÓN Y VALORES

MISIÓN.

Propósito de la organización. Debe contener que se hace, para quien y como.

La misión de una organización es la función o tarea fundamental que la sociedad asigna y espera de esa organización. En nuestro caso sería la programación del servicio que vamos a ofrecer, es decir, quienes somos y para qué existimos. Esta definición de la misión es muy importante que sea asumida por todos los integrantes del servicio, ya que uno de los problemas más importantes que suele presentarse es la no implicación inicial de algunos de los integrantes del mismo.

VISIÓN.

Imagen idealizada o soñada sobre como desearía que fuera en el futuro la organización.

Consiste en describir lo que queremos ser como algo posible y deseable, basándonos en nuestra misión previamente asumida. Aquí se deben incluir las dimensiones de la calidad (accesibilidad, equidad, eficiencia y efectividad, calidad científico-técnica, etc.) que creamos necesarias para nuestra misión, teniendo en cuenta las necesidades y expectativas de los usuarios. Para esto existen formas de participación de los usuarios, bien de forma activa mediante la elección de proveedores de sus necesidades, o mediante la presentación de quejas o reclamos, o bien de forma pasiva, mediante las encuestas de satisfacción, opinión, expectativas, mediante la creación de grupos focales, informadores clave, etc.

VALORES.

Principios, creencias y conceptos compartidos, implícitos o explícitos, que forman “la cultura” de la organización. Trata de expresar los valores prioritarios de cómo se hacen las cosas ahí.

Se expresan a continuación cuales son la visión, la misión y los valores declarados como tales por el Sanatorio Itoiz.

VISIÓN, MISIÓN Y VALORES



VISIÓN

Lograr la excelencia en el cuidado de la salud.

MISIÓN

Brindar servicios médico-sanatoriales de calidad y con la mayor calidez, mediante un Equipo de Colaboradores altamente capacitado, utilizando los recursos tecnológicos y de infraestructura necesarios para retribuir a nuestros pacientes la confianza depositada en nuestra Institución.

VALORES

- **IDONEIDAD:** Desempeñar el propio rol/especialidad con profesionalismo y consistencia.
- **CONFIANZA:** Estar comprometido con su honestidad en todas sus acciones.
- **ETICA:** Actuar desde lo profesional como persona, lo cual le da una dignidad, seriedad y nobleza a su trabajo.

- **RESPONSABILIDAD:** Hacerse cargo de prestar servicios de calidad y tender al mejoramiento continuo en búsqueda de la excelencia profesional.
- **RESPECTO:** Tratar a todas las personas con dignidad respondiendo a sus necesidades con calidez y cordialidad.
- **TRABAJO EN EQUIPO:** Integrar la diversidad, con una coordinación inteligente de los diversos sectores, para operar con rapidez y eficiencia.
- **APRENDIZAJE CONTINUO:** Estar abierto para el aprendizaje en la búsqueda del propio desarrollo.

Finalmente resulta útil delinear el concepto de: **Líneas estratégicas**

Son los caminos que se van a tomar para el logro de nuestra misión y visión (estructura física y recursos materiales, comunicaciones, transporte, reciclajes, protocolización, investigación, sesiones clínicas, estudio de reclamos, grupos de mejora, integración y coordinación entre los diferentes niveles, responsabilidad en el uso de recursos, círculos de calidad y equipos de mejora, etc.).

Necesita de la identificación de los parámetros y resultados a conseguir.

3.2.3 PRINCIPIOS CLAVES DE LA CALIDAD TOTAL.

Se resumen a continuación cuales son los principios claves para el logro de la Calidad Total.

- **La calidad es la clave para lograr competitividad.** Con una buena calidad es posible captar un mercado y mantenerse en él.
- **La calidad la determina el cliente.** Es el cliente quien califica la calidad del producto o servicio que se ofrece. Es necesario identificar con precisión las cambiantes necesidades y expectativas de los clientes y su grado de satisfacción con los productos y servicios de la empresa y los de la competencia.

- **El proceso de producción está en toda en toda la organización.** Los que hacen bien su trabajo lubrican el proceso, los que lo hacen mal crean cuellos de botella en el proceso.

- **El proveedor es parte de nuestro proceso.** La calidad se inicia en la demanda (de nuestros clientes) y culminará con su satisfacción, pero el proceso de elaboración se inicia en el proveedor; por lo que éste debe ser considerado como parte de nuestro proceso de producción, extendiéndose a él las acciones de entrenamiento en calidad total.

- **La calidad es lograda por las personas y para las personas.** Esto exige, entre otras cosas, un constante programa de capacitación y entrenamiento.

- **Establecer la mentalidad de cero defectos.** "Cero defectos" consiste en tener una actitud sistemática hacia el no - error. No se trata de perseguir a los subalternos porque cometen errores, ya que eso mataría su iniciativa. De lo que se trata es de despertar la conciencia de no equivocarse.

- **La ventaja competitiva está en el mejoramiento continuo.** La verdadera ventaja competitiva está en la reducción de errores o en mejorar los procesos; allí radica la reducción de costos. Con el resultado de "menores costos" se puede:
 1. bajar precios a los clientes
 2. mejorar utilidades de la empresa.
 3. mejorar el acabado del producto y todas las anteriores a la vez.

- **Es imprescindible la participación de todos.** Conciencia colectiva.

- **Calidad es ante todo una responsabilidad gerencial.** Los mandos directivos deben ser líderes, capaces de involucrar y comprometer al personal en las acciones de mejora.

- **Requiere de una nueva cultura.** En el concepto de calidad total "todos piensan y todos hacen".

3.2.4 SISTEMAS DE CALIDAD EN SERVICIOS DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS MÉDICAS.

Para trabajar con Calidad se necesita tener **Cultura de Calidad**, es decir, conocimientos y comportamientos. Los conocimientos los deben aportar la empresa, pero los comportamientos dependen de cada uno. A este nivel es importante el trabajo en equipo, ya que la calidad va a ser el resultado del trabajo



de todos, pero es igual de importante la existencia del **liderazgo directivo**, entendiendo que el líder debe ser un **facilitador**, debe ayudar al profesional a trabajar cada vez mejor y, además, es fundamental **que el líder sea un ejemplo** para los demás, tanto de capacidad de trabajo como de comunicación y accesibilidad.

El diseño de un sistema de calidad de un determinado servicio en el ámbito sanitario va a depender en esencia de nosotros mismos, es decir, se tiene que definir este producto sanitario, como la suma de dimensiones que hacen que la actividad sanitaria, en nuestro caso, que la asistencia urgente y de emergencia, solucione la enfermedad y los problemas de toda índole que de ella se derivan, con la **participación** de todos los miembros del equipo sanitario, asumiendo los principios de participación, mutua confianza e identificación con los objetivos de nuestro servicio, e incluyendo las características que ha de tener, para que sea de calidad y para que después intentemos medirlas de forma directa o indirecta.

Para verlo de una forma más didáctica se divide el diseño en **cuatro apartados**, pero teniendo en cuenta que los cuatro están tan imbricados entre sí mismos que no sirve de nada actuar sobre alguno de ellos por separado.

Estos apartados serían los siguientes y son una adaptación del **CICLO DE SHEWART PARA GESTIÓN SISTEMÁTICA DE PROCESOS (PLAN, DO, CHECK, ACT)**, también conocido como Ciclo de Deming (ver figura N°13).

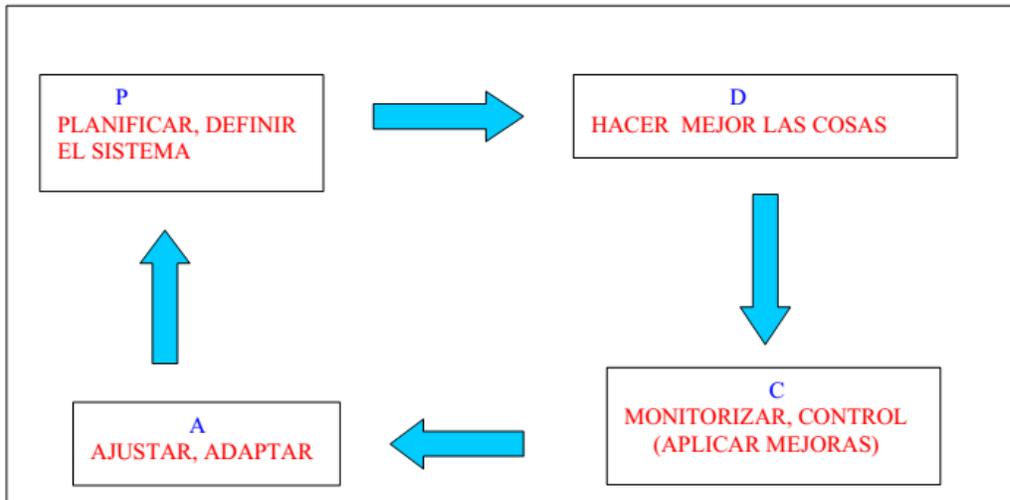


Figura N°13. Ciclo de Deming. Fuente: Sistemas integrados de Gestión (SIG).

3.2.5 MARCO TEÓRICO DEL CICLO DE SHEWHART O CICLO DE DEMING.

Técnica para la organización, el desarrollo y el control de proyectos de todo tipo.

¿Qué es?

Es una técnica desarrollada por **W. A. Shewhart** entre 1930 y 1940 para organizar el trabajo y seguimiento de **proyectos de cualquier tipo**. En 1950 **E. Deming** la toma y la difunde como una alternativa para encarar los proyectos de acción o mejora sobre los procesos propios, externos o internos (por tal motivo en Japón lo llaman “ciclo Deming”).

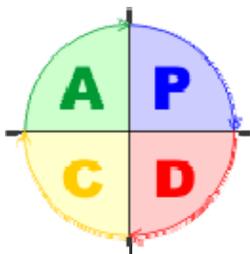
¿Cuándo se lo usa? Siempre que preparamos un proyecto concreto, muy especialmente en las actividades desarrolladas con técnicas participativas, es decir, **trabajando “en equipo”**. Por ejemplo: Equipos de diseño. Equipos para el análisis y solución de problemas. Equipos de mantenimiento preventivo. Equipos de Logística. Etc.

Cabe mencionar de forma especial el desarrollo de **Sistemas de Gestión**. Estos sistemas exigen el trabajo y la participación de todos los miembros de las organizaciones (como un verdadero equipo) para ser realmente eficaces, por lo que el ciclo Shewhart es particularmente apropiado para la planificación, la implementación, la implantación y la operación de estos sistemas. Incluso, **ISO⁶ lo ha tomado como base** para ordenar el contenido de las últimas ediciones de sus conocidas normas internacionales ISO 14001:1996 (Sistemas de Gestión Ambiental - Especificaciones y directivas para su uso) e ISO 9001:2000 (Sistemas de Gestión de la Calidad - Requisitos). Ambas normas, están fundamentadas en el **compromiso de Mejora Continua** de la Alta Dirección de las empresas, siguiendo el espíritu del modelo que propone el **TQM** (Total Quality Management) a partir de la filosofía expuesta por Deming en sus famosos 14 puntos para provocar el necesario cambio cultural en el gerenciamiento de las empresas.

¿Cómo se trabaja con el Ciclo Shewhart?

El método consiste en aplicar 4 pasos perfectamente definidos, toda vez que se quiera llevar adelante y fundamentalmente “completar” un proyecto (es decir llegar al final inexorablemente y asegurarse de arribar al objetivo definido en su planteo inicial).

Estos 4 pasos, simplemente aseguran para el proyecto:



- » la organización lógica del trabajo,
- » la correcta realización de las tareas necesarias y planificadas,
- » la comprobación de los logros obtenidos, y
- » la posibilidad de aprovechar y extender

aprendizajes y experiencias adquiridas a otros casos.

Gráficamente al ciclo Shewhart se lo representa del siguiente modo y por las letras que aparecen se lo suele llamar también "Ciclo PDCA":

En este esquema las letras provienen de la iniciales de palabras inglesas que son: **P = Plan (Planificar); D = Do (Hacer); C = Check (Chequear, Verificar) y A = Action (Actuar, Accionar).**

⁶ ISO. Significa International Standard Organization y es una organización que se encarga de establecer estándares internacionales y mundiales.



Se detalla a continuación una aplicación del ciclo descrito, en este caso aplicado por ejemplo, al "Análisis y Mejora Continua de Procesos". Conceptos estos absolutamente adaptables y de enorme utilidad en servicios de salud (ver figura N°14).

Figura N°14. Fuente: www.velaction.com



Paso 1. PLANIFICAR (PLAN). Sector P.

Primero se debe analizar y estudiar el proceso decidiendo **que cambios pueden mejorarlo y en que forma será llevado a cabo**. Para lograrlo es conveniente trabajar en un subciclo de 5 pasos sucesivos que son:

- 1. Definir el objetivo.** Se deben fijar y clarificar los límites del proyecto: ¿Qué vamos a hacer? ¿Por qué lo vamos a hacer? ¿Qué queremos lograr? ¿Hasta dónde queremos llegar?
- 2. Recopilar los datos.** Se debe investigar: ¿Cuáles son los síntomas? ¿Quiénes están involucrados en el asunto? ¿Qué datos son necesarios? ¿Cómo los obtenemos? ¿Dónde los buscamos? ¿Qué vamos a medir y con qué? ¿A quién vamos a consultar?
- 3. Elaborar el diagnóstico.** Se deben ordenar y analizar los datos: ¿Qué pasa y por qué pasa? ¿Cuáles son los efectos y cuáles son las causas que los provocan? ¿Dónde se originan y por qué?
- 4. Elaborar pronósticos.** Se deben predecir resultados frente a posibles acciones o tratamientos: ¿Sabemos qué efectos provocarán determinados cambios? ¿Debemos hacer pruebas previas? ¿Debemos consultar a especialistas? ¿Es necesario definir las situaciones especiales? Frente a varias opciones se adoptará la que se considere mejor.

5. Planificar los cambios. Se deben decidir, explicitar y planificar las acciones y los cambios a instrumentar: ¿Qué se hará? ¿Dónde se hará? ¿Quiénes lo harán? ¿Cuándo lo harán? ¿Con qué lo harán? ¿Cuánto costará? Este sería el punto final de la parte P de nuestro ciclo.



Paso 2. HACER (DO). Sector D.

A continuación se debe **efectuar el cambio** y/o las pruebas proyectadas según la decisión que se haya tomado y la planificación que se ha realizado. Esto es preferible hacerlo primero en pequeña escala siempre que se pueda (para revisar resultados y poder establecer ajustes en modelos, para luego llevarlos a las situaciones reales de trabajo con una mayor confianza en el resultado final).



Paso 3. CHEQUEAR (CHECK). Sector C.

Una vez realizada la acción e instaurado el cambio, **se debe verificar**. Ello significa observar y medir los efectos producidos por el cambio realizado al proceso, sin olvidar de comparar las metas proyectadas con los resultados obtenidos chequeando si se ha logrado el objetivo previsto.



Paso 4. ACTUAR (ACTION). Sector A.

Para terminar el ciclo, se **deben estudiar los resultados** desde la óptica del rédito que nos deja el trabajo en nuestro "saber hacer" (know-how): ¿Qué aprendimos? ¿Dónde más podemos aplicarlo? ¿Cómo lo aplicaremos a gran escala? ¿De qué manera puede ser estandarizado? ¿Cómo mantendremos la mejora lograda? ¿Cómo lo extendemos a otros casos o áreas?

Al concluirse el ciclo, por tratarse de un proceso "de mejora continua", se debe pensar que existe un "objetivo superior" (como ser "la Calidad Total"), al cual es posible acercarse cada vez más, pero sin alcanzarlo plenamente (en un 100 %). En este caso, se puede pensar que el ciclo PDCA se transforma en una espiral de mejora (J. Juran), y entonces es posible aplicar un paso 5.



Paso 5. Consiste en repetir el **Paso 1**, pero en una nueva dimensión o estado debido a la mejora realizada y allí, **INICIAR OTRA VUELTA DE MEJORA**. Es decir: una vez estabilizado el proceso en la nueva condición lograda por una mejora concretada, proponer un nuevo ciclo PDCA para subir otro peldaño en la búsqueda del óptimo ideal.

¿Es realmente útil la aplicación del ciclo Shewhart o Ciclo de Deming?

Para tener una idea de lo mucho que puede ayudar en el trabajo, parece suficiente citar que cuando Deming recordaba el año 1950 en Japón, decía: *“Al ciclo Shewhart lo enseñé en todas las conferencias para la alta gerencia. Se lo enseñé a cientos de ingenieros en aquel verano caluroso. Continué enseñándolo el siguiente verano. Seis meses después y otra vez 6 meses después. Y al año siguiente una y otra vez.”*

Al respecto, y para que se entienda el valor de estos términos se cita a Andrea Gabor, que en su libro “DEMING, EL HOMBRE QUE DESCUBRIÓ LA CALIDAD”, expresa:

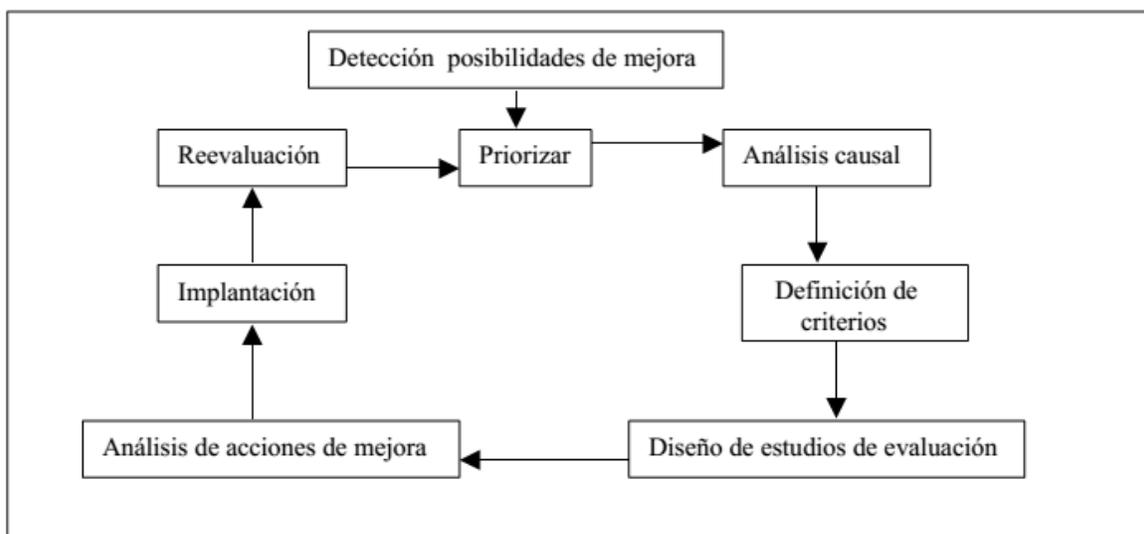
“Desde 1981, cuando Deming entra en Detroit, ha atraído una enorme adhesión en el terreno de la Gerencia de los Estados Unidos. Difícilmente, exista una empresa importante que no haya sido influenciada por sus ideas, sea porque las mismas empresas aprendieron de esas ideas o porque lo hizo la competencia. Algunas empresas como Ford o General Motors, así como docenas de empresas japonesas ganadoras del premio Deming a la Calidad, han sido profundamente afectadas por las teorías de Deming”.



Para concluir respecto de los conocimientos expuestos, en el desarrollo del tema de calidad, y como corolario del mismo, se considera importante realizar un comentario adicional respecto del concepto de **CICLOS DE MEJORA** (ver figura N°15)

Figura N°15. Fuente:www.mudaland.com

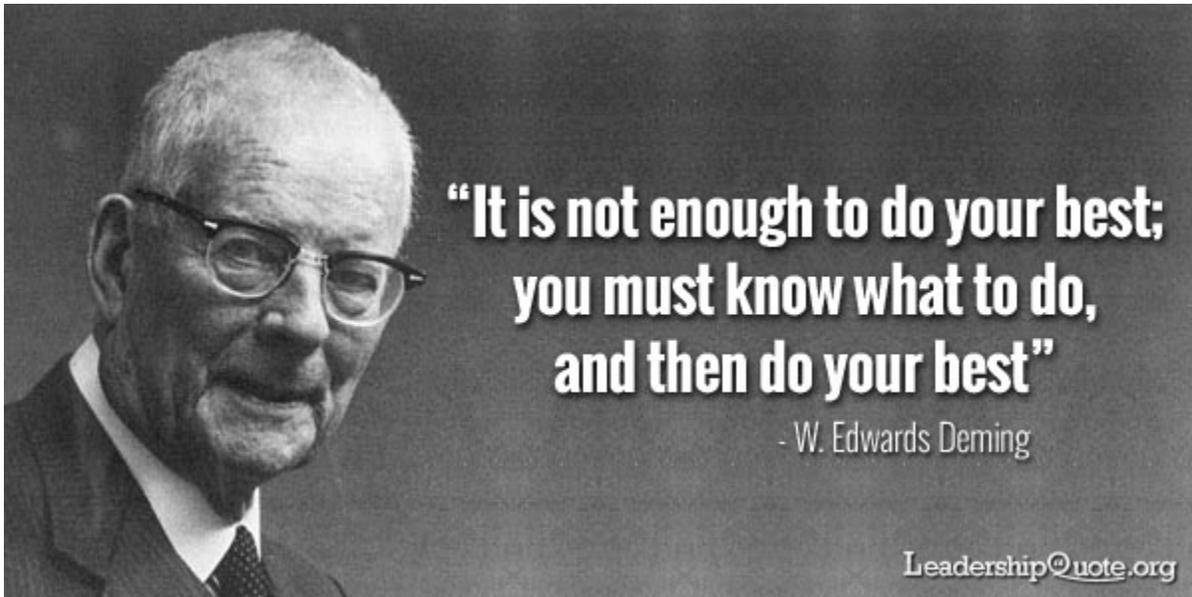
Los mismos consisten en la identificación de un problema de calidad, en algún aspecto de los servicios que se ofrecen, con el objetivo de intervenir, priorizar, analizar las causas que lo originan, analizar las soluciones y su forma de aplicarlas, reevaluar y en definitiva, conseguir una mejora del sistema (cuadro N°1).



Cuadro N° 1. Fuente: www.competitividad.net

No hay posibilidad de mejora si no se sabe de donde se parte. Se precisan datos para que, una vez instituidas las mejoras, se sepa si realmente se ha mejorado o no. Además, la información sobre el propio trabajo puede ser un importante estímulo para todos los actores (profesionales y no profesionales) intervinientes.

Todo proceso es mejorable, y la labor es definir cuáles de los procesos en urgencias y emergencias son esenciales, y sobre aquellos procesos que son tan importantes, que forzosamente se deben hacer bien, deben ser analizados y evaluados de forma periódica y si es necesario, deben ser corregidos hasta lograr el nivel de cumplimiento que se considera satisfactorio (ver figura N°16).



<http://www.leadershipnow.com/quotes.html>

Figura N° 16.⁷ Fuente: www.leadershipnow.com

⁷ “No es suficiente hacer lo mejor que puedas. Debes conocer que hacer y luego hacerlo lo mejor que puedas.”

3.3 GRUPOS RELACIONADOS DE DIAGNÓSTICO (GRD).

INTRODUCCIÓN.

En el contexto de la gestión clínica de pacientes y la futura implementación de medidas modernas de gestión administrativa, resulta mandatario familiarizarse con los conceptos de los denominados, Grupos Relacionados de Diagnóstico, o como se los conoce habitualmente GRD.

Los GRD fueron desarrollados por el Health Systems Management Group (HSMG), grupo de gerenciamiento de sistemas de salud, en la Universidad de Yale con un acuerdo de cooperación con la Health Care Financing Administration (HCFA) de la que recibe la denominación el primer sistema de GRD utilizado, llamado por sus siglas, HCFA-GRD. En la actualidad son mantenidos y puestos al día por HCFA Inc.

Los GRD son un sistema de clasificación de pacientes que permite agruparlos según complejidad o gravedad, facilitando la estimación de estancias y recursos que deben consumir.

Los principales instrumentos de información para la gestión clínica se basan en la recogida sistemática y rutinaria de datos de tipo clínico, materializada en el **CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS (CMBD)**, y la utilización **de sistemas de clasificación de pacientes (SCP) estandarizados** que permiten predecir el uso esperado de recursos para cada tipo de producto.

Los sistemas de información basados en SCP, o también llamados basados en el **case-mix o casuística atendida**, son pues un instrumento básico en gestión clínica. Entre los diversos SCP desarrollados, el sistema de Grupos Relacionados de Diagnósticos (GRD) es el más difundido y utilizado en el ámbito internacional y del que se dispone de mayor experiencia acumulada.

En nuestro país ha sido el SCP, sistema de clasificación de pacientes, el adoptado por la administración sanitaria.

La información necesaria para su elaboración se obtiene a partir de: Edad, Sexo, Diagnóstico principal (CIE-9MC)⁸, Diagnósticos asociados (CIE- 9MC), Procedimientos, Circunstancia al Alta, La Clasificación de enfermedades de la OMS⁹ se utiliza la versión con orientación clínica, denominada ICD-CM (Clinical Modification).

ANTECEDENTE.

El diseño y desarrollo de los GRD comenzó a finales de los años sesenta en la Universidad de Yale. El motivo inicial por el cual se desarrollaron los GRD era la creación de una estructura adecuada para analizar la calidad de la asistencia médica y la utilización de los servicios en el entorno hospitalario.

La evolución de los GRD y su uso como unidad básica de pago en el sistema de financiación hospitalaria de Medicare¹⁰ es el reconocimiento del papel fundamental que juega el **case mix o la casuística de un hospital** a la hora de determinar sus costos. Anteriormente se habían utilizado otras características del hospital, tales como su acreditación docente, o el número de camas, para intentar explicar las importantes diferencias de costos observadas entre distintos hospitales.

Sin embargo, dichas características no explicaban adecuadamente el impacto de la casuística en los costos del hospital. Los hospitales habían intentado frecuentemente justificar sus costos más altos alegando que trataban a un conjunto de pacientes más complejos. El argumento habitual era que los pacientes tratados por ese hospital estaban “más enfermos”.

⁸ CIE. Código Internacional de Enfermedades. Elaborado por la organización Mundial de la Salud. Tiene como propósito el registro sistemático, análisis, interpretación y comparación de datos de mortalidad y morbilidad de diferentes países.

⁹ OMS. Organización Mundial de la Salud.

¹⁰ **Medicare** es un programa de cobertura de seguridad social administrado por el gobierno de Estados Unidos, el cual provee atención médica a todas las personas mayores de 65 años o a personas más jóvenes, consideradas discapacitadas debido a graves problemas de salud.

A pesar de que en el sector hospitalario se aceptaba que un *case mix* más complejo se acompañaba de mayores costos, el concepto de complejidad de la casuística nunca había tenido una definición precisa.

El desarrollo de los GRD proporcionó el primer sistema operativo para definir y medir la complejidad del *case mix* (casuística) de un hospital.

El término de complejidad del *case mix* se ha utilizado para referirse a un conjunto interrelacionado, pero bien distinto, de atributos de los pacientes que incluyen la gravedad de la enfermedad, su pronóstico, dificultad de tratamiento, necesidad de actuación médica e intensidad de consumo de recursos. Cada uno de estos atributos tiene un significado muy preciso que describe un aspecto particular del *case mix* de un hospital.

La gravedad de la enfermedad se refiere al nivel relativo de pérdida de función y/o índice de mortalidad de los pacientes con una enfermedad determinada.

El pronóstico se refiere a la evolución probable de una enfermedad, incluyendo la posibilidad de mejoría o deterioro de la gravedad de la misma, las posibilidades de recaída y la estimación del tiempo de supervivencia.

La dificultad de tratamiento hace referencia a los problemas de atención médica que representan los pacientes que padecen una enfermedad en particular. Dichos problemas de tratamiento se asocian a enfermedades sin un patrón sintomático claro, enfermedades que requieren procedimientos sofisticados y técnicamente difíciles, y enfermedades que necesitan de un seguimiento y supervisión continuados.

Necesidad de actuación médica se refiere a las consecuencias en términos de gravedad de la enfermedad que podrían derivarse de la falta de una atención médica inmediata o continuada.

Intensidad de los recursos se refiere al número y tipos de servicios diagnósticos, terapéuticos y de enfermería utilizados en el tratamiento de una enfermedad determinada.

Cuando los **médicos** utilizan el concepto “**complejidad de la casuística**”, se están refiriendo a uno o a varios aspectos de la **complejidad clínica**. Para los médicos, una mayor complejidad del *case mix* significa una mayor gravedad de la enfermedad, mayor dificultad de tratamiento, peor pronóstico o una mayor necesidad de actuación asistencial.

Por lo tanto, desde un punto de vista médico, la complejidad del *case mix* hace referencia a la situación de los pacientes tratados y a la dificultad del tratamiento asociada a la asistencia médica.

Por otro lado, los **directivos de hospitales y los responsables de la Administración sanitaria** suelen utilizar el concepto de complejidad del *case mix* para indicar que los pacientes tratados precisan de más recursos, lo que se traduce en un **costo más alto de la asistencia médica**. Por lo tanto, desde el punto de vista de los directivos y administradores, la complejidad del *case mix* refleja la demanda de consumo de recursos que el paciente hace a una institución.

Si bien estas dos interpretaciones de la complejidad del *case mix* están a menudo **muy relacionadas**, pueden llegar a ser muy distintas para determinado tipo de pacientes. Como la finalidad de los GRD es relacionar la casuística del hospital con el consumo de recursos, fue necesario desarrollar un sistema operativo que determine el tipo de pacientes tratados y que relacione cada tipo de pacientes con los recursos que consumen. Así como reconocemos que cada paciente es único, los **grupos de pacientes** tienen sin embargo atributos comunes demográficos, diagnósticos y terapéuticos que determinan su intensidad de consumo de recursos.

Mediante el desarrollo de grupos de pacientes clínicamente similares y con una intensidad de recursos parecida, se puede distribuir a los pacientes en grupos significativos. Más aún, si estos grupos de pacientes cubrieran toda la gama de pacientes en hospitalización, entonces **en conjunto** formarían un sistema de clasificación de pacientes que podría proporcionar una herramienta para establecer y medir la complejidad de la casuística de un hospital.

Los GRD se desarrollaron, por tanto, como un sistema de clasificación de pacientes formado por grupos de pacientes similares, tanto en **términos clínicos como de consumo de recursos** hospitalarios.

Características básicas del esquema de clasificación de pacientes por GRD

Dadas las limitaciones de los sistemas previos de clasificación de pacientes y la experiencia de intentar desarrollar GRD con paneles de médicos y análisis estadísticos, se estableció que para que un sistema de clasificación de pacientes por GRD sea práctico y lógico, debe tener las siguientes características:



Las características del paciente utilizadas en la definición de los GRD deberían limitarse a la información recopilada de forma habitual en los informes del hospital.

Debería llegarse a un número manejable de GRD que englobara a todos los pacientes en hospitalización.

Cada GRD debería contener pacientes con un patrón similar de consumo de recursos.

Cada GRD debería contener pacientes que fueran similares desde un punto de vista clínico (es decir, que cada grupo debería ser clínicamente coherente).

Reflexión: Conocer los tipos de GRD que han generado mayor número de atenciones médicas y/o internaciones en el servicio médico, y estimar las cargas por ellos generadas, son una herramienta esencial de gestión. Dada la restricción cada vez mayor de recursos, el mundo entero parece unirse en la búsqueda de un sistema de atención de salud más eficiente. Del análisis de los grupos relacionados de diagnóstico, resulta que es posible introducir cambios en la prestación de los servicios, que permitan obtener beneficios a todos los involucrados en el proceso asistencial, ya sea el paciente, la institución que lo envía, o el propio prestador, en otras palabras, mejora la eficiencia.

3.4 GERENCIAMIENTO DE LA RELACIÓN CON EL CLIENTE. CUSTOMER RELATIONSHIP MANAGEMENT (CRM).

Otra herramienta fundamental de gestión, mencionada al inicio del presente trabajo, fue la del CRM.

CRM (Customer Relationship Management), en su traducción literal, se entiende como el Gerenciamiento sobre la Relación con el Cliente.

El concepto CRM, se basa en el uso de las más avanzadas herramientas de la tecnología de la información, porque integra la planificación estratégica, las técnicas y herramientas de mercados más avanzadas, con el fin de construir relaciones internas y externas que incrementan los márgenes de rentabilidad de cada cliente y de esta manera, valorar la relación que se establece con ese cliente en el largo plazo para incrementar la rentabilidad de su compañía.

El CRM no es un programa informático, sino que constituye una herramienta gerencial enfocada en el cliente, que se apoya en la tecnología.

El CRM representa una novedosa tendencia, que permite proporcionar la información para escoger y manejar de manera individual a los clientes, con el fin de optimizar su valor para la compañía a largo plazo.

En definitiva, lo que desean las empresas es reducir el costo de obtener nuevos clientes e incrementar la lealtad de los que ya se acercaron. Estos últimos pasan a conformar uno de los activos más valiosos de la empresa.

En resumen ser más efectivos al momento de interactuar con los clientes.



CRM, básicamente se refiere a una estrategia de gestión centrada en el cliente.

La implementación del concepto CRM en una organización comprende un **compromiso tecnológico y organizacional**. Así una empresa centrada en el cliente con la información generada por la tecnología, puede llegar a la aplicación de modelos predictivos que permitan determinar lo que este cliente va a demandar en el futuro.

No se debe olvidar, que el objetivo primario del CRM debe ser obtener mayores ingresos y no recortar costos, por tanto, se puede afirmar que las soluciones de CRM mejoran los **esfuerzos de ventas (sales) y de marketing**, y le permite a las organizaciones proporcionar un mejor servicio a los clientes, ganar nuevos clientes, y retener los ya existentes.

Los usuarios finales se benefician al recibir un mejor servicio y obtienen los productos y servicios que quieren, cuando los quieren.

El CRM supone una orientación estratégica de la empresa hacia el cliente. No se trata de implementar una determinada tecnología, ni de crear un departamento para ello, sino que **se debe implicar a cada uno de los trabajadores de la compañía con la independencia del papel que desempeña en ella**. Con esta orientación totalmente centrada en el cliente, es necesario que el CRM se apoye sobre tres pilares fundamentales: **Tecnología, Data Warehouse y Data Mining**.

A continuación se desarrolla su significado (**Data Warehouse y Data Mining**).

DATA WAREHOUSE. ALMACÉN DE DATOS. BASE DE INFORMACIÓN. Este concepto informático hace alusión al proceso mediante el cual, una organización o empresa particular, almacena todos aquellos datos e información necesarios, para el propio desempeño de la misma. Se presupone que este tipo de material, se organiza de manera tal, de facilitar el análisis y la realización de reportes en las situaciones en que sea necesario hacerlo. Contar con un fácil acceso a los **datos de importancia** tendrá directa relación con la efectividad de las diversas tareas de la empresa.

El sistema Data Warehouse o de almacén de datos se maneja a través de dos conceptos centrales: el de integración y combinación de diferentes tipos de datos, que son utilizados en diferentes áreas y espacios de la organización por un lado, y el de separación y selección de esa misma información, de acuerdo a las necesidades específicas de cada usuario o sección de la empresa.

DATA MINING. INFORMACIÓN OCULTA.

Resulta muy ilustrativo el concepto que lo define como un **CRM a medida**.

Es la extracción de información oculta y predecible de grandes bases de datos. Es una poderosa tecnología nueva con gran potencial para ayudar a las compañías a concentrarse en la información más importante de sus Bases de Información (Data Warehouse).

Las herramientas de Data Mining predicen futuras tendencias y comportamientos, permitiendo en los negocios tomar decisiones proactivas y **conducidas por un conocimiento acabado de la información**.

Las herramientas de Data Mining pueden responder a preguntas de negocios que tradicionalmente consumen demasiado tiempo para poder ser resueltas y a los cuales los usuarios de esta información casi no están dispuestos a aceptar.

El Data Mining es una herramienta que debe entenderse como orientada a resolver un problema específico, y no se requiere un especialista en estadística para poder emplearlo. Algunos ejemplos de las preguntas que se pueden responder con estas herramientas son:

¿Qué características tienen mis mejores clientes?

¿Qué características tienen los clientes que estoy perdiendo?

¿A quienes debería dirigir mi campaña publicitaria?

Conociendo estas tecnologías analizadas, en la cuales se fundamenta el CRM, se entiende que el mismo, tiene que ser capaz de recoger toda la información surgida de la relación con el cliente, con independencia del canal por donde se ha producido: fax, e-mail, fuerza de venta, Internet, teléfono, etc., para poder luego de su exploración conocer las necesidades del cliente y satisfacerlas.

Se detalla a continuación, algunas de las características que diferencian principalmente al modelo tradicional, del modelo de gestión que propone el CRM (ver tabla N°17).

Comparación entre el modelo tradicional y el modelo CRM

	Modelo clásico	Modelo CRM
Nivel estratégico	Maximizar el número de clientes.	Maximizar el valor que aporta cada cliente.
Nivel de comunicación	La empresa transmite información a los clientes.	Intercambio de información bidireccional.
Nivel comercial	Maximizar el número de productos vendidos.	Proporcionar el producto adecuado para un cliente determinado y en el momento justo.
Nivel organizativo	Departamento de marketing y de servicio al cliente separados.	Visión única del cliente, integrando funciones de marketing, ventas y servicio al cliente.
Medición	Funciones de información independientes.	Medición única de cualquier actividad relacionada con el cliente.
Toma de decisiones	Criterios y métricas diferentes para distintas actividades.	Toma de decisiones focalizada en maximizar el valor de nuestros clientes.

Tabla N°17. Fuente: Elaboración propia. 2007.

Considerando que la mayoría de las empresas ya dispone de la comunicación electrónica, se debería considerar entonces la implementación de la estrategia de CRM en ellas.

La Web, el e-mail y otros canales electrónicos (como por ejemplo los Call Centers) pusieron información, antes difícil de obtener, al alcance de la mano del **cliente**, lo que hizo que éste esté mejor informado y, en consecuencia, se haya tornado más **crítico y poderoso**.

Las mencionadas vías de comunicación también hicieron que les resultase más sencillo ponerse en contacto con las compañías, las cuales necesitan ahora **responder eficientemente a esta demanda de atención**. Para responder a las necesidades de sus clientes de forma eficaz, las compañías pueden utilizar CRM para **reunir y analizar información sobre ellos, y posteriormente distinguir sus preferencias**.

Así, las empresas emplean el producto resultante, para el beneficio de ambas partes (empresa-cliente), lo que las conduce a establecer relaciones únicas con sus clientes. Este proceso no sólo requiere la implementación de la nueva tecnología, sino, fundamentalmente, un cambio en la forma de relacionarse con el cliente: **es necesario hablar menos y escuchar más.**

Ahora bien, se debe analizar que ocurre cuando las implementaciones de CRM fallan.

Corresponde reflexionar sobre las siguientes causas:

1. Pensar que la tecnología es la solución; la tecnología sólo tiene sentido tras tener perfectamente definidos los objetivos del negocio.
2. Falta de apoyo por parte de la dirección, debido a la falta de conocimiento de las oportunidades que el CRM ofrece.
3. No existe "pasión por el cliente", en la cultura de la organización.
4. Retorno de la inversión (ROI) poco claro, debido a que no es un sector maduro y existe un desconocimiento generalizado sobre su ROI.
5. Falta de visión y estrategia. Es un problema habitual no tener una estrategia claramente definida y, por tanto, unos objetivos de negocio medibles en el área de CRM. Además, el problema se incrementa cuando no existe una correcta asignación de recursos y una correcta metodología para el desarrollo del proyecto.
6. No redefinir los procesos, al igual que en otro tipo de proyectos tecnológicos, es necesario redefinir los procesos de negocio para conseguir los resultados deseados. Se necesita redefinir la manera en la que se hacen las cosas en la organización para conseguir resultados.
7. Mala calidad de los datos e información, uno de los pilares de CRM es el conocimiento del cliente (Customer Intelligence) y dentro de este concepto la calidad de los datos e información es básica ya que a partir de ellos es de las que se extraen conclusiones.
8. Problemas con la integración, un estudio apunta que menos de un 10% de los encuestados han integrado su CRM con su Data Warehouse.

9. No gestionar correctamente el cambio, al igual que cualquier proyecto de envergadura, es necesaria una correcta gestión del cambio y de la cultura organizacional.
10. Poca implantación de CRM analítico, la parte analítica de CRM se encarga de extraer conclusiones sobre los clientes actuales y potenciales a partir de gran cantidad de datos. Sin la parte analítica, no se consigue una visión global del cliente y por tanto de la mayoría de las ventajas que CRM ofrece.



CUSTOMER RELATIONSHIP MANAGEMENT. (CRM)

REFLEXIÓN.

Si bien el concepto que dio vida al CRM no es nuevo, a medida que las compañías comenzaron a convertirse en corporaciones globales y a prestar servicios a millones de clientes, su importancia fue relegada a un segundo plano, lo cual trajo a colación, que el servicio al cliente se volviese impersonal, anónimo y que su calidad fuese estandarizada.

De la capacidad de cada compañía para volver a poner en práctica los fundamentos sobre los que CRM está basado, entre ellos, tratar a los clientes adecuadamente, reconocer su individualidad y satisfacer sus necesidades particulares, depende no sólo el futuro de esta herramienta, sino también el de la compañía misma, que necesitará cada vez más, brindar un servicio al cliente de excelencia para estar en condiciones de competir en el mercado.

3.5 SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES “TRIAGE” COMO HERRAMIENTA DE GESTIÓN ADMINISTRATIVA.

3.5.1 INTRODUCCIÓN.

Hasta ahora se han desarrollado aquellas herramientas de gestión administrativa, que si bien son absolutamente adaptables al sector de servicios de salud, nacieron y crecieron en el ámbito de los negocios. Es decir, la extrapolación y su aplicación de estas herramientas (principios de calidad o CRM) en los servicios de salud, es tomada desde el marketing, ventas, comercialización, etc.

Ahora bien, resulta especialmente importante también, desplegar y profundizar en los **conceptos de “Triage”**.

Dependiendo del sitio de origen del texto consultado, la nomenclatura del término se encuentra expresada como “Triage” o “Triage”, ambas refieren a igual concepto.

Triage es una palabra francesa que significa clasificar, seleccionar o elegir.

Tiene como fin la selección y clasificación de los pacientes basándose en las prioridades de atención, privilegiando la posibilidad de supervivencia, de acuerdo a las necesidades terapéuticas y a los recursos disponibles.

Trata por tanto, de evitar que se retrase la atención del paciente que empeoraría su pronóstico, por la demora en su atención.

El Triage, se entiende en este trabajo, como una herramienta más de la gestión administrativa. En verdad, se considera una herramienta central, para el adecuado funcionamiento de un servicio de urgencias y emergencias médicas.

De hecho, el sanatorio material del presente trabajo, no cuenta a la fecha, dentro de su estructura, con un sistemática de Triage, siendo por tanto, el desarrollo teórico de dicha herramienta, un ítem ineludible, dentro del análisis descriptivo de la entidad.

El material más abajo detallado, pretende constituirse en el fundamento teórico del concepto de Triage, que contribuya en una investigación futura, a la implementación del mismo en el Sanatorio Itoiz.

Previamente a la implementación de un sistema de Triage, es necesario tener un claro conocimiento de las características óptimas que ha de tener dicho sistema, sus principios y objetivos.

Será necesario conocer cuales son los factores de éxito para la implementación y el proceso adaptativo necesario para conseguirlo.

Todo ello debe ser sometido a la aprobación de los responsables gerenciales del centro de salud, que deben tener una amplia visión de las ventajas que el sistema aporta. Será necesario establecer un **Plan de Implementación**, adaptado a la realidad de cada centro, consensuado y aceptado por todos los estamentos implicados en el proyecto, pero que respete los principios del sistema de Triage y de su modelo de implementación.

Actualmente, todo **sistema de Triage esta basado en una escala de 5 niveles**, con suficiente grado de validación científica que garantice su fiabilidad, validez, utilidad, relevancia y aplicabilidad. El sistema de Triage ha de proponer adaptaciones en la estructura física, profesional y tecnológica en los servicios de urgencias, que permitan hacer el Triage de los pacientes según un modelo de calidad evaluable y continuamente mejorable.

Por otra parte, la evidencia actual establece que la mejor forma de garantizar la realización de un Triage correcto es a través de **la informatización** del mismo.

Otro factor fundamental a la hora de implementar un sistema de Triage es que los profesionales se formen y los pacientes sean informados.

Formación e información van de la mano en este proceso, junto al análisis de la realidad del servicio, (al que pretende colaborar este trabajo en el sanatorio material de estudio), a las propuestas que tiendan a la mejora continua y a la evaluación de resultados.

Un sistema de Triage deber ser entendido como un sistema integral de calidad para los servicios de urgencias y emergencias médicas, cuya implementación tiene efectos positivos directos sobre los pacientes, sobre los profesionales y sobre el sistema sanitario en su globalidad.



3.5.2 BREVE HISTORIA DEL TRIAGE DE URGENCIAS.

Utilizado en los servicios sanitarios del ejército de Napoleón, se inició como un sistema de clasificación para tratar a los heridos en el campo de batalla. En medicina se denomina Triage, al proceso con el que se selecciona a las personas a partir de su necesidad de recibir tratamiento médico inmediato, cuando los recursos disponibles son limitados para asistirlos.

Es especialmente empleado en la medicina de urgencias, pero originalmente se utilizó para la clasificación de pacientes ante **situaciones de catástrofes, desastres naturales y humanos.**

En esencia, Triage representa la evaluación rápida de los pacientes y su ubicación en la lista de espera para la atención médica.

Sin embargo, el uso rutinario de los servicios de urgencia de clínicas y hospitales por parte de personas que enfrentan situaciones de salud que no constituyen en sí mismas una emergencia, ha llevado a que este sistema también sea usado para designar prioridades en este tipo de atención.

Por desgracia, muchas personas insisten en ser atendidas de inmediato por orden de llegada y no de gravedad de sus síntomas.

Durante el siglo XIX se introdujo algún tipo de priorización en las “plantas de accidente” abiertas en los hospitales, pero no se puede hablar de una descripción sistemática del Triage en los servicios de urgencias, hasta que E. Richard Weinerman lo introdujo en Baltimore en 1964.

Durante los **años 60**, en los EE.UU. se desarrolló un sistema clásico de clasificación en **3 niveles de categorización**, que fue superado a finales del siglo pasado por un nuevo **sistema americano de cuatro niveles**. Pero estos sistemas no han conseguido un grado de evidencia científica suficiente como para ser considerados estándares del Triage moderno.

Paralelamente al nacimiento del sistema americano de 4 niveles, en Australia, se fue consolidando la Escala Nacional de Triage para los servicios de urgencias

australianos (National Triage Scale for Australasian Emergency Departments: NTS), que nació de la evolución de una escala previa de 5 niveles, la Escala de Ipswich. La NTS, planteada en **1993** por el Colegio Australiano de Medicina de Emergencias, **fue la primera escala con ambición de universalización basada en 5 niveles de priorización.**

En el año 2000, la NTS fue revisada y recomendada como **Escala australiana de Triage (Australasian Triage Scale: ATS).**

Tras la implementación de la NTS, y claramente influenciadas por esta, en diferentes países se han ido desarrollando sistemas o modelos de Triage que han adaptado sus características, y que han tenido como objetivo la implementación del modelo o sistema, como modelo de Triage de urgencias universal, en sus respectivos territorios. Así, podemos decir que **actualmente existen cinco sistemas, escalas o modelos de Triage, incluyendo el australiano:**



- **La Escala canadiense** de Triage y urgencia para los servicios de urgencias (Canadian Emergency Department Triage and Acuity Scale: CTAS) (introducida por la Asociación canadiense de médicos de urgencias (CAEP) en 1995, utilizando la NTS como referente.



- **El Sistema de Triage de Manchester** (Manchester Triage System: MTS) (introducido por el Grupo de Triage de Manchester en 1996)



- El Índice de severidad de urgencias de 5 niveles de Triage (**Emergency Severity Index® 5 level Triage: ESI**) (desarrollado por el Grupo de trabajo del ESI en los **EE.UU.** en 1999)



- **El Modelo andorrano** de Triage (Model Andorrà de triatge: MAT), aprobado por el Servicio Andorrano de Atención Sanitaria (SAAS) en 2000 y aceptado como estándar catalán de Triage. En 2003, la **Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias** (SEMES) adopta el Sistema Español de Triage (SET), una adaptación del MAT, como estándar español de Triage.

3.5.3 PRINCIPIOS DEL SISTEMA DE TRIAGE.

Los principios fundamentales que caracterizan a un sistema de Triage estructurado y moderno son

- Ha de ser un sistema de Triage de **5 niveles** de priorización, normalizado y dotado de un programa informático de gestión del Triage, que permita el registro de la clasificación, el control de todos los pacientes dentro y fuera del servicio y el control de tiempos de actuación (“Timelines”).
- Ha de ser un **modelo integrador** de los aspectos más relevantes de los modelos actuales de Triage de 5 categorías, a los que ha de aportar aspectos de revisión y adaptación al entorno sanitario donde se aplique.
- Se ha de constituir en un **modelo de calidad**, con objetivos operativos, propuestos como indicadores de calidad del Triage, fiable, válido, útil, relevante y aplicable.
- Ha de ser un sistema de Triage de **enfermería no excluyente**, integrado en una dinámica de servicio donde se prioriza la urgencia del paciente, sobre cualquier otro planteamiento estructural o profesional, dentro de un modelo de especialización de urgencias.
- Ha de ser un modelo dotado de un **programa informático** de ayuda a la decisión clínica en el Triage, evaluado y validado, con ayuda continua y con registro anamnésico del Triage.
- Ha de ser un sistema **integrado en un modelo de mejora continua de la calidad**, con monitorización de indicadores de calidad del Triage, que defina un estándar de motivos de consulta a urgencias y permita entre otros, evaluar la casuística del servicio.

- Se ha de poder integrar en un modelo global de **historia clínica electrónica**, integradora de la actividad médica y de enfermería, estandarizada y acorde con estándares de calidad, que permita un total control de la gestión clínica y administrativa del cuarto de urgencias.

- Ha de proponer **adaptaciones estructurales y de personal** en el servicio de urgencias, acordes con las necesidades de calidad del sistema de Triage, y formación específica para el personal de Triage.

- Ha de ser un sistema de Triage estructurado **holístico**, de aplicación tanto en el terreno de la urgencia hospitalaria como extrahospitalaria, aplicable tanto a niños como a adultos, y con independencia del tipo de hospital, dispositivo o centro de asistencia.

3.5.4 OBJETIVOS DEL SISTEMA DE TRIAGE.

Los objetivos del sistema de Triage son:

- Identificar rápidamente a los pacientes que sufren una enfermedad que pone en peligro su vida, con el objetivo de **priorizar** su asistencia para garantizar su seguridad (disminuir su riesgo).
- Determinar el **área más adecuada** para tratar un paciente que se presenta en un servicio de urgencias o el centro hospitalario más adecuado para trasladar un paciente que se presenta o es atendido por un dispositivo de asistencia extrahospitalaria.
- Disminuir la **congestión** de las áreas de tratamiento de los servicios de urgencias.
- Permitir la **evaluación continua** de los pacientes mediante reevaluaciones periódicas que garanticen que sus necesidades de atención son satisfechas, asegurando la reevaluación periódica de los pacientes que no presentan condiciones de riesgo vital.
- Permitir una **información fluida** a los pacientes y sus familias sobre el tipo de servicio que necesita el paciente, dando información sobre cuáles son las necesidades de exploraciones diagnósticas y medidas terapéuticas preliminares y el tiempo de espera probable.
- Proporcionar información que permita conocer y comparar la **casuística** de los servicios de urgencias y emergencias, (urgencia y complejidad de las patologías que se atienden), con la finalidad de optimizar recursos y mejorar su gestión (mejorar la eficiencia).
- Crear un lenguaje común para todos los profesionales que atienden las urgencias y emergencias, independientemente del tamaño, estructura o ubicación de los centros asistenciales. Este punto es crítico para mejorar la gestión de las urgencias y emergencias, allá donde se producen, y mejorar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.**

- **Mejorar la calidad** de las organizaciones en la asistencia a las urgencias.

Objetivos de calidad del Triage.

Una de las peculiaridades más importantes que caracterizan al Triage son sus aspectos de calidad y de monitorización del mismo.

Para garantizar la mejora en la eficiencia que aporta el sistema, tenemos que evaluar y relacionar los niveles de urgencia con otros indicadores de calidad (IC) y con otras variables de actividad asistencial.

Los indicadores de calidad del Triage se proponen como estándares, y por tanto su grado de cumplimiento, que puede verse influenciado por múltiples factores al margen del profesional que realiza el Triage, ha de ser entendido siempre como un objetivo de calidad. Como instrumento, su monitorización periódica nos permitirá poner en marcha mecanismos de corrección y mejora, dentro de una dinámica de mejora continua de la calidad.

Se definen 4 indicadores de calidad del Triage.

1. Índice de pacientes perdidos sin ser vistos por el médico: El índice de pacientes no vistos ha sido definido como un IC de satisfacción, riesgo y adecuación. El estándar establecido se sitúa en \leq al 2% del total de pacientes que acuden a urgencias. **Se subdivide este indicador en:**

- **Índice de pacientes perdidos sin ser clasificados:** Porcentaje de pacientes que deciden dejar el servicio de urgencias después de su llegada a urgencias y/o de ser registrados administrativamente y antes de ser clasificados, sobre el total de pacientes registrados. Este índice está afectado directamente por la calidad del Triage.

- **Índice de pacientes clasificados y perdidos sin ser vistos por el médico:** Porcentaje de pacientes clasificados que deciden dejar el servicio de urgencias antes de ser vistos por el médico, sobre el total de pacientes clasificados.

2. Tiempo llegada/registro - Triage: El tiempo desde la llegada del paciente al servicio de urgencias, hasta el momento que se inicia la clasificación. El IC de tiempo llegada/registro - Triage se define como el porcentaje de pacientes con este tiempo ≤ 10 minutos sobre el total de pacientes clasificados. Se establece un estándar $>$ al 85%. Complementariamente establecemos un **IC de tiempo registro-Triage** ≤ 15 minutos, con un estándar $>$ al 95%.

3. Tiempo de duración del Triage: Se recomienda que el tiempo de duración de la clasificación sea \leq a 5 minutos en $> 95\%$ de los pacientes clasificados.

4. Tiempo de espera para ser visto: Se establece que al menos un 90% de los pacientes tienen que ser visitados por el equipo médico en \leq a 2 horas desde su clasificación y el 100% en \leq a 4 horas.

3.5.5 UTILIDAD DEL SISTEMA DE TRIAGE.

Los substitutos de gravedad y complejidad son **indicadores asistenciales** que permiten comparar la complejidad de los diferentes cuartos de urgencias. Los modelos de Triage tienen que permitir tener un mayor conocimiento de la realidad asistencial de los cuartos de urgencias.

Como **substitutos de gravedad y complejidad** entendemos:

- **Tiempo de estancia en urgencias:** Se establece como la mediana de tiempo expresada en minutos para cada nivel de Triage y para la totalidad de pacientes visitados en urgencias.
- **Consumo de recursos diagnósticos y/o terapéuticos:** Se relacionan la distribución de pacientes en los diferentes niveles de Triage con el consumo de recursos diagnósticos (de laboratorio y radiológicos) y terapéuticos. Esta variable tiene relación con los procedimientos realizados.
- **El Índice de ingreso en función de la urgencia:** Este índice es un indicador indirecto de la validez y utilidad del sistema de Triage pues evalúa la gravedad real de los pacientes en función de la necesidad de ingreso. Los pacientes que ingresan en el centro hospitalario, mueren en urgencias o son trasladados a otro centro, constituyen el grupo de pacientes ingresados. También se han de incluir pacientes que cumplen con los estándares de criterio de ingreso, si estos están disponibles en el centro, pero que por diferentes circunstancias no son ingresados.

3.5.6 SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE VÍCTIMAS (TRIAGE) POR COLORES.

Todos los sistemas, escalas o modelos de clasificación antes mencionados **comparten el concepto de organización por colores**. Algunos, los más simples,

ROJO	Atención inmediata
AMARILLO	Situación de urgencia con riesgo vital (espera hasta 1 hora para su atención)
VERDE	No compromete la vida del paciente (espera hasta 6 horas para su atención)

para capacitación de personal no médico, donde básicamente se utilizan sistemas comparativos a los colores de un semáforo, con la siguiente estructuración (ver figura

Nº17).

Figura Nº17. Fuente: www.metrosalud.gov.co

De esta manera es posible distinguir los siguientes cuatro grupos:

Código rojo (primera prioridad) Requiere asistencia inmediata.

Código amarillo (segunda prioridad) Requieren cuidados, pero sus lesiones no son de tanta gravedad como para que sus vidas corran peligro.

Código verde (tercera prioridad) Esta se puede clasificar en lesiones menores y lesiones mortales. Se incluyen éstas últimas en tercera prioridad porque la posibilidad de sobrevida es baja y requieren demasiada atención médica que va en desmedro de la atención dirigida a pacientes con mejores posibilidades de sobrevida.

Código negro: Pacientes fallecidos

CLASIFICACIÓN DE VÍCTIMAS DE ACUERDO A LA OPS Y A LA OMS.

Continuando con la utilización de el código de colores, estos organismos han incluido ciertas patologías dentro de cada grupo para darnos cierta orientación al momento de evaluar y otorgar prioridad a un paciente (ver tabla Nº18)



EQUIVALENCIAS					
CATEGORÍA	PRIMERA	SEGUNDA	TERCERA		CUARTA
ETIQUETA	ROJA	AMARILLA	VERDE		NEGRA
URGENCIA	EXTREMA	URGENTE	NO URGENTE		NO ASISTENCIA
PRIORIDAD	P-1	P-2	P-3	P-4	-
GRAVEDAD	EXTREMA	MUY GRAVE	MENOS GRAVE	LEVE	-
P A T O L O G Í A S	PCR presenciada	Coma	Heridas musculares	TCE c/salida masa encefálica	
	Asfixia	TCE Grado II (GCS 9-13)	Contusiones torácicas	PCR no presenciada	
	Herida maxilofacial	Heridas abdomen	Frac. Huesos largos	Destrucción multiorgánica	
	Shock hipovolémico	Disnea controlada	Fract. Huesos cortos	Lesiones que impidan reanimación	
	Politraumatizado	Heridas tórax sin disnea	Luxaciones	Quemaduras >60%	
	Quemaduras 2° >20%	Heridas viscerales	Lesiones menores	TCE con estupor (GCS <4)	
	Quemaduras 3° Cara	Hemorragia con torniquete	Cuadros psicológicos		
	manos, pies >10%	Dolor torácico	Patologías previas		
	Herida penetrante en tórax	Politraumatizado	Quemaduras 1°/2° <15%		
	Hemorragia activa severa	Herida abdomen abierta	Quemaduras 3° <20%		
Status convulsivo	Perforación Gastrointestinal				
Trabajo de parto	Genitourinaria				
Evisceración	Quemaduras <10% y/o				
Síndrome de aplastamiento	<20% 2° y 3°				
	Fractura de pelvis/Fémur sin shock				

Tabla N°18. Fuente: Manual de Enfermería en urgencias y emergencias, ED MAD 2006

Otros modelos, además de ejemplificar las patologías de clasificación, manteniendo el concepto de colores, les agregan tiempos inicialmente sugeridos para su atención (ver tabla N°19). Este concepto se ilustra con el siguiente grafico. Las pautas allí expresadas son orientativas y deberán ser siempre adaptadas a cada servicio.

TRIAGE

CLASIFICACIÓN EN URGENCIAS PARA DEFINIR LA GRAVEDAD DEL PACIENTE Y EL TIEMPO DE ATENCIÓN

CLASIFICACION	TIEMPO PARA ATENDER LA URGENCIA	TIPO DE ENFERMEDAD	OBSERVACIONES
I EMERGENCIA	INMEDIATA	PARO RESPIRATORIO O CARDIACO, ATAQUES, TRAUMAS SEVEROS, HERIDAS GRAVES.	LA ATENCIÓN ESTA DIRIGIDA A PROTEGER LA VIDA, DISMINUIR COMPLICACIONES Y VA EN ORDEN DE GRAVEDAD NO DE HORA DE LLEGADA
II	15 MINUTOS	TRAUMAS MODERADOS CON ALTERACION, INTOXICACIONES, PARTO, ASFIXIA MODERADA, MIGRANA, ALERGIA SEVERA, SANGRADOS GRAVES, DESHIDRATACIÓN, FIEBRE MUY ALTA.	
III PRIORITARIO	45 MINUTOS	DIARREA Y VOMITO GRAVE, TRAUMAS MODERADOS SIN ALTERACION, INFECCIONES EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PREVIA, ASFIXIA LEVE, SANGRADO / DOLOR AGUDO, FIEBRE.	
ATENCIÓN EN CENTRO DE SALUD			
IV PRIORITARIO	24 HORAS CENTRO DE SALUD	DOLOR NO AGUDO EN: ESTOMAGO, CABEZA O AL ORINAR. ALERGIAS LEVES, INFECCIONES DE MAS DE 3 DIAS NO COMPLICADAS.	SI DESEA ATENCION POR URGENCIAS PAGA COPAGO Y DEBERÁ ESPERAR DISPONIBILIDAD MEDICA
V CONSULTA	CENTRO SALUD	GOLPES DE MÁS DE 3 DIAS SIN ALTERACIÓN, DOLOR GARGANTA, ENFERMEDADES DE PIEL O DE LA MENSTRUACION.	SI DESEA ATENCION POR URGENCIAS PAGA LA CONSULTA Y DEBERA ESPERAR DISPONIBILIDAD MEDICA

LA ATENCIÓN EN URGENCIAS NO ESTA DADA POR LA HORA DE LLEGADA, ESTÁ CONDICIONADA POR: ATENCIÓN DE LOS PACIENTES GRAVES CLASIFICADOS POR EL TRIAGE (I-III) Y LA DISPONIBILIDAD MÉDICA DEL SERVICIO.

Tabla N°19 . Fuente: correlacion.wikispaces.com

3.5.7 TRIAGE INTRA-HOSPITALARIO VS. TRIAGE EXTRAHOSPITALARIO.

Resulta importante aclarar, que los sistemas de Triage antes mencionados tienen diferentes ámbitos de aplicación, y por tanto características propias y definidas a pesar de compartir los lineamientos estructurales.

Como se mencionara anteriormente, los sistemas de clasificación de pacientes se utilizan dentro de los servicios de urgencias médicas, es decir, en el ámbito INTRA-HOSPITALARIO, pero también en situaciones de desastres o catástrofes, es decir, en escenarios EXTRA-HOSPITALARIOS.

A pesar de estos contextos tan disímiles, los conceptos esenciales de clasificación de gravedad y asignación de prioridad para darle asistencia a un paciente, son exactamente los mismos.

Las variaciones radican básicamente en las formas de poner en marcha estos conceptos. Para el Triage extrahospitalario, el sistema internacionalmente validado, destinado para personal no médico, es el Triage: **Método START** (ver figura N°18).



START TRIAGE
Simple Triage and Rapid Treatment
Figura N°18. Fuente: <http://medicetests.com/start-Triage/>

TRIAJE EXTRA-HOSPITALARIO. La persona que se encuentra realizando el Triage, dispone de 60 segundos por cada víctima, para realizar una evaluación que le permita definir la prioridad de atención y traslado de cada paciente.

ÁREA DE TRIAGE. Corresponde al área física donde se ubican las víctimas cuando han sido rescatadas (esta área física está dentro de la organización del área de desastre). En ese lugar se les someterá a un examen físico para asignar prioridades de tratamiento y traslado a centros asistenciales más complejos.

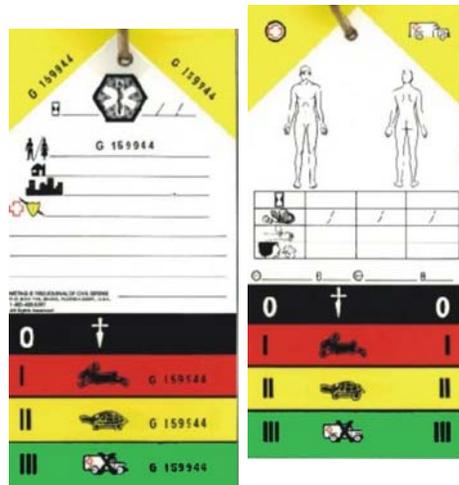
El área de Triage está a cargo del personal de salud (médico, enfermero, paramédico). El área a su vez está dividida en 4 subáreas, **cada una designada con banderas de color rojo, amarillo, verde y negro**, donde se dispondrán los pacientes de acuerdo a la prioridad otorgada.

PROCEDIMIENTO DE TRIAGE

La primera orden que se debe dar, es pedir a los pacientes involucrados que se levanten y **caminen**. Los que puedan hacerlo por sí mismos se destinan al área **verde**. Enseguida, hay que dirigirse a la persona más cercana que fue incapaz de caminar, para comenzar a realizar el Triage.

Esta categorización se realizará tomando en cuenta 3 parámetros: Ventilación, Perfusión y Estado de conciencia.

- **Ventilación:** Se evalúa si la persona **respira o no** y se asignan prioridades de acuerdo a lo siguiente:
 - Sin respiración. Paciente fallecido
 - Más de 30 por minuto Se asigna prioridad inmediata (no puede esperar)
 - Menos de 30 por minuto Se asigna prioridad demorada (puede esperar)
- **Perfusión:** Se evalúa **palpando el pulso radial**. Se debe tener en cuenta que el punto anterior (ventilación) es más importante y por lo tanto, para dar prioridad a través de éste punto, estamos considerando que existe una respiración adecuada. Se asignan prioridades de acuerdo a lo siguiente:
 - Pulso radial presente Se asigna prioridad demorada (puede esperar)
 - Pulso radial ausente Se asigna prioridad inmediata (no puede esperar)
- **Conciencia:** Se evalúa en tercer lugar de importancia y de la siguiente manera:
 - Responde órdenes simples Se asigna prioridad demorada
 - No responde órdenes simples Se asigna prioridad demorada



Cuando se hace este tipo de evaluaciones resulta muy práctico identificar a los pacientes con algún tipo de distintivo.

Es por esto que el sistema Triage considera el uso de un tipo especial de **tarjetas llamadas TARTEM (tarjetas de Triage de emergencias médicas)** (ver figura N°19)

Figura N°19. Fuente: <http://www.e-mergencia.com>

Estas tarjetas usan colores para identificar las prioridades de cada paciente, de manera tal que el **rojo se utiliza para indicar pacientes que tengan primera prioridad de traslado, las amarillas segunda prioridad de traslado, las verdes tercera prioridad de traslado y las negras que indican un paciente fallecido, sin prioridad.**

Cada tarjeta debe contener en lo posible los siguientes datos:

- Nombre y dirección del paciente.
- Edad y sexo.
- Señalar en un diagrama las zonas lesionadas.
- Anotar la administración de medicamentos, vías y hora.
- Colocar nombre de la persona que realiza el Triage.

Este método es de fácil visibilidad, permite la identificación rápida de los datos del paciente y naturaleza de la lesión, y la prioridad otorgada para el tratamiento y transporte. Los lesionados se disponen en orden en cada área de Triage señalada con la bandera correspondiente. La decisión de iniciar atención médica de los lesionados en el mismo lugar dependerá del número de víctimas, la gravedad de las lesiones, el tiempo de espera para la ayuda, la capacitación del personal y los recursos humano y material disponibles.

TRIAGE INTRAHOSPITALARIO.

Corresponde a la organización que debe tener el centro asistencial donde finalmente llegarán las víctimas del desastre. Para eso consideremos las siguientes premisas:

1. Los pacientes deberán ingresar por una sola vía.
2. Los pacientes deberán pasar por un área de Triage intrahospitalario para la clasificación de pacientes.
3. Debe existir un encargado de Triage, cuyo cargo recaerá en un médico con experiencia que delegue técnicas de resucitación y manejo de víctimas a otros médicos.

El objetivo del Triage intrahospitalario es:

1. Recibir víctimas originadas por accidente o desastre.
2. Clasificación rápida de víctimas para su conducción al área de tratamiento apropiado.
3. Proveer sólo tratamiento básico necesario para salvar la vida de una persona (por ejemplo traqueotomía, toracocentesis, disección venosa, hemostasia, etc.)

Las funciones del médico encargado del Triage son:

1. Supervisar el área de Triage.
2. Clasificación de pacientes.
3. Iniciar procedimientos básicos.
4. Asignar una persona para la supervisión y coordinación del grupo de ambulancias.
5. Asumir la responsabilidad del área de Triage y del personal.
6. Verificar materiales y equipos.
7. Organizar recursos asignados al área de Triage.

3.5.8 CATEGORÍAS DEL SISTEMA DE TRIAGE HOSPITALARIO.

Se ha desarrollado un recorrido del sistema de Triage, desde un escenario MACRO, como lo es la asistencia de víctimas múltiples o situaciones de desastre, porque de otra forma, resulta imposible comprender su aplicación, en un MICRO escenario. El mismo está representado en el trabajo cotidiano, por aquellos pacientes que concurren a los servicios de urgencias médicas en forma espontánea, y que deben compartir espacios físicos y recursos humanos y tecnológicos, con otros pacientes, que acceden al sector a través de servicios de ambulancias, o bien también de forma espontánea, pero con diversos criterios de severidad.

La priorización en este ámbito es responsabilidad del equipo de enfermería del Servicio de Urgencia. Así, cuando un paciente ingresa es recibido por una enfermera o enfermero, quien controla signos vitales y aplica un cuestionario que apunta a determinar el grado de urgencia.

Las categorías son las siguientes:

TRIAJE 1 ATENCIÓN INMEDIATA: El paciente debe ser evaluado y atendido de manera inmediata dado que su condición representa un serio riesgo para su vida. Se aplica en casos de paro cardiorrespiratorio, apnea, quemaduras de la vía aérea, insuficiencia respiratoria severa, estatus convulsivo, intoxicaciones y hemorragias severas, entre otros.

TRIAJE 2 MANEJO DENTRO DE 10 MINUTOS COMO MÁXIMO: El paciente debe ser evaluado y atendido en segundo orden de prioridad. Se aplica en pacientes con dolor severo, particularmente si se trata de personas mayores o factores de riesgo asociados como diabetes, cardiopatías o hipertensión arterial. También en personas con compromiso respiratorio, dolor de cabeza intenso y de comienzo súbito, compromiso de conciencia, signos de deshidratación en niños pequeños, hemorragia mayor, trauma ocular, entre otros.

TRIAGE 3 ATENCIÓN MÉDICA DENTRO DE LOS SIGUIENTES 30 MINUTOS:

El paciente puede esperar un tiempo razonable para ser atendido. Se aplica en personas cuya condición no implica un riesgo inmediato para su vida. Se aplica en pacientes con crisis hipertensiva sin otros factores de riesgo cardiovascular significativos, hemorragias recientes, pero que no están activas en el momento; niños con saturación de oxígeno entre 90% – 95%, convulsiones en paciente epiléptico, vómitos persistentes en niños, TEC, fractura de cadera o alguna extremidad, heridas en niños que requieran sutura con sedación, heridas abrasivas extensas, entre otros.

TRIAGE 4 ATENCIÓN MÉDICA DENTRO DE LOS SIGUIENTES 60 MINUTOS:

En esta categoría caben todos los consultantes que no están en las categorías anteriores y que, además de la atención médica, requieren de un procedimiento diagnóstico o terapéutico para su resolución. Por ejemplo, pacientes adultos con cuadros gastrointestinales, torsiones de tobillo, dolor de espalda, cuadros respiratorios simples o pacientes pediátricos con cuadros bronquiales obstructivos simples, aspiración de cuerpo extraño sin dificultad respiratoria, diarreas simples, etc.

TRIAGE 5 EVALUACIÓN Y MANEJO DENTRO DE 120 MINUTOS:

Son pacientes que requieren sólo de la intervención del médico para el diagnóstico y resolución de su condición de salud y que podrían haberla requerido en una consulta ambulatoria. Por ejemplo, pacientes adultos con estados gripales, amigdalitis, picaduras de insectos, cuadros de angustia o requerimiento de recetas médicas por enfermedades crónicas. O niños con dolor de oídos, episodios de diarreas intermitentes, laringitis, etc.

De acuerdo con esta clasificación, se inicia el proceso mismo de atención.

El Triage supone también una reevaluación y asistencia continua así como la recategorización si el plazo máximo de espera es superado por la demanda de atención.

Si bien fue mencionado que existen 5 (cinco) sistemas internacionalmente avalados, de clasificación de pacientes en los servicios de emergencias, resulta útil desarrollar algunas de las características distintivas de uno de ellos, el Sistema Manchester.



SISTEMA DE TRIAGE MANCHESTER.

El sistema de priorización de urgencias hospitalarias.

La escala, Sistema de Triage Manchester (MTS), es el fruto de la integración en el año 1996 de todos los sistemas de Triage que existían en Inglaterra, y actualmente se utiliza en la mayoría de los hospitales ingleses.

La escala MTS, clasifica al paciente que llega a un área de urgencias en 52 motivos diferentes. Dentro de cada motivo se despliega un árbol de flujo de preguntas cuya contestación es siempre: Sí/No.

Después de tres o cuatro preguntas clasifica al paciente en cinco categorías (ver cuadro N°2) cada una de las cuales se traduce en un código de color y un tiempo máximo de atención, lo que permite priorizar al paciente en función de la gravedad y sobre todo, objetivar clínicamente la decisión de priorización.

Clasificación MTS

ESTADO	Crítico	Emergencia	Urgencia	Estándar	No urgente
TIEMPO MÁXIMO	0 minutos	10 minutos	60 minutos	120 minutos	240 minutos
CÓDIGO	1	2	3	4	5

Cuadro N°2. Fuente: Manchester Triage Group. 2004.

En la actualidad se ha creado y validado una plataforma informática basada en el Sistema Manchester de Triage. Este sistema, es un programa de muy fácil uso que conlleva elevados beneficios al utilizar un Triage efectivo desde el primer momento.

El aplicativo informático ha sido implementado en más de 50 hospitales en España y más de 100 en toda Europa. La informatización e implantación de una herramienta como el MTS en un área de urgencias, permite aumentar la facilidad y rapidez de aplicación, atenúa la variabilidad ínter observador y permite obtener estadísticas a tiempo real para adecuar los medios a las necesidades reales y los recursos a las desviaciones puntuales.

Características:

- Nomenclatura común.
- Basado en algoritmos clínicos.
- Sólida metodología de operación.
- Programa de capacitación.
- Guía de auditoria.
- Contiene escalas de dolor.
- Utilizado en 16 países alrededor del mundo.
- Basado en escalas de urgencias predefinidas.

Beneficios:

- Reduce el índice de mortalidad de un 30 a 40% en casos de trauma.
- Tiempo de Triage: menos de 3 minutos.
- Aumento de eficacia y calidad en la atención.
- Proporciona información clara sobre el estado del paciente y el tiempo aproximado de espera.
- Identifica los casos banales (urgencias no reales) para darle prioridad a los pacientes graves.

Ventajas atribuidas al Sistema Manchester.

Para los pacientes del área de urgencias:

- **♦** Proporciona información clara al paciente sobre su estado y el tiempo aproximado de espera, ganando en satisfacción del usuario. También se convierte en el entorno idóneo para realizar tareas de educación sanitaria, disminuyendo la ansiedad y nerviosismo del paciente.
- **♦** Crea un primer contacto de su demanda con la estructura sanitaria, otorgándole una respuesta clara en función de su estado de salud.
- **♦** Se atiende antes al más grave. Genera confianza en el sistema.

Para el servicio de urgencias

- **♦** Orienta los flujos de pacientes en función de su gravedad clínica.
- **♦** Permite, en cualquier momento del ciclo de trabajo, la reordenación de recursos en el área de urgencias en función de la demanda.
- **♦** Genera información útil para la orientación de los recursos que debe disponer el área de urgencias.
- **♦** Crea estadísticas de tiempos de demora según escalas de priorización clínica.

Para la dirección del centro y el servicio de gestión de la calidad

- **♦** Da una respuesta eficaz, basada en el paciente y en la gravedad clínica, a un problema como es la gestión de pacientes en el área de urgencias.
- **♦** Permite realizar controles de calidad de los tiempos de espera.
- **♦** Permite realizar políticas dirigidas a dotar de recursos estables al área de urgencias en función de la gravedad y tipología de los casos vistos. Supone un avance en las estrategias de mejora de la calidad.
- **♦** Aumenta la satisfacción de los usuarios del servicio de urgencias

Por todo lo expuesto, se deduce que la PRIORIDAD más ALTA, se concede a los pacientes que recibiendo una atención médica intensiva, pueden modificar dramáticamente el pronóstico de sus lesiones, ya sea en forma inmediata o tardía.

En cambio a los pacientes pre-morten, es decir, críticamente lesionados, que requieren mucha atención y que presentan una expectativa muy pobre de sobrevivida, se les atribuye la prioridad más baja.

4. CARACTERIZACIÓN DEL SERVICIO DE GUARDIA DEL SANATORIO ITOIZ.

4.1 INTRODUCCIÓN.

La medicina en general, y la medicina de emergencias no es la excepción, ha sufrido a lo largo de los últimos años profundas transformaciones, debidas en parte, a los nuevos conocimientos médicos y también a la aparición de nuevas patologías, cuando no al surgimiento de nuevas entidades nosológicas.

La búsqueda de una política de mejora continua en el servicio prestado, el hacer las cosas basándonos en la mejor evidencia científica, y en última instancia, el lograr la satisfacción del usuario, es el objetivo de cualquier política de calidad.

Hace unos años, la calidad era un elemento competitivo, hoy día la calidad es un requisito necesario y, el usuario de Servicios en general y de Servicios de Salud en particular, así lo entiende y lo demanda, siendo cada vez más frecuente, que el usuario participe activamente en las Instituciones y Empresas de Salud, en las políticas de calidad, a través de comisiones consultivas o de grupos con diferente nivel de intervención.

Más aún, los nuevos desafíos de la competencia piden, a menudo, un incremento drástico en los niveles de rendimiento de la organización.

Ahora bien, cualquier planteamiento de mejora continua, pasa por conocer cual es la situación real del servicio prestado, detectar qué aspectos tenemos que mejorar, teniendo en cuenta tanto los aspectos técnicos, como los percibidos por el usuario, posibilitando incluso la comparación de resultados entre diferentes Centros, de similar nivel de prestación.

Es por esto, que resulta básico hacer el análisis de situación, lo más minucioso y completo posible, como herramienta que permita en instancia futura, continuar con un proyecto de implementación de la reingeniería del servicio.

En el marco del concepto de calidad y la búsqueda de mejora continua, sostenidamente mencionada a lo largo de estas páginas, se toma como estructura los lineamientos vertidos por el Ministerio de Salud de la Nación, dentro de su Programa de Garantía de la Calidad¹¹, para ir recorriendo algunos de los aspectos organizativos de un Servicio de Emergencias Médicas, formalmente allí planteados, en conjunto con la descriptiva del Sanatorio Itoiz, material de análisis del presente trabajo.

Se detallan a continuación los siguientes conceptos

4.2 Organización.

4.3 Estructura física.

4.4 Equipamiento.

4.5 Recursos Humanos.

4.2 ORGANIZACIÓN.

Es crucial. Es la que permite luego, entender la modalidad de funcionamiento del sector. Explica “per se” muchos de los problemas del mismo, es decir, de ella deriva luego, la sistemática de los demás elementos constitutivos del sector.

El **organigrama** del servicio de guardia del Sanatorio Itoiz es el siguiente: cuenta con un **Jefe de Servicio de Guardia**, con dedicación exclusiva, con especialidad en Clínica Médica, que depende de forma directa del Director Médico (ver figura N°20)

El mencionado Jefe de Servicio tiene a su cargo la totalidad de los médicos del sector, a saber **los médicos clínicos, los pediatras y los traumatólogos**.

Tanto los pediatras como los traumatólogos a su vez dependen de la jefatura de servicio de la especialidad, quedando ambas jefaturas con niveles similares de responsabilidad y manejo compartido e integrado de la asistencia médica.

¹¹ Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica Resolución 428/2001. Norma de organización y funcionamiento de los servicios de guardia en los establecimientos asistenciales.

Conviven en el sector además las obstétricas, quienes cuentan con una coordinadora. Las obstétricas comparten el manejo asistencial con los médicos obstetras que se encuentran de guardia pasiva, y en su defecto con el Jefe de Obstetricia. Las funciones de gestión administrativa son supervisadas por la jefatura del servicio de guardia.

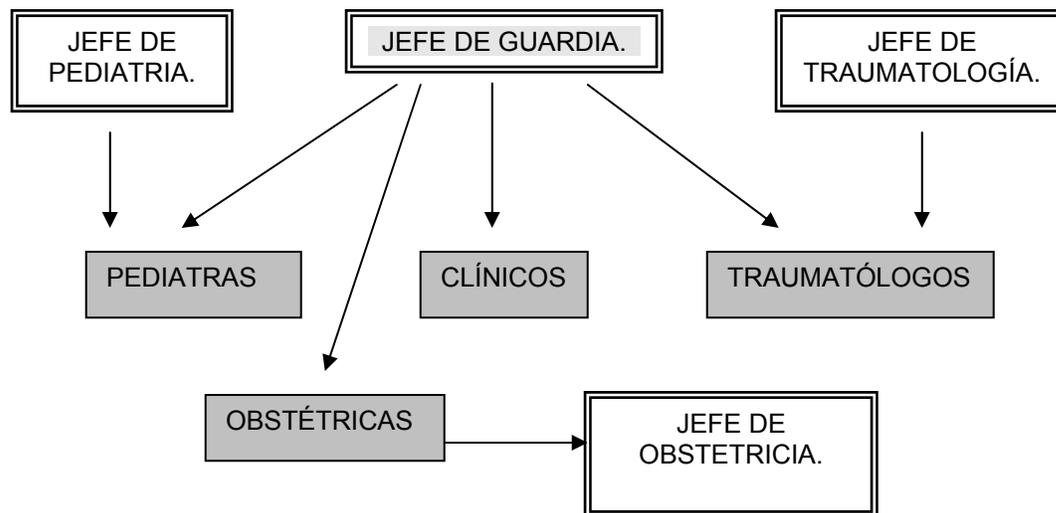


Figura N°20. Fuente: Elaboración propia. 2008

Si bien los organigramas se complejizan en función de múltiples factores, como lo son básicamente la magnitud de la infraestructura global del servicio, resulta necesario plantearse la necesidad de sistemas organizativos con una única jefatura, con funciones centrales de gestión administrativa, de la dependieran jefaturas de cada especialidad, que a su vez, supervisen las tareas de los médicos asistenciales, como prestadores primarios del servicio.

Es decir, pasar del viejo concepto de las guardias médicas, a la construcción de un verdadero, “**Departamento de Emergencias**”, donde fuese posible contar con el trabajo conjunto y mejorado de los jefes de los distintos servicios asistenciales.

Funciones y responsabilidades actuales del Jefe de Servicio de Guardia.

1. Función Especifica

- Brindar atención a toda persona que requiera asistencia médica.
- Organizar, planificar, dirigir y controlar el mejor funcionamiento posible en el Sector de Urgencias y Emergencias.
- Participar y colaborar con la Gestión de la Dirección Médica.

2. Responsabilidad Específica.

- Ser el facilitador e intermediario entre el sector de la guardia y los diferentes sectores que interactúan con la misma. A saber: Sala de Internación (clínica, traumatológica, quirúrgica y pediatría); Terapia Intensiva; Consultorios Externos; ART; Centro de Diagnóstico; Servicio de Hemodinamia; Enfermería; Camilleros.
- Garantizar la correcta y organizada aceptación del paciente a su ingreso.
- Asegurar una atención rápida, adecuada y humanizada tanto para el paciente como para la familia.
- Dirigir el flujo de pacientes desde y hacia el sector de Guardia.
- Planificar la Gestión de Camas.
- Absorber todas las Interconsultas generadas en el staff de médicos de la guardia a fin de determinar la mejor opción de manejo del paciente en cuestión, debiendo tener en cuenta para dicho análisis, cuestiones de competencia científico-técnicas, operativas, administrativas e institucionales.
- Brindar disposición para solucionar cualquier inconveniente que se le presente al staff de profesionales de la guardia, ya sea el mismo médico y/o administrativo, trabajando para ello, en conjunto con este último para encontrar la mejor solución posible para todos los involucrados.
- Recepcionar y dar adecuada respuesta al pedido de derivaciones, independientemente del origen de dicha solicitud; mesa de entradas, ART, médicos externos, medicina prepaga, auditores externos, etc.
- Organizar en conjunto con la oficina de personal la carga horaria de los profesionales del sector. A saber: reemplazos, vacaciones, permisos.

- Definir en conjunto con el Director Médico la gestión del recurso humano del sector.
- Realizar de forma diaria por lo menos un pase de sala con los médicos, detallando los pacientes ingresados y las novedades.
- Cotejar la adecuada atención médica de los pacientes asistidos en el sector.
- Participar del Pase de Sala matutino en la Internación de Clínica Médica a fin de darle continuidad, integración y uniformidad al funcionamiento del sector de la guardia con el de la internación.
- Monitorear permanentemente las prestaciones médicas ejecutadas por los médicos de guardia.
- Recepcionar las quejas de presentación espontánea derivadas de la atención médica de la guardia, trabajando en conjunto para ello con la persona de reciente incorporación en la entidad, del sector de calidad y atención al cliente.

3. Normativas Generales.

- Tener sentido común.
- Conocer, respetar y transmitir la Filosofía Institucional.
- Cumplir con el Código de Ética profesional.
- Promover todo aquello relacionado con la Capacitación Médica Continua propia y del personal a cargo.

4. Principales deberes asistenciales.

- Ejecutar un exhaustivo interrogatorio al paciente.
- Realizar un adecuado examen físico al paciente.
- Solicitar todos aquellos estudios complementarios que se entiendan oportunos al fin diagnóstico.
- Configurar una impresión diagnóstica.
- Solicitar las Interconsultas que se consideren pertinentes.
- Brindar Información en tiempo y forma al paciente y a sus familiares de todo lo relacionado a la asistencia prestada.

5. Principales formalidades administrativas

- Escribir en el voucher de atención médica el diagnóstico médico.
- Completar la historia clínica electrónica.
- Realizar las órdenes de los estudios complementarios.
- Realizar las órdenes de la medicación indicada.
- Elaborar Recetas.
- Realizar la orden de internación del paciente.
- Confeccionar un resumen de historia clínica toda vez que fuese necesario.

6. Personal a cargo.

- Solo contabilizando los profesionales médicos en total:
aproximadamente 50 (cincuenta)

7. Personal involucrado directamente a su función.

- O Médicos clínicos de guardia
- O Médicos traumatólogos de guardia.
- O Médicos pediatras de guardia.
- O Obstétricas de guardia.
- O Enfermería de Guardia.
- O Radiología de Guardia.
- O Laboratorio de Guardia.
- O Personal de Coordinación Administrativa de Guardia.
- O Personal de Seguridad de Guardia.
- O Oficina de Internaciones
- O Coordinación de Internaciones.
- O Camilleros

4.2.1 ÁREA DE ADMISIÓN.



Figura N°21. Fuente: elaboración propia. 2007.

Todo paciente que ingresa al Sanatorio Itoiz para solicitar atención médica en guardia es “recibido” en la Mesa de Entradas (ver figura N°21). Esta área administrativa comparte y contiene, un espacio con otras áreas de trabajo a saber:

- 4.2.1.1 Recepción o Área de Admisión propiamente dicha.
- 4.2.1.2 Triage
- 4.2.1.3 Comunicaciones
- 4.2.1.4 Seguridad.

4.2.1.1 RECEPCIÓN.

Se cuenta con un sistema informatizado de carga de la información filiatoria del paciente y todos aquellos datos referidos a la cobertura médica del mismo.

Con cada consulta el sistema se actualiza automáticamente, al obligar al personal administrativo a validar esa información para poder continuar con el proceso. Esto incluye editar cualquier dato preexistente (por Ej. Teléfonos de contacto).

En esta etapa también, se corrobora el correcto status de la cobertura médica del paciente, y se proponen soluciones, si por algún motivo el afiliado no se encontrase en condiciones de atenderse (por Ej. Afiliado inhabilitado por cuota impaga).

Si el paciente estuviese ingresando por ART, se completa dentro de este ingreso administrativo, la información referida al siniestro mismo, especificando cual es su actividad en el trabajo (Ej. panadero) y explicando brevemente el motivo de consulta, (al decir del paciente mismo) donde, y a que hora ocurrió el siniestro.

4.2.1.2 TRIAGE.

El personal administrativo interroga brevemente al paciente, para poder establecer la especialidad de la que requiere atención (Ej. clínica médica o traumatología) y determina si el motivo de consulta, lo obliga a darle aviso inmediato al médico para su atención, o bien si el paciente puede esperar en la sala de espera para ser atendido.

De requerir asistencia inmediata es acompañado por el mismo administrativo hacia el sector de enfermería, hasta la llegada del médico de guardia. Se cuenta con un breve instructivo, entregado oportunamente al personal administrativo en su etapa de capacitación, donde se le explica el proceso arriba mencionado y se enumeran aquellos diagnósticos, (con lenguaje habitual, no médico) más frecuentes de presentación en el servicio, con requerimiento de asistencia inmediata. Este listado tiene un sentido orientativo y jamás debe reemplazar el sentido común de las personas, a fin de establecer prioridades de asistencia médica. Ante la duda se obrará a favor del paciente. En última instancia es el médico, quien determinará la gravedad de la situación. En la literatura consultada, figura para la mayoría de los países del mundo, incluidos muchos de Latinoamérica, que el Triage se encuentra a cargo de personal de enfermería.

Admisión y Triage son trascendentales en el funcionamiento de cualquier servicio de urgencias médicas.

Se ha sustentado reiteradamente, a lo largo del trabajo, la problemática de no contar con un adecuado proceso de selección de pacientes.

Esta situación, se ve exacerbada por la creciente burocratización de muchos de los aspectos administrativos de la mayoría de las coberturas médicas.

Para el Sanatorio Itoiz, resulta particularmente importante, la asistencia de pacientes de la obra social IOMA (Instituto Obra Médico Asistencial).

Esta cobertura (IOMA) tiene un sistema de autorizaciones característicamente prolongado y complejo, que genera permanentemente situaciones conflictivas.

Retrasa la realización de autorizaciones de otros prestadores, con sistemas online más ágiles. Adicionalmente, muchos estudios no son autorizados en el momento, teniendo entonces el paciente, que decidir entre retirarse, ir hasta la delegación de IOMA, autorizarlo y regresar al Sanatorio. O bien, en horario donde la delegación se encuentra cerrada o el paciente no puede acercarse hasta la delegación, se le cobra un depósito, a reintegrar contra entrega de la orden autorizada dentro de las siguientes 48hs hábiles.

No se realiza ningún tipo de atención diferencial entre este grupo y el resto de los prestadores.

Las herramientas de gestión administrativa desarrolladas en el marco teórico, por ejemplo, CRM, deberían considerarse dentro de este análisis.

Con el objetivo de ejemplificar lo descrito y sustentar la necesidad de su gestión (ver figura N°22) se analizan la cantidad de pacientes atendidos por IOMA en guardia en los años 2007 – 2008.

Durante el año 2007 fueron atendidos en guardia 16900 pacientes de IOMA.

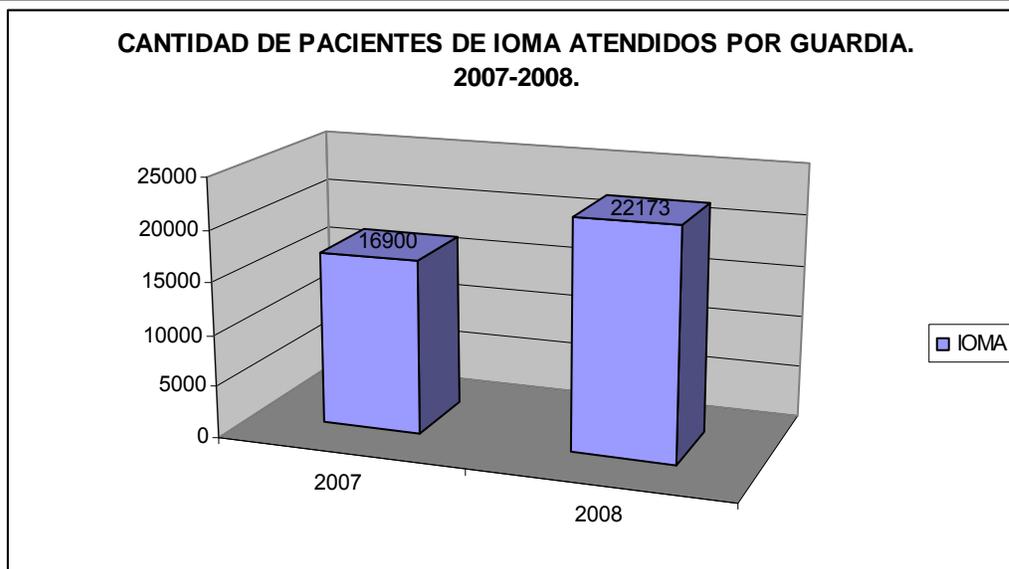


Figura N°22. Fuente: elaboración personal. 2008

El sistema de registro que provee esta información comenzó a funcionar en el Sanatorio Itoiz, a mediados de febrero de 2007, concretamente el 14/02/2007, motivo por el cual el número en realidad, es discretamente mayor al mencionado para el año 2007, por el faltante de esas semanas dentro del análisis.

Durante el año 2008 fueron atendidos por guardia 22173 pacientes de IOMA.

Este crecimiento anual es muy importante, no solo por el crecimiento en asistencia en sí mismo, sino por el número total de pacientes de IOMA que transitaron por el sector y el impacto que esto genera.

Pero además, tenemos que considerar a los “OTROS” pacientes que secundariamente se ven afectados.

Para ilustrar este concepto, se muestra a continuación (ver figura N°23) las estadísticas que corresponden para igual periodo, analizados los año 2007 y 2008, de dos prestadores importantes, se ha elegido OSDE y UNIÓN PERSONAL.

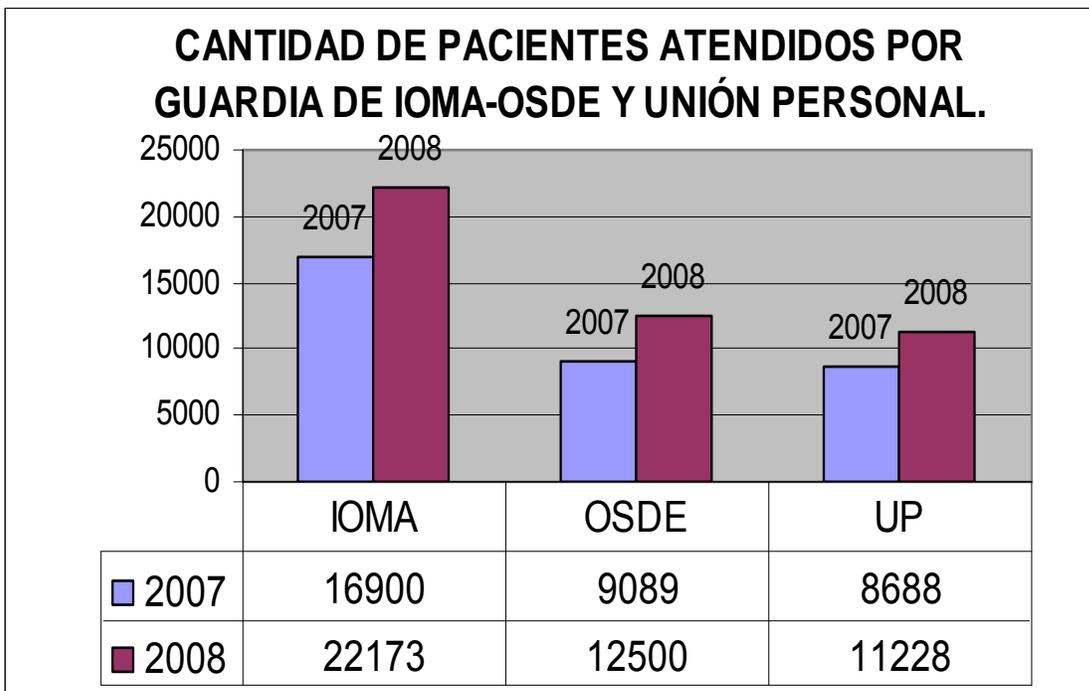


Figura N°23. Fuente: elaboración personal. 2008

De forma acumulada para igual período, fueron atendidos más de 21000 pacientes de OSDE, y cerca de 20000 pacientes de Unión Personal. Es decir, que cualquier descriptiva y/o intervenciones futuras, involucran solamente para estas dos coberturas a más de 40000 pacientes.

Finalmente se realiza análisis de como se **distribuye esta demanda en el servicio** (Ver Tabla N°20 y figura N°24) **respecto de las distintas especialidades médicas.**

IOMA			
	CLÍNICA MÉDICA	PEDIATRIA	TRAUMATO
2007	8759	5010	3131
2008	11709	6951	3513

OSDE			
	CLÍNICA MÉDICA	PEDIATRIA	TRAUMATO
2007	4699	2377	2013
2008	6545	3691	2264

UP			
	CLÍNICA MÉDICA	PEDIATRIA	TRAUMATO
2007	4262	3026	1400
2008	5688	3878	1662

Tabla N°20. Fuente: elaboración personal. 2008

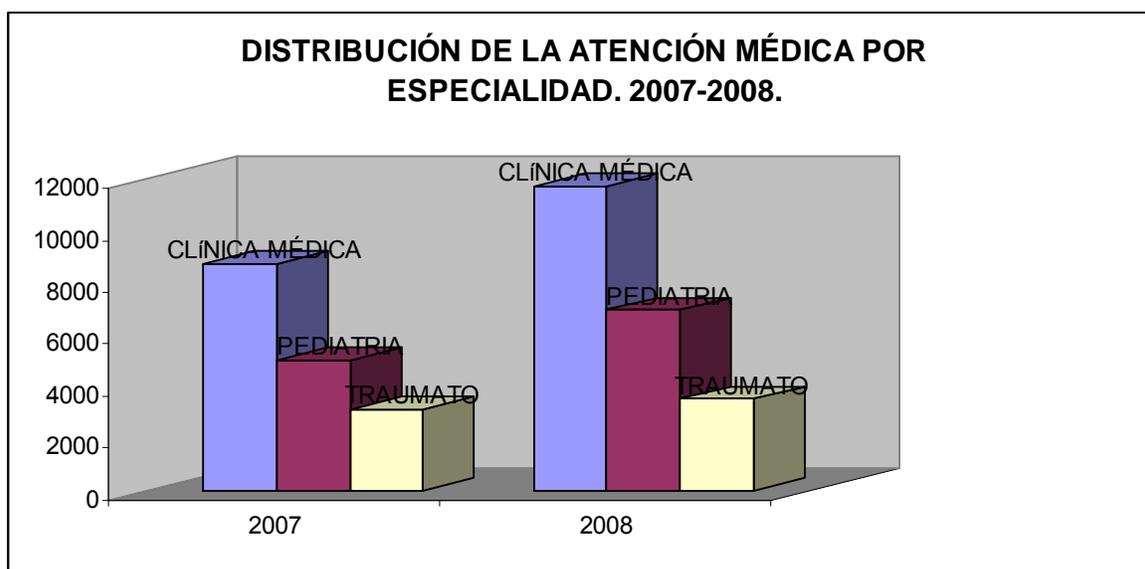


Figura N°24. Fuente: elaboración personal. 2008

Tanto IOMA, como las otras dos coberturas médicas analizadas (OSDE y Unión Personal) elegidas conforme su volumen de consulta impacta en el servicio, presentan un perfil de distribución de las especialidades atendidas, similar entre ellas. Además, la distribución descrita se sostiene igual en los años analizados (2007-2008).

TODAS ELLAS (IOMA - OSDE Y UNIÓN PERSONAL) PRESENTAN LA SIGUIENTE DISTRIBUCIÓN:

- ✓ **CLÍNICA MÉDICA 51%**
- ✓ **PEDIATRÍA 30%**
- ✓ **TRAUMATOLOGÍA 19%**

4.2.1.3. COMUNICACIONES.

En la mesa de entradas de la planta baja se concentran las comunicaciones centrales del servicio.

A la mesa: entran llamadas desde el Call Center – entran llamadas externas (particulares, prestadores, etc.) – se tramitan las derivaciones de los pacientes y se procesan una muy buena parte, de la tarea de las autorizaciones, de todos los estudios complementarios a realizar por los pacientes. Esto último, se comparte con el sector administrativo del primer piso de la guardia.

4.2.1.4. SECTOR DE SEGURIDAD.

La seguridad del sanatorio funciona como un servicio terciarizado. Se cuenta con personal dispuesto en exclusividad para la guardia, las 24 horas del día, al que se le suma personal de seguridad que se encuentra recorriendo la institución permanentemente, y personal de seguridad de refuerzo. Este último, en horarios entendidos como especialmente conflictivos, por la habitual congestión de pacientes, como lo es el horario vespertino, entre las 18 y las 21 horas, donde muchos trabajadores han completado su jornada laboral y deciden en ese entonces asistir a la guardia en busca de atención médica.

4.2.2 ÁREA DE ATENCIÓN DE PACIENTES.

4.2.2.1 SALA DE REANIMACIÓN. TAMBIÉN DENOMINADO SHOCK ROOM.



(Ver figura N°25)

Está destinado a dar atención médica a los pacientes que cursan las **verdaderas emergencias médicas**, es decir, que tienen riesgo inminente de vida. Las medidas del mismo permiten la libre circulación de equipos y personal. Cuenta con Equipamiento ad. Hoc. Está preparado con una camilla y lámpara cilíndrica quirúrgica, para poder de requerirlo, transformarse en un sector quirúrgico para resolver una emergencia.

Figura N°25. Fuente: www.itoiz.com.ar

4.2.2.2 CUBÍCULO O “BOX” DE ATENCIÓN.

El Servicio cuenta con un único box de observación (ver figura N°26.) El mismo está destinado a los **pacientes urgentes pero no críticos**. Habitualmente estos pacientes no solo requieren algún procedimiento de enfermería, (colocación de una vía periférica para administración de medicación, extracción de sangre, etc.) sino que además, demandan un tiempo de corta estancia de permanencia en el sector, en espera de obtener resultados de estudios complementarios y/o de intervenciones terapéuticas, por ejemplo, medicación analgésica intravenosa.



Figura N°26. Fuente elaboración propia.

A falta de un número mayor de estos “Boxes” de observación, otros espacios físicos, (ver figura N°27) inicialmente no destinados a la asistencia de pacientes, fueron espontáneamente transformándose en tales, a fin de dar respuesta a la demanda creciente de asistencia de los mencionados pacientes con requerimientos distintos, intermedios entre los pacientes ambulatorios y aquellos que claramente serán internados por su presentación clínica de inicio.

El espacio ilustrado en figura N°27 muestra un pasillo ubicado en planta baja, de comunicación entre el box de observación y el consultorio traumatológico.



Figura N°27. Fuente elaboración propia.

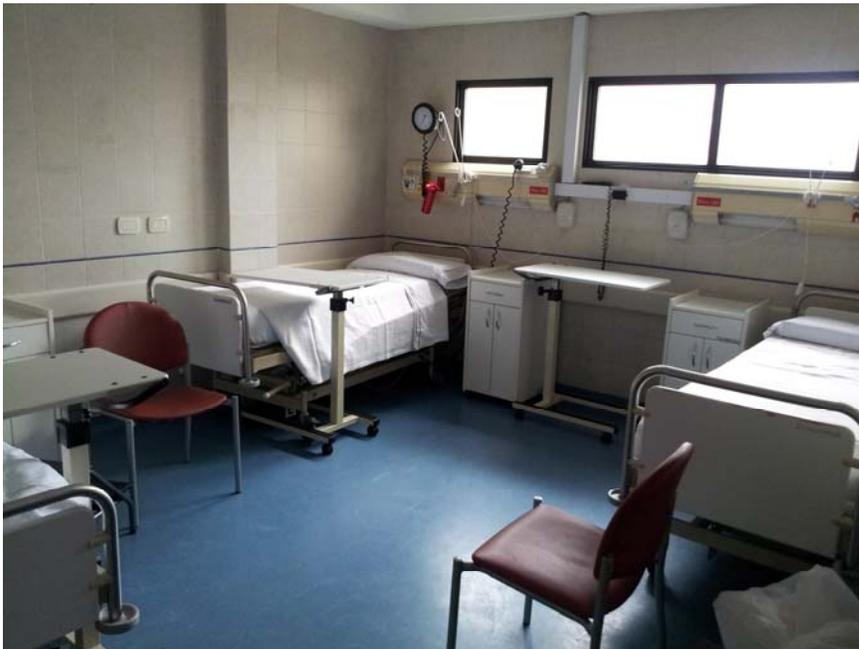


Figura N°28. Fuente elaboración propia

Esta sala está prioritariamente destinada a los pacientes en espera de cirugías programadas de baja complejidad.

Con igual objetivo de darle respuesta a la problemática de espacio para la asistencia mencionada como “pacientes de box de atención”, se utiliza de forma compartida la sala ilustrada en la figura N°28

4.2.2.3 CONSULTORIOS DE EMERGENCIAS O “FAST TRACK”.

Esta expresión hace referencia a los consultorios ubicados en el servicio de guardia, para diferenciarlos, entre otras cosas, físicamente, de los consultorios externos de los mismos centros de salud.

Están destinados a dar una rápida respuesta, de allí parte su nombre, a patología de baja complejidad, que habitualmente no obliga a estudios complementarios, y que puede ser atendida y resuelta de forma inmediata.

En la práctica asistencial de nuestro medio, y el Sanatorio Itoiz no escapa a esta descriptiva, los consultorios mencionados funcionan como consultorios externos. La población los utiliza para recibir atención médica que debería ser contemplada en forma ambulatoria de manera programada.

Algunos de los motivos que intentan explicar este comportamiento son, a saber: dificultad en la obtención de turnos a la brevedad, franjas horarias limitadas, pocas horas en relación a la demanda de determinados especialistas, no cobertura por parte de algunos prestadores de los servicios de consultorios externos en la institución pero si de la asistencia de urgencia.

Todo lo anteriormente descrito, establece que muchas veces estos espacios de asistencia sean utilizados para consultas tales como, exámenes periódicos de salud, o renovación de recetas de indicación en patología crónica, por ejemplo, hipertensión arterial o diabetes. **Estos ejemplos sirven para ilustrar las dificultades desde la gestión clínica de pacientes, para instaurar medidas de restricción o limitación al grupo mencionado, dado que conviven aspectos éticos, medico-legales y de organización.** De esta forma, resulta claro, que si bien no corresponde la asistencia de un paciente, a un servicio de guardia porque, por ejemplo, no cuenta el paciente con su medicación para la diabetes, tampoco podemos finalmente negarle la asistencia y la prescripción de un medicamento.

Estas características resultan consideraciones vitales a la hora del análisis de la problemática de funcionamiento del sector de emergencias médicas.

4.2.2.4 SALAS DE ESPERA.

Este sector comprende por un lado (ver figura N°29) el espacio físico destinado a los pacientes que luego de realizar su ingreso administrativo, deben esperar ser atendidos por el médico de guardia. Pero también, existe un grupo de pacientes que **luego de haber recibido asistencia médica**, y haber realizado estudios complementarios, debe esperar en el servicio hasta el resultado de los mismos.



No demandan por ejemplo la colocación de una vía intravenosa para administración de medicación, por lo cual, no se encuentran en el box de guardia, o bien, ya recibieron algún tipo de tratamiento, como nebulizaciones o medicación analgésica intramuscular.

Figura N°29. Fuente elaboración propia.

No cuenta el servicio con un espacio físico destinado a este grupo de pacientes, de modo tal que los mismos, se encuentran aleatoriamente distribuidos, en las salas de espera localizadas, tanto en la planta baja como en el primer piso de sector.

4.2.2.5 SALA DE YESOS.

En la planta baja del servicio contamos con una sala de yeso que linda, con el consultorio de guardia traumatológica, por un lado, y con una de las entradas a radiología de guardia por el otro. Permite de esta forma una ágil comunicación y funcionamiento, esenciales entre estos subsectores mencionados.

4.2.2.6 SALA DE PACIENTES CON EXCITACIÓN PSICOMOTRIZ.

Hay un grupo de pacientes que pueden presentarse por guardia, que no califican específicamente para ser atendidos en alguna de las áreas anteriormente mencionadas (Box / Shock Room), que aunque obviamente podrían recibir atención médica en ellas, deberían contar con un espacio **prioritariamente** destinado a su atención.

Se podría incluir en este grupo a los siguientes pacientes: aquellos con excitación psicomotriz por abuso de sustancias, trastornos graves de ansiedad con excitación y agresividad, ataques de pánico con excitación, pacientes y/o familiares agresivos, pacientes con riesgo de autolesionarse, etc.

Esta sala tiene que contar con paredes acolchadas y con camilla que permita la sujeción segura de los pacientes.

No cuenta el servicio con este tipo de sala, debiendo por lo tanto, utilizarse en su reemplazo el shock room para contener esta problemática.

4.3 ESTRUCTURA FÍSICA.

Brevemente, conforme fue parcialmente desarrollada a lo largo de capítulos previos, se menciona la estructura física del servicio de guardia del sanatorio.

Ubicación: Alsina 168, Avellaneda.

Vías de acceso: se puede ingresar al servicio de forma ambulatoria desde el edificio central que se encuentra en Alsina 174, o bien desde la entrada principal del servicio, compartida con el ingreso de ambulancias en Alsina 168.

Planta baja: área de admisión, sala de espera, consultorio de traumatología, shock room, box de observación, sala de enfermería de guardia, sala de radiología de guardia, baños.

Primer piso: sala de espera de clínica médica, sala de espera de pediatría, baños, tres consultorios clínicos y tres consultorios pediátricos.

4.4 EQUIPAMIENTO.

El servicio cuenta con todo lo necesario para dar asistencia de emergencia. Ya sea el equipamiento mencionado presente en el shock room como la sala de radiología dispuesta en exclusividad para el sector, con independencia del servicio de imágenes central del sanatorio.

El tomógrafo y los consultorios donde se realizan ecografías, se localizan en planta baja en proximidad física al servicio.

4.5 RECURSOS HUMANOS.

- ✓ A diferencia del resto de los Servicios de la Institución no existe en la guardia, un plantel con continuidad diaria. Todos los días rota el personal médico actuante, estando a su vez divididas las 24hs en la mayoría de los días de la semana, en turnos de 12 horas. Esto determina que el plantel esté conformado actualmente, por más de cuarenta profesionales.

Una verdadera recomposición de los honorarios médicos, largamente retrasada, el síndrome del “burn out”¹² que afecta a un alto porcentaje de los profesionales médicos de las áreas de urgencias, o el hecho de cambiar el lugar de trabajo, acorde solamente a cual sea la institución que ofrezca el mejor salario en ese momento, generan una elevada rotación del personal médico. Esto determina que la fidelización de este recurso humano a la organización, la aplicación de normas, el desarrollo de investigaciones, ateneos y otras actividades académicas, sean, todos ellos, objetivos muy difíciles de alcanzar.

La prontitud e idoneidad de la intervención médica pueden ser mejoradas y facilitada cuando se realiza por un emergentólogo. No es casual el surgimiento universal de la Emergentología como nueva especialidad con perfil propio. Sin embargo, en Argentina, recién se están dando los primeros pasos en este sentido, a través de programas de residencias médicas y de cursos superiores.

A la fecha, los planteles de guardia de casi todas las instituciones, se conforman de profesionales que tienen diversificada su actividad, con casi nulo sentido de pertenencia al sector, y que entienden la mayoría de las veces a la guardia, simplemente como una fuente adicional de ingresos económicos.

Se enumeran a continuación aquellas funciones y responsabilidades que se entiende deben cumplimentar los médicos de guardia en el Sanatorio Itoiz.

¹² Síndrome de fatiga o agotamiento laboral.

FUNCIONES Y RESPONSABILIDADES DE LOS MÉDICOS DE GUARDIA.

Función Específica

- Brindar atención a toda persona que requiera asistencia médica en el sector de emergencias.
- Colaborar con la asistencia médica de pacientes que así lo requieran, de otros sectores, en función de una necesidad eventual.

Responsabilidades

Administrativas.

- Escribir en el formulario de asistencia médica el diagnóstico médico.
- Completar la historia clínica electrónica.
- Realizar las órdenes de los estudios complementarios, sin omitir ninguno de los datos necesarios para procesar administrativamente la orden médica.
- Realizar las órdenes de la medicación indicada.
- Elaborar Recetas.
- Realizar la orden de internación del paciente.
- Confeccionar un resumen de historia clínica toda vez que fuese necesario.

Asistenciales.

- Ejecutar un exhaustivo interrogatorio al paciente.
- Realizar un adecuado examen físico al paciente.
- Solicitar todos aquellos estudios complementarios que se entiendan oportunos al fin diagnóstico.
- Configurar una impresión diagnóstica.
- Solicitar las Interconsultas que se consideren pertinentes.
- Brindar Información en tiempo y forma al paciente y a sus familiares de todo lo relacionado a la asistencia prestada.
- Brindar asistencia médica respetando el Código de Ética Profesional.
- Respetar y cumplir con las normas instituciones respecto a horarios, vestimenta, sitios de descanso, alimentación, etc.

- Mantener informado al Jefe Médico, de cualquier inconveniente que dificultase poder llevar acabo correctamente lo arriba descripto.
-

Se enuncia a continuación aquellas características que describen fenomenológicamente, la situación actual del Servicio de Guardia del Sanatorio Itoiz. Se presenta un escenario de un sector cuyas particularidades intrínsecas, además, lo hacen especialmente difícil de planificar.

✓ IMPREDECIBILIDAD.

Datos tales como, **el tipo de patologías más frecuentemente atendidas**, ayudan a organizar inicialmente un sector, pero no hay forma posible de programar cual será la demanda de atención que se presentará en las próximas horas. Esta **demanda es heterogénea** en sí misma, en número y tipo de patologías. Tal vez se asistan tres pacientes que presentan un Infarto Agudo de Miocardio (IAM)¹³ en menos de una hora, o el servicio se vea desbordado por un accidente con víctimas múltiples.

Resta mucho por trabajar en prevención y capacitación integral, predeterminando pautas de acción, para intentar reducir el actual grado de improvisación que existe a la fecha en situaciones como las arriba nombradas.

✓ VARIABILIDAD EN LA DEMANDA

Al no asignarse turnos de atención, son los propios pacientes quienes determinan la hora de la consulta.

La demanda se distribuye entonces, de forma espontánea. La consecuencia de lo aleatorio de esta presentación, son horarios de demanda excesiva con saturación y caos, y horarios con baja demanda, donde probablemente se esté subutilizando el recurso humano disponible.

No están formalizados los circuitos necesarios para dar respuesta estandarizada a esta situación.

¹³ Cuadro clínico producido por la muerte del tejido cardíaco que puede comprometer rápidamente la vida de la persona afectada.

✓ DEMORA.

Quizá sea la característica que en mayor proporción comparten todos los modos organizativos de la emergencia en todas partes del mundo.

Aún utilizando eficientemente herramientas de benchmarking para solucionar este problema probablemente nos seguiríamos encontrando con él.

Lejos está de ser lo único a considerar con influencia en la demora de los pacientes atendidos por guardia, pero se entiende de especial influencia, la falta de diferenciación que existe en la población en general, más allá de las modalidades de Triage que puedan usarse, para establecer que es una emergencia médica y que es una urgencia médica. Resta mucha tarea en educación para lograr en la población en general el entendimiento de estos conceptos.

✓ CIRCUITOS ADMINISTRATIVOS.

Los circuitos administrativos no están debidamente formalizados. Existe una gran burocracia para la autorización de estudios por parte de muchas Obras Sociales y Prepagas e imposibilidad para realizar algunos de ellos en forma ambulatoria. Además, solo se encuentran pactados módulos breves de internación de guardia con una minoría de los financiadores. No existe una auditoria de terreno para dichas historias. Son sometidas a un injustificadamente alto porcentaje de débito. Todo esto dificulta la implementación de estrategias costo-efectivas, que acompañen la tendencia mundial a ofrecer tratamientos y seguimiento médico en forma ambulatoria.

✓ INFORMATIZACIÓN DEL SERVICIO.¹⁴

Se cuenta con acceso por intramed al laboratorio central y a un sistema de visualización on line de radiografías, tomografías y resonancias, pero falta el soporte informático (de software y hardware) que permita la confección de una Historia Clínica Digital completa.

¹⁴ ver los instructivos de utilización del sistema informático detallado las adelante.

La misma debería estar incorporada a una Historia Clínica única, con acceso a los registros de las atenciones ambulatorias programadas y a la internación de cada paciente. Ambos sectores, internación y consultorios externos no se encuentran a la fecha informatizados.

✓ SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES.

Falta una adecuada gestión clínica de pacientes.

El análisis estadístico de una base de datos amplia, permitiría obtener indicadores de gestión de la unidad de producción “Departamento de Urgencias”. El único dato con el que se cuenta a la fecha, es la cantidad de pacientes atendidos por día y su distribución entre pacientes clínicos, pediátricos y traumatológicos.

Los Sistemas de Clasificación de Pacientes, entre ellos los GRD (grupos relacionados de diagnóstico) permitirían agrupar pacientes de similares características. Homogéneos en términos de congruencia clínica, del tipo de cuidado necesario, del consumo de recursos y de costos de su atención.

Tener información sobre la tipología de los pacientes tratados, favorece una adecuada toma de decisiones y permite ejecutar funciones básicas de la gestión, como lo son, el establecimiento de objetivos, la estimación de la demanda, la asignación de recursos y el control del funcionamiento y la calidad.

✓ RELACIÓN DEL PERSONAL DE LA INSTITUCIÓN CON EL PACIENTE/CLIENTE.

Porcentualmente, más del 60 % de la población asistida en la guardia del Sanatorio Itoiz, pertenece a sistemas de medicina prepaga ascendiendo dicha cifra en el caso de la cirugía ambulatoria hasta un 80 %.

El resto de los pacientes pertenece a la seguridad social (IOMA, FEMEBA¹⁵, DOSUBA¹⁶, etc.), quedando un pequeño pero creciente porcentaje de pacientes que acceden a la atención médica en forma privada.

¹⁵ FEMEBA. Federación Médica de Buenos Aires.

¹⁶ DOSUBA. Docentes de la Universidad de Buenos Aires.

En líneas generales, en la guardia del Sanatorio Itoiz se atienden pacientes que oscilan entre los 20 y los 60 años de edad, debiendo acceder a esta sistemática de atención médica, en virtud a sus ocupaciones laborales y/o familiares y a la necesidad de reestablecerse a sus funciones a la mayor brevedad posible.

Sin embargo, la aproximación a éste y a otro tipo de datos, se obtiene de forma intuitiva, por no estar formalizado un sistema de registro y análisis. La información es inexacta, no está disponible, o se encuentra distribuida en diversos formatos. No hay cooperación y participación a través de las distintas unidades de negocios de la organización. Se desconoce la segmentación de los pacientes/clientes.

Recientemente fue puesto en funcionamiento un call center, destinado básicamente al otorgamiento de turnos para consultorios externos. Perdemos la oportunidad de acceder, a través del mismo, a una fuente excepcional de información para la empresa.

Los recursos humanos que están en contacto con nuestros clientes, iniciando con el personal de la mesa de entradas, y haciéndolo extensivo al resto de los sectores, reciben un entrenamiento insuficiente respecto de cómo debe ser su relación con el cliente, ya sea, en sus procedimientos de atención, sus modales, etc. Debe además este recurso humano, interactuar con un paciente/cliente cada vez más demandante que expresa abiertamente que es él, quien decide, dónde atenderse, cuándo hacerlo, con quién hacerlo y con que modalidad.

Resulta evidente así, que la única manera de sobrevivir en el mercado y mantener una ventaja competitiva es establecer y mantener unas relaciones de alto nivel de calidad con los clientes. Muchos estudios han comprobado, de manera incuestionable, que fortalecer la fidelidad de los clientes es muy rentable, ya que un cliente satisfecho es una futura fuente de nuevos ingresos y contribuirá a incrementar la rentabilidad de la organización a mediano y largo plazo.

Es una prueba de esto, es el alto número de pacientes que se pasan de la Institución que los atienden a otra o de la medicina prepaga a otra. Si se complementa esta información, con las estadísticas que demuestran que el costo de adquirir nuevos clientes es hasta seis veces mayor que mantener un cliente actual, una política orientada a cultivar la lealtad, fortalece y hasta mejora la posición de la empresa en el mercado, porque simplemente sus clientes están fuera del alcance de sus competidores.

Por lo tanto, la decisión de lanzar por ejemplo, una estrategia de CRM (Customer Relationship Management) para mejorar las relaciones con el cliente se ha vuelto parte integral y obligada de cualquier estrategia corporativa. La misma deberá estar respaldada por un grupo multidisciplinario conformado por personas de todas las áreas de la organización, con el respaldo de la dirección, para poder implementar los procesos, ajustar las necesidades y alcanzar una solución exitosa.

4.6 GUÍAS INFORMATIZADAS DEL SERVICIO DE EMERGENCIAS DEL SANATORIO ITOIZ.

Con fecha de inicio en febrero de 2007 se puso en funcionamiento por primera vez en el guardia del sanatorio, un sistema de registro electrónico de la atención médica. Si bien obviamente, ya estaban informatizadas una serie de actividades, lo eran fundamentalmente de tipo administrativo, orientadas hacia la información dependiente de la gerencia administrativa.

Se trabajó junto con el Departamento de informática, para poder construir un instructivo que permitiera capacitar y explicar lo más detalladamente posible a todos los médicos, el sistema que desde esa fecha reemplazaría completamente cualquier otro sistema de registro previo.

Progresar en esa tarea conjunta, no resultó por cierto nada fácil. Fue necesario aprender mutuamente, profesionales médicos y especialistas en informática, lenguajes, vocabulario, y técnicas de ambas partes.

El resultado de esa elaboración conjunta son tres guías instructivas destinadas a:

- ✓ Guía para el uso del Sistema de Información Clínico de Guardia.
- ✓ Guía para el uso del Sistema informático de la ART en guardia.
- ✓ Guía para el uso del Sistema de Búsqueda de Resultados de Laboratorio.

4.6.1 GUÍA PARA EL USO DEL SISTEMA DE INFORMACIÓN CLÍNICO DE GUARDIA.

Un sistema de registro médico electrónico es lo que habitualmente se llama historia clínica electrónica. Los sistemas de registro médico electrónico nacieron en Estados Unidos en la década de los sesenta. Los sistemas de información clínica electrónica (SIC), suponen muchas ventajas para el profesional y la institución.

Entre las ventajas más importantes están:

- Tener un registro médico unificado de la HCL del paciente, independientemente del ámbito donde este consulte (consultorios, ART, guardia o internación).

- Agilizar la tarea del profesional médico en la consulta.

- Obtener un registro histórico de la evolución del paciente en su dolencia actual y/o anterior. Centralizar los procedimientos diagnósticos y tratamientos instaurados en el paciente, en un solo acceso.

- Permitir la utilización de soporte a la decisión a través del uso de algoritmos médicos, guías médicas de diagnóstico y tratamiento, visualización de imágenes digitales, laboratorio, etc.

- Tener un repositorio único de datos que permita conocer la realidad asistencial y estadísticas, ayudando a la toma de decisiones.



ACCESO AL SISTEMA DE INFORMACIÓN CLÍNICA DE GUARDIA.

Para acceder al sistema de información clínica de guardia, debe desde un computador acceder a la Intranet del sanatorio. En la home page¹⁷, observara un link que dice “intranet”. Haciendo click en este link, podrá acceder a la misma. La pantalla principal de la Intranet se observa en la siguiente figura N°30.



Figura N°30. Fuente Elaboración propia. 2007

Para ingresar a la intranet, debe colocar su nombre de usuario (Alias) y su contraseña (Clave). Solo el personal autorizado, puede ingresar a la Intranet.

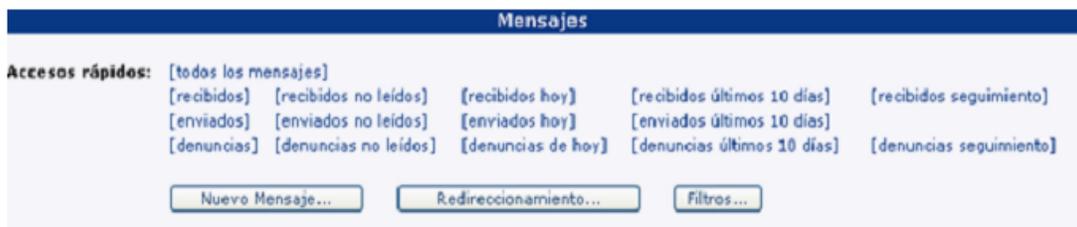


Figura N°31. Fuente Elaboración propia. 2007

Al hacerlo el sistema le mostrará una serie de mensajes de bienvenida al sistema (ver figura N°31 y figura N°32).

¹⁷ HOME PAGE. Término utilizado en informática para referirse a la página de inicio o página principal de un sitio Web.

Para consultas, informar errores ó sugerencias haga click aquí.

Recibidos en los últimos 10 días						
Seg.	Fecha	De	Título	Prioridad	Convenio	Estado
<input checked="" type="checkbox"/>	20/09/07 12:09	Facundo Irurueta MedTech	hc	Normal		Leído
<input type="checkbox"/>	20/09/07 10:59	Roberto Gonzalez SAN. PROF. ITOIZ S.A.	cambios de horarios y cancelaciones de Medicos	Normal		Leído
<input type="checkbox"/>	18/09/07 10:42	Facundo Irurueta MedTech	historia clínica	Importante		Leído
<input type="checkbox"/>	12/09/07 12:39	Facundo Irurueta MedTech	antecedentes	Normal		Leído
<input type="checkbox"/>	12/09/07 11:26	Facundo Irurueta MedTech	diagnósticos	Normal		Leído
<input type="checkbox"/>	12/09/07 11:22	Facundo Irurueta MedTech	búsqueda de pacientes	Importante		Leído
<input type="checkbox"/>	10/09/07 14:02	Claudio Pepe SAN. PROF. ITOIZ S.A.	GINECOLOGIA	Normal		Leído
<input type="checkbox"/>	10/09/07 10:12	Facundo Irurueta MedTech	antecedentes y hábitos	Normal		Leído

(*) Los mensajes sin leer se destacan en **negrita**.
 (*) Se pueden ordenar los mensajes clickeando sobre los encabezados de cada columna.
 (*) Puede activar el seguimiento de mensajes marcando los mismos en la columna "Seg." y presionando la opción "Modificar Seguimiento".

Figura N°32. Fuente Elaboración propia. 2007

Una vez realizado este paso Usted estará dentro de la Intranet del Sanatorio Itoiz y podrá observar la página principal del sistema de información clínica (SIC) del mismo. En esta página se observa a la izquierda, el menú principal de la intranet, y a la derecha la página de mensajes. Se muestra el menú de la pagina principal del SIC (ver figura N°32).

Primero haga click en la opción "turnos" y luego en la opción del menú "reservas", tal como muestra la figura N°33.



Figura N°33. Fuente Elaboración propia. 2007

Para acceder a la lista de pacientes, primero debe elegir una especialidad de guardia: clínica, pediatría o traumatología, según su especialización (ver figura N°34).

Reserva de Turnos	
Consultorio	
GUARDIA PEDIATRICA (PEDIATRIA)	
GUARDIA CLINICA (CLINICA)	
GUARDIA TRAUMATOLOGICA (TRAUMATOLOGIA)	
YESOS	
SUTURAS	

Figura N°34. Fuente Elaboración propia. 2007

Elijamos por ejemplo “GUARDIA CLINICA”. Obtendremos entonces la pantalla de lista de pacientes atendidos por clínica médica en guardia. Obtendrá la siguiente pantalla de información (ver figura N°35).

							en espera	en tránsito	en tránsito (> 6 hs)	reingresado
GUARDIA CLINICA TURNOS DEL DÍA JUEVES 20/09/07										
Acción	Hora	S.T.	Estudio	Obra Social	H. Clínica	Paciente				
en tránsito > 6 hs.	19/09/07 14:15 [atender]			UNION PERSONAL PLAN ACCORD - 0003 22 DORADO	203182 *					
en espera v: 110	19/09/07 17:33 [atender]			OSDE - 210 NEO	279435 *					
en tránsito > 6 hs.	19/09/07 18:43 [atender]			OSDE - 310	99673 *					
en espera v: 140	19/09/07 19:55 [atender]			UNION PERSONAL - 0002 20	265598 *					
en espera v: 144	19/09/07 20:15 [atender]			IOMA - IOMA COLECTIVO	859218 *					
en tránsito > 6 hs.	19/09/07 21:07 [atender]			UNION PERSONAL PLAN ACCORD - 21-0003 DORADO	196016 *					
en espera v: 9	07:48 [atender]			FEMEB AVELLANEDA - TRADIDICIONAL C/BON	860689					
en tránsito	08:53 [atender]			UNION PERSONAL - 20 0002	867535 *					
en espera v: 22	08:59 [atender]			IOMA - D.G.E	226269 *					

Figura No35. Fuente Elaboración propia. 2007



Cada fila (horizontal) representa el registro de un paciente ingresado al sistema. Cada columna (vertical) muestra una característica del mismo, por ejemplo:

- Acción: significa el estado de la consulta, si esta en tránsito, en espera, en tránsito por más de 6 horas o es un reingreso.
- Hora: es la hora de ingreso al sistema. Además muestra el link “Atender”. Haciendo click en este link, se abre la HCL electrónica (e-HCL) de este paciente.
- Obra Social.
- H. Clínica que muestra el número de e-HCL.
- Paciente: muestra los datos filiatorios básicos del paciente.

Entonces, haciendo click con el mouse en el link “Atender” de la segunda columna, se abre la e-HCL del paciente seleccionado. La pantalla de e-HCL tiene varias partes (ver N°36).

Historia Clínica

Paciente :
 Obra Social : CONSOLIDAR SALUD
 Plan : CART. 3 PLAN 3000 S/C
 [normativas] [mas datos del paciente] [turnos]
 N° Afiliado : IVA :

Historia previa

Fecha	Impresión Diagnóstica	Médico	Tipo	Org.
[ver] 20/09/07 09:24 (*)	Aparato Genital -> Amenorrea	SOTO, ANALIA	O.S.	CONSOLIDAR SALUD
[ver] 30/07/07 20:31	hemorroides ext	rossi, natalia	O.S.	CONSOLIDAR SALUD
[ver] 27/07/07 14:53	Flebologia / Cirugia vascular -> Hemorroides	DE PIERO, MARCELA LAURA	O.S.	CONSOLIDAR SALUD
[ver] 16/05/07 12:33	Sistema Respiratorio -> Bronquitis / Broncopatia	SOTO, ANALIA	O.S.	CONSOLIDAR SALUD

(*) evoluciones 'en tránsito'

Nueva ficha para Historia Clínica

Profesional:
Fecha: **Hora:** :

Motivo:

Impresión Diagnóstica:

Figura No36. Fuente Elaboración propia. 2007



Se definen tres sectores básicos en esta pantalla.

- 1.- **Historia Clínica:** tiene los datos filiatorios del paciente en cuestión.
- 2.- **Historia Previa:** destaca el historial clínico del paciente, con las siguientes columnas >> Fecha; Impresión Diagnóstica; Médico; Tipo (de cobertura) y “Org.” (Entidad de cobertura).
- 3.- **Nueva ficha para Historia Clínica:** muestra el formulario para llenar una nueva consulta.

En la sección **Historia Previa**, el profesional puede optar por ver alguna consulta previa (se muestran hasta las últimas 10 efectuadas) haciendo click con el mouse en la columna con la opción “ver” por cada fila, o ver todo el historial del paciente, haciendo click en el botón “ver todo el historial”.

En la siguiente figura se observa una pantalla que muestra todo el historial de un paciente ejemplo (ver figura N°37).

Historia Clínica			
Paciente :			
ART:			
Empleador:			
Obra Social :	CONSOLIDAR SALUD		
Plan :	CART. 3 PLAN 3000 S/C		
	[normativas] [mas datos del paciente] [turnos]		
Nº Afiliado :	<input type="text"/>	IVA :	E
Historia previa			
Profesional :	SOTO, ANALIA	Carga :	20/09/07 09:24 (en tránsito)
Motivo :	PACIENTE CONSULTA POR PRESENTAR AMENORREA FUM 7-8		
Diagnóstico :	Aparato Genital -> Amenorrea		
Est. Comp.:	<ul style="list-style-type: none"> Subunidad Beta cualitativa 		
Tratamiento :	<ul style="list-style-type: none"> RESULTADO NEGATIVO ,PERO LA PACIENTE NO REGRESO 		
Observaciones :	paciente en tránsito		
Cerrado por :	Fecha Cierre :	Origen :	O.S. OS/ART :CONSOLIDAR SALUD
Profesional :	rossi, natalia	Carga :	30/07/07 20:31
Motivo :	paciente con atc de hemorroides.concorre por dolor. en tto con lidocaina, betametasona y baños de asiento por proctologia. al examen plicoma. refiere un sangrado.		
Diagnóstico :	hemorroides ext		
Est. Comp.:	<ul style="list-style-type: none"> no 		
Tratamiento :	<ul style="list-style-type: none"> mañana turno con proctologia diclofenac im 		
Cerrado por :	Fecha Cierre :	Origen :	O.S. OS/ART :CONSOLIDAR SALUD
Profesional :	DE PIERO, MARCELA LAURA	Carga :	27/07/07 14:53
Motivo :	PAC QUE CONSULTA POR HEMORROIDES DE TRES DIAS DE EVOL. NO PRESENTA TROMBOS		
Diagnóstico :	Flebologia / Cirugia vascular -> Hemorroides		
Est. Comp.:	<ul style="list-style-type: none"> NO 		
Tratamiento :	<ul style="list-style-type: none"> DEXAMETASONA IM IC CON PROCTOLOGIA CREMA ANTIINFLAMATORIA Y BAÑOS DE ASIENTO 		
Cerrado por :	Fecha Cierre :	Origen :	O.S. OS/ART :CONSOLIDAR SALUD
Profesional :	SOTO, ANALIA	Carga :	16/05/07 12:33
Motivo :	PACIENTE CONSULTA POR PRESENTAR TOS ,DISFONIA ,DE 15 DIAS DE EVOLUCIONAL EXAMEN SE AUSCULTAN RONCUS,TOS PRODUCTIVA.		
Diagnóstico :	Sistema Respiratorio -> Bronquitis / Broncoasitis		

Figura N°37. Fuente Elaboración propia. 2007

 El Historial Clínico del paciente muestra los datos referentes a:

- Profesional actuante en cada consulta.
- Fecha de Carga en el SIC.
- Fecha de grabación en el SIC.
- Motivo de consulta.
- Diagnóstico principal.
- Estudios complementarios solicitados.
- Tratamiento instaurado.
- Observaciones.
- OS/ART.



Nota aclaratoria: los datos principales de pacientes se han ocultado en las diferentes figuras ilustrativas por cuestiones de secreto profesional.

USO DEL FORMULARIO “NUEVA CONSULTA”

Como ya se aclaró anteriormente, la última sección del SIC de guardia, es el formulario de nueva consulta.

Este formulario está compuesto por los siguientes campos:

- 1.- Título de la sección: **“Nueva ficha para historia clínica”**. Este título se refiere al llenado de una **nueva consulta**.
- 2.- Identificación del profesional que abre este formulario y la fecha y hora de la consulta.
- 3.- En una nueva consulta aparece un mensaje de alerta que advierte que deben ser llenados los antecedentes y comorbilidades del paciente. La siguiente ilustra este evento (ver figura N°38).

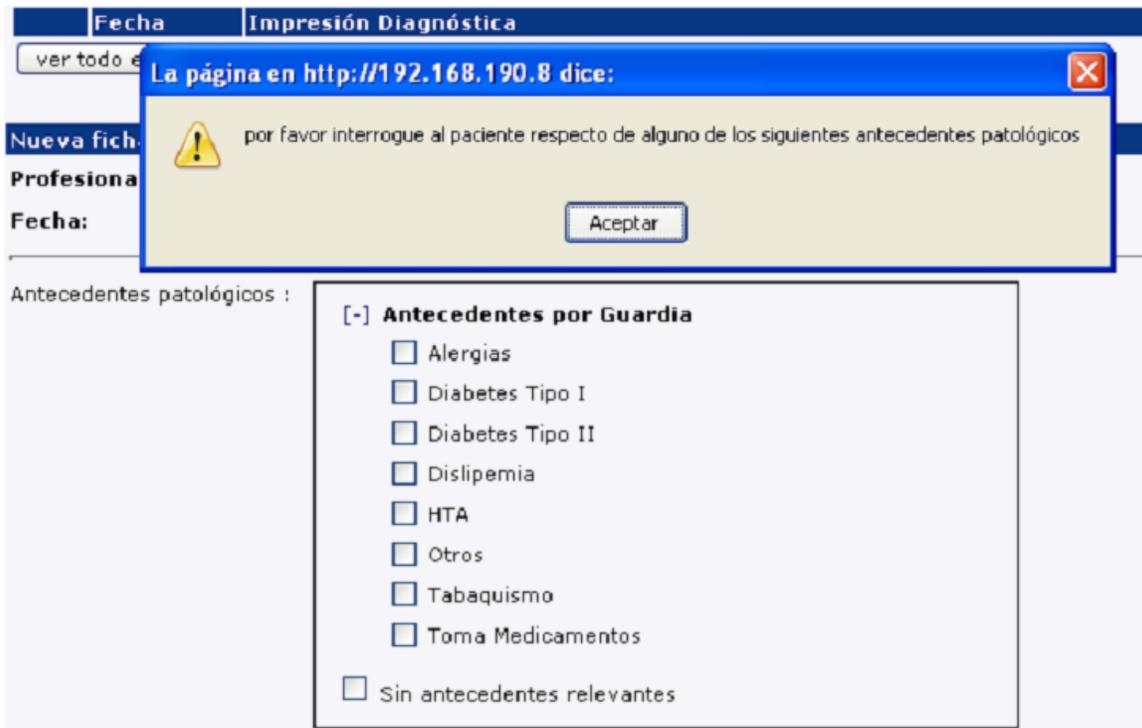


Figura N°38. Fuente Elaboración propia. 2007

Este ítem se llama “**Antecedentes patológicos**” (ver figura N°39) y está compuesto por 7 antecedentes importantes, permitiendo en la opción “otros” agregar antecedentes no considerados. También se observa la opción “sin antecedentes relevantes” para marcar en caso de que no existan. Haga click con el mouse en el antecedente elegido y se abrirá a la derecha una pequeña caja de texto para que Usted pueda escribir detalles que considere de importancia en relación al antecedente en sí.

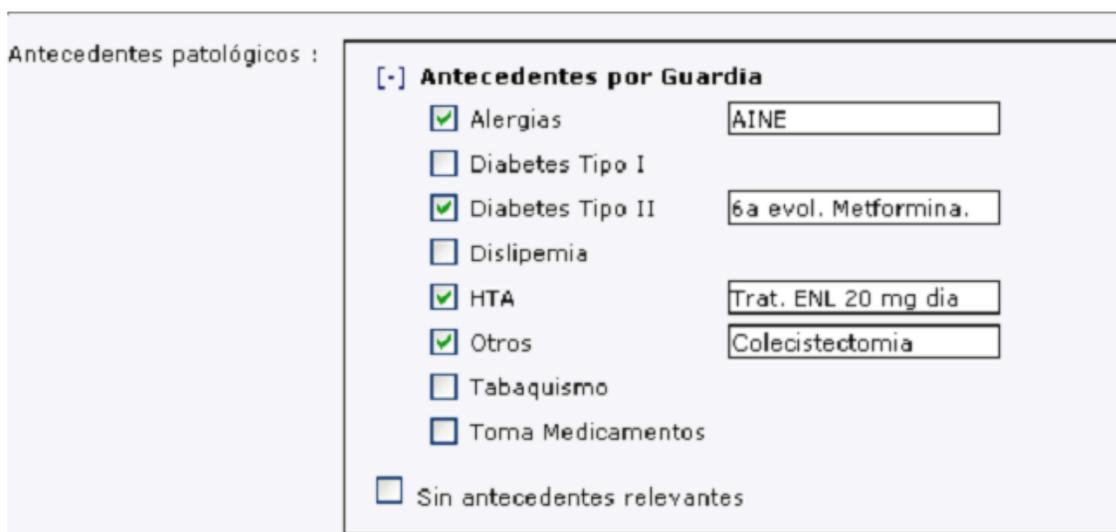


Figura N°39. Fuente Elaboración propia. 2007

La figura N°39 muestra un ejemplo de cómo llenar las cajas de texto en antecedentes en un paciente ya elegido.

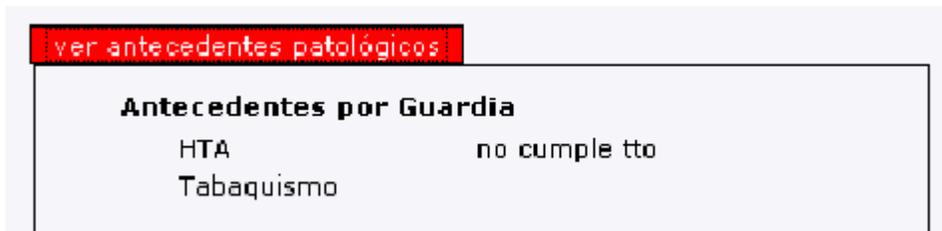
Si Usted está abriendo una consulta en tránsito o ya efectuada, y los antecedentes han sido positivos, entonces observará un alerta en color rojo que le indicara que el paciente posee antecedentes patológicos (ver figura N°40)



ver antecedentes patológicos

Figura N°40. Fuente: Elaboración Propia.2008

Haga click en el alerta “ver antecedentes patológicos” para que el sistema se los muestre (ver figura N°41)



Antecedentes por Guardia	
HTA	no cumple tto
Tabaquismo	

Figura N°41. Fuente: Elaboración Propia. 2007

Sin un paciente no presenta antecedentes patológicos, el sistema se lo advertirá claramente con la siguiente frase en negrita.

Antecedentes patológicos: **[sin antecedentes patológicos]**

4.- **Motivo:** se refiere al motivo de ingreso y enfermedad actual. Puede llenar libremente este apartado. Trate de ser sintético en la descripción en este campo del formulario.

5.- **Impresión Diagnóstica:** el sistema muestra una lista de opciones dividida según aparato o sistema orgánico.

En esta figura se puede observar cómo se visualiza el campo “Motivo” y el de “Impresión Diagnóstica” (ver figura N°42).

Motivo: Dolor epigastrico, nauseas, vomitos. Consumo previo de AINE (Ibuprofeno 800 mg dia)

Impresión Diagnóstica:

- Aparato Digestivo
- Aparato Genital
- Aparato Nefrourologico
- Flebologia / Cirugia vascular
- Intoxicaciones
- Oftalmologia
- Piel y partes blandas
- Psiquiatria
- Sistema Cardiovascular
- Sistema Endocrino.
- Sistema Hematopoyetico
- Sistema Nervioso Central
- Sistema osteoarticulomuscular
- Sistema Otorrinolaringologico
- Sistema Respiratorio
- Otro diagnóstico

Figura N°42. Fuente Elaboración propia. 2007



En este último campo solo debe elegir el aparato o sistema que corresponda con el problema actual (ver figura N°43).

Motivo: Dolor epigastrico, nauseas, vomitos. Consumo previo de AINE (Ibuprofeno 800 mg dia)

Impresión Diagnóstica:

- Aparato Digestivo
- Aparato Genital
- Aparato Nefrourologico
- Flebologia / Cirugia vascular
- Intoxicaciones
- Oftalmologia
- Piel y partes blandas
- Psiquiatria
- Sistema Cardiovascular
- Sistema Endocrino.
- Sistema Hematopoyetico
- Sistema Nervioso Central
- Sistema osteoarticulomuscular
- Sistema Otorrinolaringologico
- Sistema Respiratorio
- Otro diagnóstico

Elegir el aparato o sistema

Figura N°43. Fuente: Elaboración propia. 2007.

En este caso podría elegir por ejemplo, “Aparato Digestivo” según el motivo de consulta del paciente (ver figura N°43).

Inmediatamente el sistema le ofrece una serie de opciones de patologías de urgencia más frecuentes. También le permite elegir otro diagnóstico como ultimo ítem.



NOTA: el llenado de diagnósticos por el sistema de carga automática es siempre obligatorio. Si no encuentra el diagnóstico adecuado puede aclararlo haciendo click en la opción “otro diagnóstico”. Por favor, haga uso correcto de esta opción. No utilice abreviaciones que no sean mundialmente consensuadas.

6- Carga automática de prácticas y tratamientos. Cuando se elige una opción dentro de las patologías más frecuentes en un aparato o sistema, el sistema SIC le ofrece una carga automática de las prácticas y tratamientos más frecuentemente asociados con esta patología. Usted puede hacer click en las opciones de prácticas y tratamiento que considere adecuadas. Sin embargo el sistema también le ofrecerá la posibilidad de agregar prácticas y/o tratamientos que no estén listados en la carga automática en campos separados de texto.



Todo este sistema automatizado es lo que llamamos sistema “**IDET**” que significa **Impresión Diagnóstica Estudios Tratamiento**.

Cada vez que un profesional elige una categoría diagnóstica, se despliega en el sistema los exámenes y tratamientos más frecuentemente asociados a la misma. Este tipo de sistemas se llaman de Ayuda o Soporte a la Decisión.

Impresión Diagnóstica:	Aparato Digestivo -> Hemorragia Digestiva Alta
Estudios Complementarios:	<input type="checkbox"/> Ecografía abdominal completa, <input type="checkbox"/> Electrocardiograma <input type="checkbox"/> Gases en sangre <input type="checkbox"/> Hepatograma <input type="checkbox"/> Rutina (Hemograma-Urea-Creatinina-Ionograma-Glucemia) <input type="checkbox"/> Rx torax frente <input type="checkbox"/> Sedimento urinario

Figura N°44. Fuente: Elaboración propia. 2007.

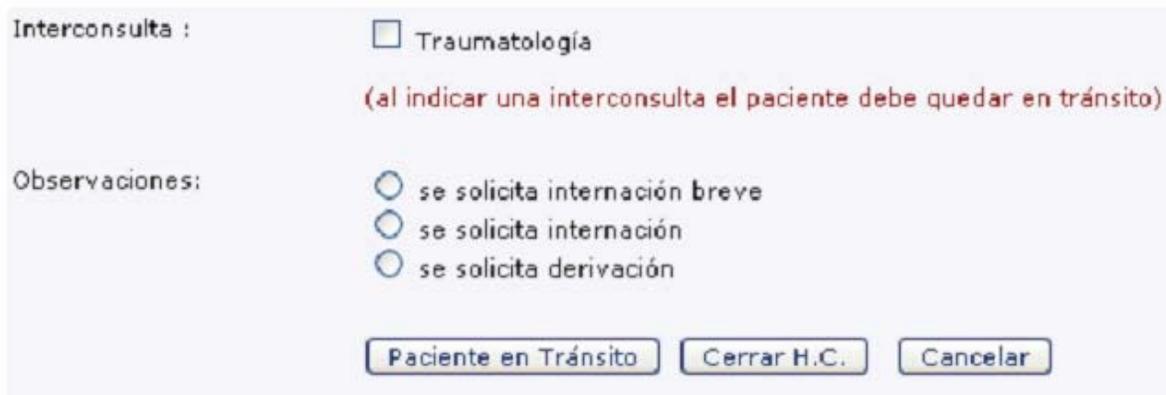
 Ejemplo de **exámenes complementarios** en Hemorragia Digestiva Aguda. Solo debe hacer click en los estudios que desee solicitar (ver figura N°44)

Tratamiento:	<input type="checkbox"/> Colocacion de plan de hidratacion parenteral <input type="checkbox"/> Colocacion de sonda nasogastrica <input type="checkbox"/> Metrocloramida. ampolla <input type="checkbox"/> Nada por boca <input type="checkbox"/> Ranitidina. ampolla 50mg
Tratamiento adicional:	<input type="text"/>

Figura N°45. Fuente: Elaboración propia. 2007.

 Ejemplo **de tratamiento** (ver figura N°45) asociado a Hemorragia Digestiva Aguda. Solo debe hacer click en los tratamientos que desee indicar. Si desea aclarar exámenes o tratamiento adicionales, puede hacerlo en las cajas de texto para tal fin. Sea claro y preciso en lo vertido en estos campos adicionales. No utilice abreviaciones que no sean mundialmente consensuadas.

7-Pie de página del formulario. El pie de página del formulario de nueva consulta, permite otras acciones importantes en guardia (ver figura N°46).



Interconsulta : Traumatología

(al indicar una interconsulta el paciente debe quedar en tránsito)

Observaciones:

se solicita internación breve

se solicita internación

se solicita derivación

Figura N°46. Fuente: Elaboración propia. 2007.

Como se observa en la figura N°46, las opciones son:

a.- Interconsulta: puede Clickear esta opción para pedir interconsulta con otro especialista de guardia.

b.- Observaciones: puede elegir si así lo considera tres opciones, internación breve del paciente en guardia, internación (en piso) o derivación externa a otra institución.

c.- Botones finales: puede dejar al paciente en tránsito hasta que se haga los estudios solicitados, cerrar la consulta (“Cerrar Historia Clínica”) o cancelar la consulta actual lo cual borrará todo lo escrito hasta ese momento y cancelara (no guardará) la consulta.



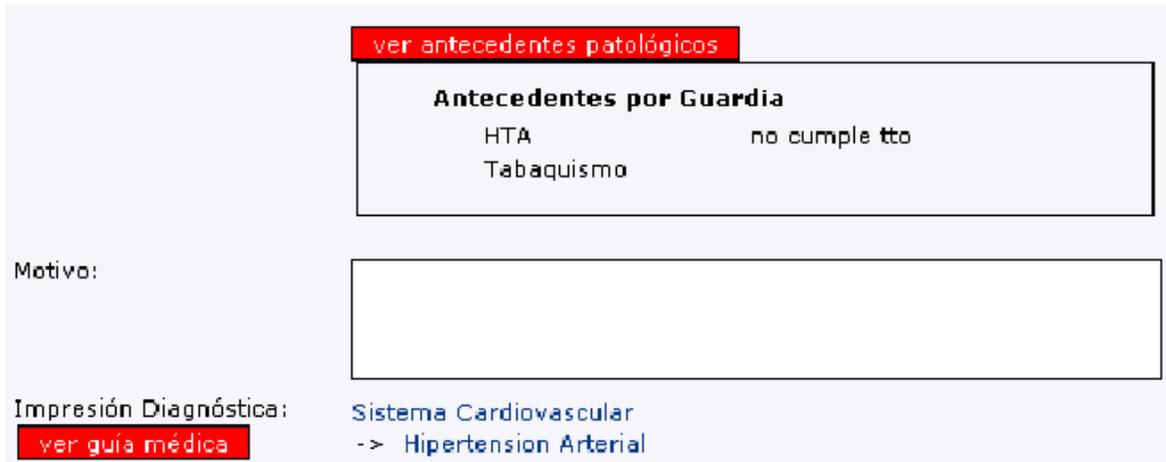
GUIAS MÉDICAS



El SIC de guardia presenta otra particularidad especial, muestra al elegir una categoría de impresión diagnóstica una guía médica asociada. Cada vez que Usted elija una impresión diagnóstica con una guía médica asociada el sistema le mostrara un botón rojo que le permitirá haciendo click revisar esa guía asociada a la patología en cuestión.



Esto también puede ser considerado soporte a la decisión, es decir, un sistema que ayuda al profesional a cumplir su tarea, ya sea ofreciéndole información médica, algoritmos y cálculos, guías en pantalla, automatización de tareas como el sistema IDET, etc.



ver antecedentes patológicos

Antecedentes por Guardia

HTA	no cumple tto
Tabaquismo	

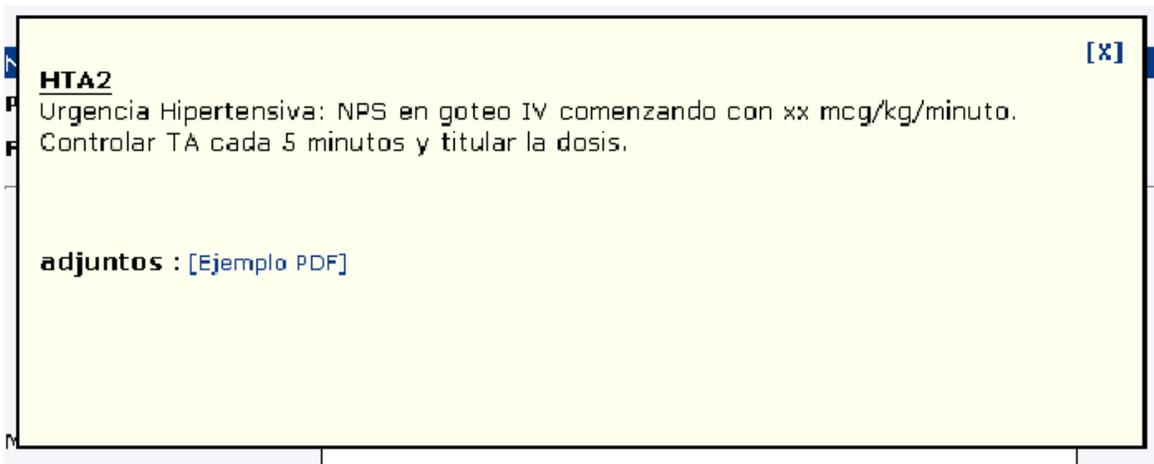
Motivo:

Impresión Diagnóstica: Sistema Cardiovascular
-> Hipertension Arterial

ver guía médica

Figura N°47. Fuente: Elaboración propia. 2007.

Con solo hacer click en el botón rojo “ver guía médica” podrá acceder a ella (ver figura N°47 y N°48)



HTA2 [X]

Urgencia Hipertensiva: NPS en goteo IV comenzando con xx mcg/kg/minuto.
Controlar TA cada 5 minutos y titular la dosis.

adjuntos : [Ejemplo PDF]

Figura N°48. Fuente: Elaboración propia. 2007.

La guía Médica aparecerá en una ventana amarilla emergente. Puede contener archivos adjuntos con más información. En la figura se observa un ejemplo de guía de HTA y un archivo adjunto “**Ejemplo PDF**” (ver figura N°49).

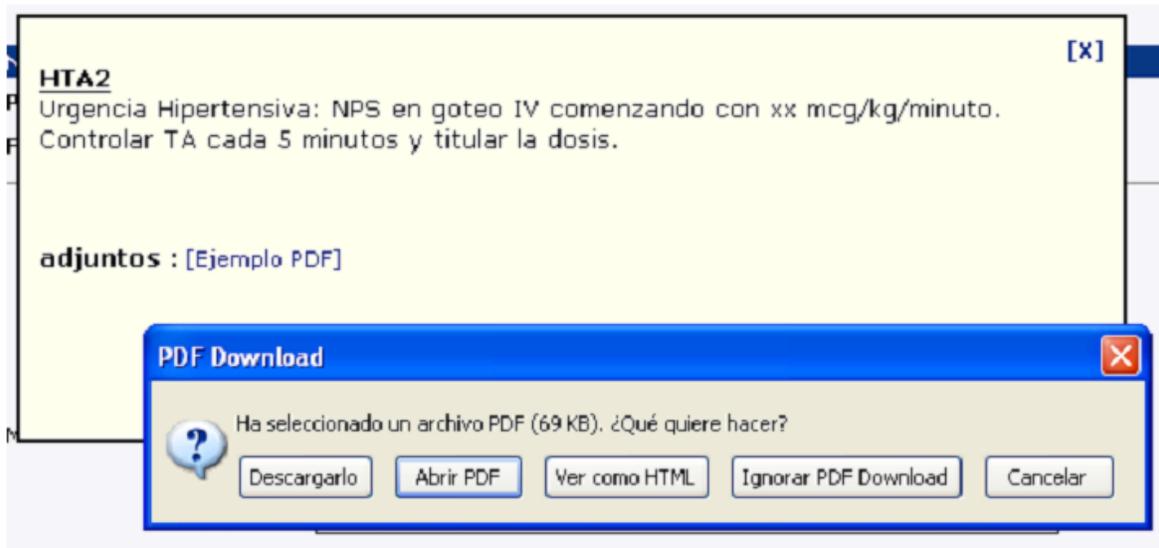


Figura N°49. Fuente: Elaboración propia. 2007.

Si hace click en el link del archivo adjunto “Ejemplo PDF”, el sistema le preguntará que desea hacer.

Usted puede elegir entre varias opciones:

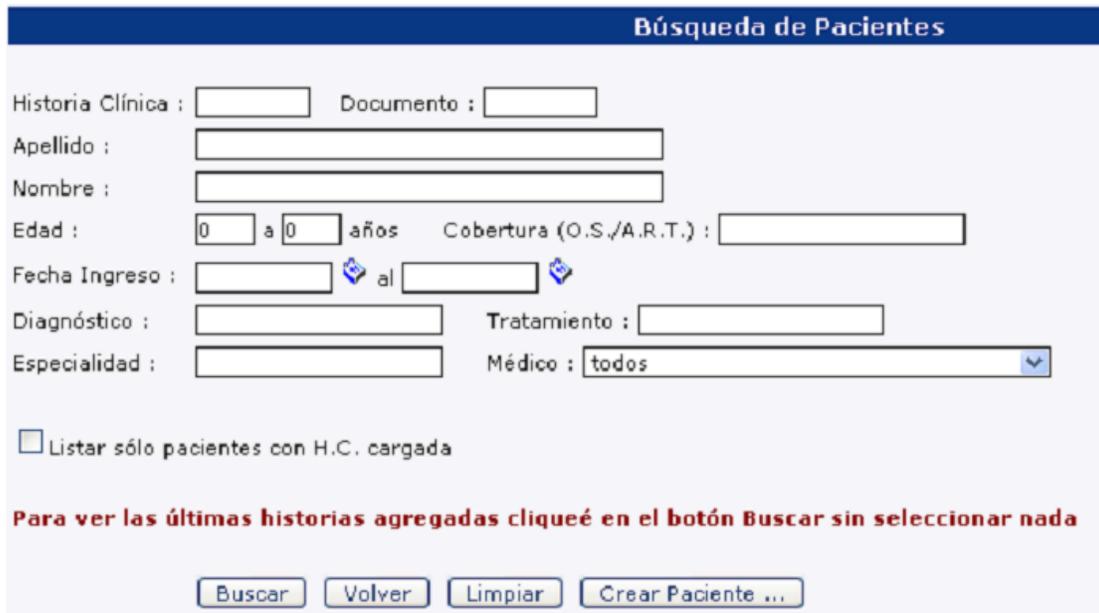
- 1.- Descargar el archivo adjunto a la computadora local donde Usted está trabajando, para revisarlo más tarde. (Opción: “Descargarlo”).
- 2.- Abrirlo el archivo inmediatamente. (Opción: “Abrir PDF”).
- 3.- Ver el contenido del archivo en el navegador (Opción: “Ver como HTML”). Esto abrirá el archivo y su contenido en su navegador Web inmediatamente.
- 4.- O ignorar la descarga del archivo o cancelar todo.



BUSQUEDA DE PACIENTES:

Para buscar pacientes, solo debe acceder a la opción “Historias Clínicas” del sub menú Turnos del Sistema. Observará el formulario de búsqueda como el que se muestra en la figura N°50. En este formulario puede buscar según varios criterios, por ejemplo:

- Numero de HCL
- Numero de Documento
- Apellido y Nombre
- Por rango de edad
- Por entidad de cobertura
- Por rango de fecha de ingreso
- Por diagnóstico
- Por tratamiento
- Por especialidad
- Por médico



Búsqueda de Pacientes

Historia Clínica : Documento :

Apellido :

Nombre :

Edad : a años Cobertura (O.S./A.R.T.) :

Fecha Ingreso : al

Diagnóstico : Tratamiento :

Especialidad : Médico :

Listar sólo pacientes con H.C. cargada

Para ver las últimas historias agregadas cliqueé en el botón Buscar sin seleccionar nada

Figura N°50. Fuente: Elaboración propia. 2007.

Puede optar por listar solo historias clínicas cargadas haciendo click en la casilla correspondiente. Una vez determinados los criterios de búsqueda, haga click sobre el botón “Buscar”. El sistema le traerá los resultados que coincidan con los criterios de búsqueda aplicados.

Para ver las últimas HCL que se cargaron en el sistema, haga click sobre el mismo botón sin especificar ningún criterio de búsqueda.



La búsqueda de pacientes por criterios es muy útil a los fines prácticos y estadísticos. Permite ubicar grupos de pacientes por diagnóstico, prácticas, tratamientos, etc. A la vez ayuda a la gestión del área en cuestión.



SUTURAS Y YESOS:

Para grabar en el sistema una sutura y/o yeso, simplemente elija la opción correspondiente en la pantalla de “Reserva de Turnos” (ver figura N°51)

Reserva de Turnos
Consultorio
GUARDIA PEDIATRICA (PEDIATRIA)
GUARDIA CLINICA (CLINICA)
GUARDIA TRAUMATOLOGICA (TRAUMATOLOGIA)
YESOS
SUTURAS

Figura N°51 . Fuente: Elaboración propia. 2007.

El sistema le mostrara la lista de pacientes en esa condición. La siguiente figura N°52 muestra un ejemplo de listado de suturas con un solo registro (paciente).

Reserva de Turno (del 28/11/07 al 27/12/07)						
Médico :	Rodriguez, Jorge					
Fecha :	28/11/07					
<input type="button" value="Volver"/>						
en espera en tránsito en tránsito (> 6 hs) reingresado						
SUTURAS TURNOS DEL DÍA MIÉRCOLES 28/11/07						
Acción	Hora	S.T.	Estudio	Obra Social	H. Clínica	Paciente
en espera v: 1	12:45 [Marcar]			OSDE -	873468 *	

Figura N°52. Fuente: Elaboración propia. 2007.

Para registrar una práctica, haga click sobre la columna “**Hora**” en la opción “**Marcar**” (figura N°52)



Reflexiones del sistema Informatizado de Atención Médica.

El SIC de guardia es intuitivo, fácil de utilizar y posee características avanzadas como las de soporte a la decisión y guías médicas. Puede agilizar la tarea del profesional en guardia, permitiendo el registro de los eventos ocurridos con el paciente atendido. Permite registrar si un paciente ya ha sido atendido o se encuentra “en tránsito”. Es un sistema semi-inteligente diseñado especialmente para asistir al profesional, orientado a mejorar la calidad de atención.

Algunas recomendaciones finales:

1. Haga uso adecuado del sistema, llenando los campos correspondientes con la información más veraz que posea. No deje campos requeridos en blanco.
2. Trate de utilizar las opciones correctas que el sistema le brinda y será un eficaz aliado suyo, acortando el tiempo asistencial y mejorando la calidad del mismo.

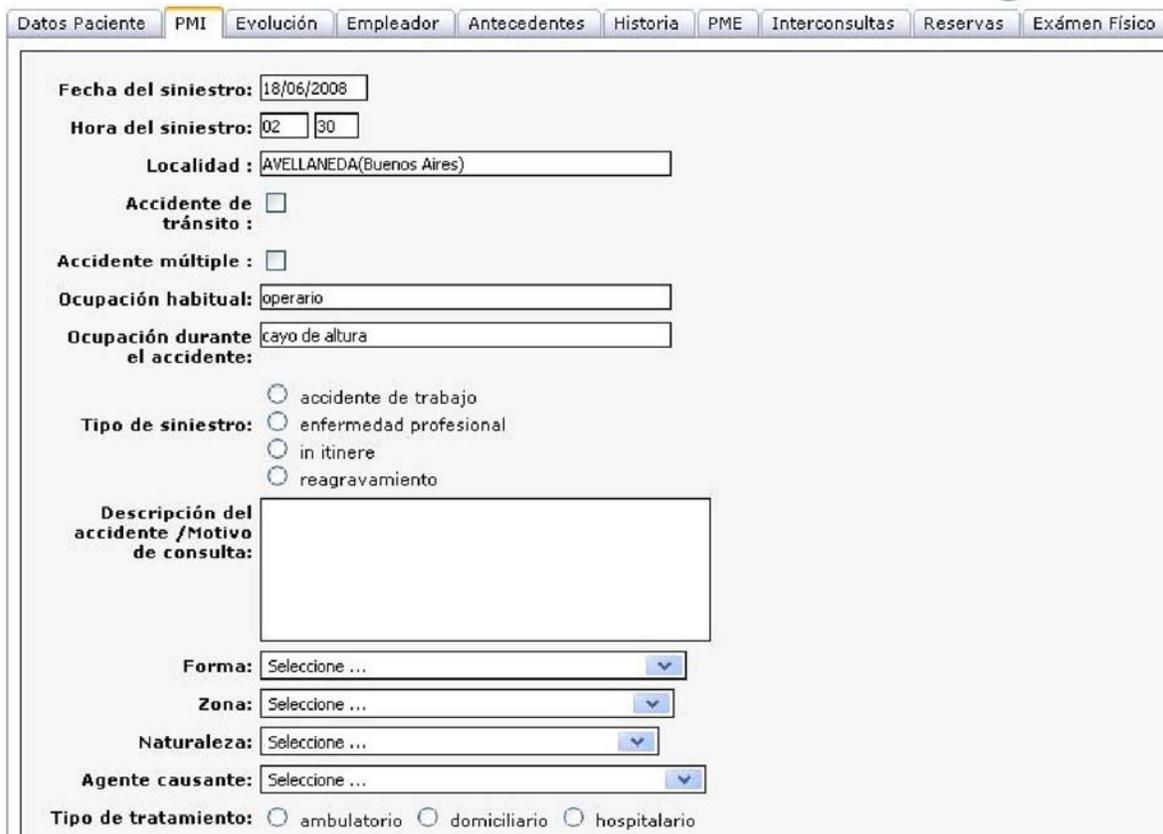
3. Se solicita que en los campos adicionales de texto y en el campo “motivo” sea lo más claro posible, evitando abreviaturas que no estén consensuadas en la práctica profesional, para no ingresar información que luego sea ilegible para sus colegas y administrativos.
4. Preste atención a las alertas que el sistema le ofrece, ya que han sido diseñadas para guiarlo en su tarea y brindar una mejor atención médica.
5. Haga uso de las guías médicas cuando lo considere, ya que le servirán de apoyo en su tarea asistencial.

4.6.2 GUÍA DE USO DEL SISTEMA INFORMÁTICO DE ART EN LA GUARDIA.

Este instructivo cumple con el objetivo de orientar y capacitar al médico en el uso adecuado del sistema informático ART en el ámbito de la Guardia Externa. Debe ser leído por médicos traumatólogos y clínicos de guardia externa. Esto obedece a que los profesionales pediatras no asisten a pacientes de ART.

El sistema informático de ART sigue el mismo ordenamiento utilizado en el sistema informático de atención de guardia.

Una vez que Usted haga click en la opción de “**ATENDER**” un paciente ART en alguna de las dos especialidades mencionadas, el sistema le mostrara por primera vez esta pantalla: (ver figura N°53)



Datos Paciente | **PMI** | Evolución | Empleador | Antecedentes | Historia | PME | Interconsultas | Reservas | Exámen Físico

Fecha del siniestro: 18/06/2008

Hora del siniestro: 02 30

Localidad: AVELLANEDA(Buenos Aires)

Accidente de tránsito:

Accidente múltiple:

Ocupación habitual: operario

Ocupación durante el accidente: cayo de altura

Tipo de siniestro: accidente de trabajo
 enfermedad profesional
 in itinere
 reagravamiento

Descripción del accidente /Motivo de consulta:

Forma: Seleccione ...

Zona: Seleccione ...

Naturaleza: Seleccione ...

Agente causante: Seleccione ...

Tipo de tratamiento: ambulatorio domiciliario hospitalario

Figura N°53. Fuente: elaboración propia. 2007.

En la región superior observara diferentes solapas. Las dos solapas activas que Usted debe utilizar son las de **“PMI” (Parte Medico de Ingreso) y “Evolución”**. El sistema se abre en la solapa de PMI, que es la que esta visualizando en este instructivo. **En esta solapa de PMI, los únicos campos que Usted debe llenar son los siguientes seis:**

Descripción del accidente/Motivo de consulta: este campo le permite describir el motivo de consulta del paciente (al igual que en el sistema de guardia no ART) y describir las circunstancias que se relacionan con el accidente (preste especial atención a lo que el paciente refiere sobre como ocurrió el accidente).

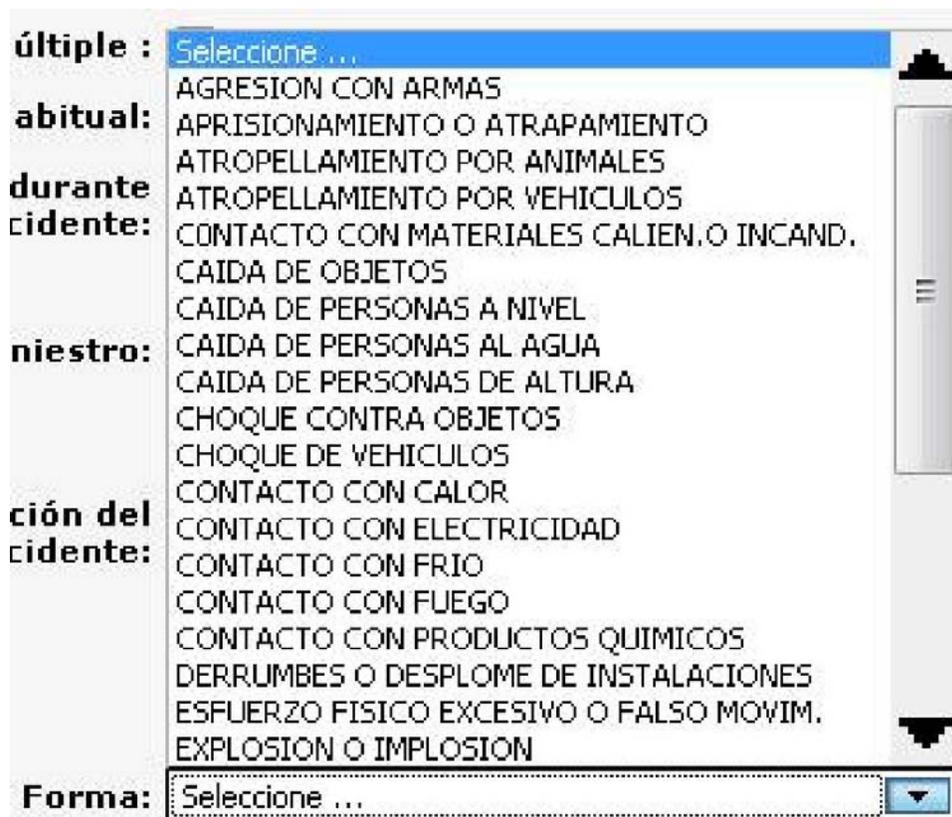
Forma: se refiere a la forma en que se produjo el siniestro o accidente laboral, por ejemplo exposición al calor, caída, atropellamiento, derrumbe, choque, etc.

Zona: se refiere a la región del organismo que sufrió el accidente.

Naturaleza: se refiere al tipo de lesión sufrida, como amputación, contusión, fractura, asfixia, Intoxicación, etc.

Agente causante: (ver figura N°54) se refiere al tipo de agente causal del accidente, como por ejemplo agua, animales, aberturas, electricidad, etc.

Estos últimos cuatro campos están, como se puede observar en la siguiente figura, codificados por la Superintendencia de Riesgo de Trabajo y son de llenado obligatorio por el médico actuante. Elija la opción que considere correcta en cada caso.



últiple : Seleccione ...

abitual: AGRESION CON ARMAS

durante: APRISIONAMIENTO O ATRAPAMIENTO

cidente: ATROPELLAMIENTO POR ANIMALES

niestro: ATROPELLAMIENTO POR VEHICULOS

ción del: CONTACTO CON MATERIALES CALIEN.O INCAND.

cidente: CAIDA DE OBJETOS

niestro: CAIDA DE PERSONAS A NIVEL

ción del: CAIDA DE PERSONAS AL AGUA

cidente: CAIDA DE PERSONAS DE ALTURA

niestro: CHOQUE CONTRA OBJETOS

ción del: CHOQUE DE VEHICULOS

cidente: CONTACTO CON CALOR

niestro: CONTACTO CON ELECTRICIDAD

ción del: CONTACTO CON FRIO

cidente: CONTACTO CON FUEGO

niestro: CONTACTO CON PRODUCTOS QUIMICOS

ción del: DERRUMBES O DESPLOME DE INSTALACIONES

cidente: ESFUERZO FISICO EXCESIVO O FALSO MOVIM.

niestro: EXPLOSION O IMPLOSION

Forma: Seleccione ...

Figura N°54. Fuente: elaboración propia. 2007.

Tipo de Tratamiento: solo debe elegir dos opciones, “ambulatorio” u “hospitalario”. La opción ambulatorio esta implicando que el paciente va a ser seguido por consultorios de medicina laboral y la opción hospitalario, presupone la internación del paciente para ser seguido por el medico laboral del sanatorio.

Una vez haya llenado estos seis campos mencionados, puede hacer click en la solapa superior

“Evolución”. En ella observara, según muestra la figura N°55, los campos ya conocidos para elegir un diagnostico, exámenes y tratamiento asociados, tal cual lo viene haciendo en los pacientes No ART.

Diagnóstico: *escriba el órgano o región del cuerpo afectada y seleccione el diagnóstico adecuado*

Tratamiento: Asociado al diagnóstico

Otro tratamiento: Asociado al diagnóstico

Estudios complementarios: Asociado al diagnóstico

Otros estudios complementarios: Asociado al diagnóstico

Indicaciones: Asociado al diagnóstico

Otras indicaciones: Asociado al diagnóstico

Observaciones : se solicita internación breve
 se solicita internación
 se solicita derivación

Figura N°55. Fuente: elaboración propia. 2007.

Simplemente, tipee sobre el campo “Diagnóstico” el texto que considere más adecuado de acuerdo a su impresión diagnóstica o región orgánica mas afectada (ver figura N°56) El sistema le mostrara los diagnósticos que coincidan con su texto, y se los desplegara para que elija y haga click en el que considere más correcto.

Diagnóstico: trauma

- Politraumatismo
- Traumatismo cervical
- Traumatismo codo
- Traumatismo de antebrazo
- Traumatismo de Craneo
- Traumatismo de mano
- Traumatismo de pierna y/o pie.
- Traumatismo de Torax
- Traumatismo en muslo
- Traumatismo hombro
- Traumatismo muñeca
- Traumatismo rodilla
- Traumatismo tobillo
- Traumatismo/Fractura Costal
- Traumatismo/Fractura Pelvis

Figura N°56. Fuente: elaboración propia. 2007.

Al hacer click en el diagnóstico que considere adecuado, el sistema le cargara en pantalla los exámenes y tratamientos asociados, del mismo modo que lo hace actualmente en pacientes No ART. Simplemente, cuando llegue a este paso, seleccione los exámenes y tratamiento que considere necesarios.

Si el paciente requiere de una interconsulta interna en guardia, haga click en la opción de más abajo. Si el paciente requiere internación breve, derivación o internación en piso, haga click en la opción que corresponda.

Ya tiene completos la información básica necesaria para un paciente de ART en guardia. Solo le queda especificar si el paciente va a estar en TRÁNSITO o en su defecto CERRAR LA HISTORIA CLÍNICA.

Para ello, haga click en el botón correspondiente al pie de este formulario.

Si desea consultar el historial médico del paciente, puede hacer click en la solapa “**HISTORIA**” y podrá ver hasta las 10 últimas consultas del paciente, sean estas por medicina laboral o no.

4.6.3 GUÍA DE USO DEL SISTEMA DE BÚSQUEDA DE RESULTADOS DE LABORATORIO.

Para revisar el laboratorio de un paciente, siga los pasos que se enumeran a continuación: (ver figura N°57)

1. Abra el navegador de Internet de su PC. Usted estará dentro de la Intranet del Sanatorio.
2. Introduzca en la caja de texto de dirección de Internet, la siguiente dirección:
<http://sql-server>
3. Se abrirá entonces la página principal del programa de resultados de laboratorio de la Institución.



Figura N°57. Fuente: elaboración propia. 2007.

4. Una vez que visualice esta página principal, de bienvenida, deberá ingresar en nombre de usuario y la contraseña correspondiente para poder acceder al sistema de laboratorio.

Podrá leer la leyenda **“Por favor, identifíquese indicando su código de cliente y contraseña”**.

5. Por debajo de esta leyenda observará dos cajas de texto en color amarillo, una para Código de Cliente y otra, inmediatamente por debajo de la primera, que dice Contraseña.

6. El código de cliente (nombre de usuario) que debe tipear es “labo” (sin comillas)

7. La contraseña que debe tipear es “labo” (Sin comillas)

8. Presione una vez el botón “Continuar”

9. Se mostrará luego la página de acceso a resultados de laboratorio, con tres opciones principales (ver figura N°58).



Acceso concedido: LABO (LABO)

Este sistema le permite realizar consultas sobre resultados de analíticas del laboratorio. Las bases de datos del sistema informático del laboratorio pueden ser accedidas en tiempo real desde estaciones remotas, mediante la últimas tecnologías de acceso a bases de datos basadas en Intranet.

Por favor, seleccione una opción:

- Ⓢ [Consulta de informes INDIVIDUALES](#) + [Qué es un informe individual?](#)
- Ⓢ [Consulta de informes ACUMULADOS](#) + [Qué es un informe acumulado?](#)
- Ⓢ [Consulta de informes en BLOQUE](#) + [Qué es un informe en bloque?](#)

[Salir...](#)

Systemlab
Copyright © 1999 IZASA S.A. All rights reserved.
Revisado: 05 de Febrero de 1999.

Figura N°58. Fuente: elaboración propia. 2007.

10. Las tres opciones de búsqueda de resultados de laboratorio son:

- ✓ Consulta de informes INDIVIDUALES.
- ✓ Consulta de informes ACUMULADOS.
- ✓ Consulta de informes en BLOQUE.

11. ¿Que es cada informe? ¿Que información me proporciona cada opción? La página de opciones de búsqueda, posee un texto de ayuda a la derecha de cada opción, en donde usted puede hacer click para obtener más información.

¿Qué es un informe individual?

Un informe individual proporciona información referente a de las pruebas que componen **una determinada analítica y sus resultados**. Las pruebas se agrupan según criterios analíticos, pudiendo mostrarse junto a cada prueba los márgenes de normalidad correspondientes al sexo y la edad del paciente. Pueden ocupar una o más hojas.

¿Qué es un informe acumulado?

Un informe acumulado proporciona información referente a la historia de las pruebas de un determinado paciente. Se muestran los últimos resultados de cada prueba. Es ideal para comprobar la evolución analítica de un paciente.

¿Qué es un informe en bloque?

Un informe en bloque permite seleccionar las analíticas en un rango de fechas. Una vez seleccionada una se trata como el caso de informes individuales. Existe la posibilidad de obtener todos los informes en un rango de fechas para su posterior impresión conjunta.

12. Para la práctica clínica diaria, usted puede elegir las dos primeras opciones según desee ver el último resultado de laboratorio del paciente o un informe de laboratorios acumulados en el ÚLTIMO AÑO. Tenga en cuenta que el sistema solo muestra los resultados en el último año, los resultados anteriores son almacenados en un HISTÓRICO y NO pueden visualizarse en línea. Si Usted desea consultar un resultado de laboratorio anterior al último año calendario, solicítelo por teléfono al laboratorio.

13. Haga click en una de las dos primeras opciones, por ejemplo en la primera: **Consulta de informes INDIVIDUALES**. Inmediatamente obtendrá la página de la figura N°59. Utilice para buscar información la opción B: “Consulta por nombre o numero de historia clínica”.



The screenshot shows the web interface for 'SANATORIO ITOIZ (SERVICIO DE LABORATORIO)'. The page title is 'Consulta de informes individuales'. It contains instructions for identifying a patient and two search options: (a) search by internal lab format (date and ID) and (b) search by name or clinical history number. There are input fields for these details and 'Continuar' and 'Limpiar campos' buttons. A footer contains copyright information for IZASA S.A. from 1999.

SANATORIO ITOIZ (SERVICIO DE LABORATORIO)
Consulta de informes individuales

Por favor, identifique el paciente a seleccionar, utilizando alguno de los dos sistemas propuestos, es decir, introduciendo **alguno** de los cuatro sistemas de identificación de analítica siguientes:

a) Consulta mediante formato interno del laboratorio:
Paciente: Introduzca Fecha (DDMMAA) y Número identificativo
Número...: o el Número identificativo único

b) Consulta por nombre o número de historia clínica:
Nombre...: o el Nombre del paciente.
Historia: o el Número de historia clínica del paciente.

[Más información respecto a cómo introducir los criterios de búsqueda](#)

[Volver...](#)

Systemlab
Copyright © 1999 IZASA S.A. All rights reserved.
Revisado: 05 de Febrero de 1999.

Figura N°59. Fuente: elaboración propia. 2007.

14. En esta página puede consultar el resultado de laboratorio de su paciente por **Apellido y Nombres (use siempre mayúsculas)** (ver figura N°60) o por número de historia clínica del mismo. Solo ingrese los datos en las cajas de texto color amarillas correspondientes. Use un solo criterio de búsqueda, se recomienda utilizar el número de historia clínica. Una vez ingresados los datos, pulse una vez el botón Continuar (por razones de confidencialidad, se ocultan nombres y números de historias clínicas o los mismos son simulados)

b) Consulta por nombre o número de historia clínica:

Nombre...: o el Nombre del paciente.

Historia: o el Número de historia clínica del paciente.

Figura N°60. Fuente: elaboración propia. 2007.

15. Obtendrá en pantalla el último laboratorio del paciente (ver figura N°61)

Pág. 1

Sanatorio Itoiz

Servicio Laboratorio de Analisis Clinicos
Alsina 174 - Avellaneda - 4001-0731

Nombre : <input type="text"/>	Protocolo N° 00000015
O. Social : MEDICUS	Fecha : 17/05/07
Historia : <input type="text"/>	Hora : 08:00:28
Doctor :	Servicio : AMBULATORIO
	Cama :

HEMATOLOGIA

HEMOGRAMA

Eritrocitos.....:	5.04	10 6/mm3
Hemoglobina.....:	13.8	g%
Hematocrito.....:	43.7	%
Leucocitos.....:	14.4	10 3/mm3
Plaquetas.....:	386	10 3/mm3
Volumen Corpuscular medio.....:	86.7	fl
HbCM.....:	27.3	pg
Concc. Corpusc. media.....:	31.5	

FORMULA LEUCOCITARIA

Neutrófilos segmentados.....:	67.7	%
Eosinófilos.....:	1.2	%

Figura N°61. Fuente: elaboración propia. 2007.

16. Si utilizó la opción de búsqueda **ACUMULADOS**, obtendrá una lista de laboratorios realizados en el ultimo año en el paciente (ver figura N°62).

Por favor, seleccione el paciente :

DIARIO

FECHA	HORA	NUMERO	NOMBRE	HISTORIA
05/08/07	14:49:49	00000010	[REDACTED], V [REDACTED]	168 [REDACTED]

HISTORICO

FECHA	HORA	NUMERO	NOMBRE	HISTORIA
06/05/04	03:01:30	00000002	[REDACTED], V [REDACTED]	168 [REDACTED]

[Volver...](#)

Figura N°62. Fuente: elaboración propia. 2007.

17. Usted puede elegir que set de resultados desea consultar, haciendo click en la opción o línea correspondiente. Algunos pacientes, pueden también tener en el listado resultados históricos, ya que se han solicitado específicamente, como en este caso.

18. En cualquier página del sistema usted puede volver hacia atrás haciendo click en la opción “**Volver**” o en el ícono del margen superior izquierdo de cada página.



19. Los resultados de laboratorio pueden imprimirse seleccionando la opción correspondiente en su navegador.

20. Por ultimo, **NO OLVIDE** que si usted no utiliza el sistema luego de haberse logeado en el, por espacio de **2 minutos**, el mismo lo desconectará automáticamente y deberá ingresar nuevamente su clave y contraseña. Esto es así por cuestiones de seguridad. Si esto ocurre observará la siguiente pantalla de advertencia (ver figura N°63).



Figura N°63. Fuente: elaboración propia. 2007.

21. Si esto ocurre **no se preocupe, esto es un tema de seguridad informática**, simplemente haga clic sobre la leyenda “haga clic sobre la opción para conectarse ahora” que muestra la figura N°63 y volverá a la página de inicio, para ingresar nuevamente su clave y contraseña.

4.7 ESTADÍSTICAS DE GUARDIA.

Como parte del análisis descriptivo del servicio de guardia del Sanatorio Itoiz resulta de suma importancia conocer datos referidos a la población asistida. Dicho análisis corresponde a los años 2007 y 2008.

Se presenta a continuación los siguientes ítems:

- ✓ Cantidad de pacientes atendidos **según cada una de las especialidades** que prestan atención médica en el sector, por año calendario. Distribución a lo largo de los meses.
- ✓ **Cantidad total de atendidos** por año calendario.
- ✓ Cantidad de **internaciones** generadas desde el sector de guardia.
- ✓ Cantidad de **derivaciones** generadas desde el sector de guardia.

PACIENTES ATENDIDOS POR GUARDIA. ESPECIALIDAD CLÍNICA MÉDICA AÑO 2007.

MESES DEL AÑO 2007.	PACIENTES ATENDIDOS
FEBRERO	1.987
MARZO	4.710
ABRIL	4.781
MAYO	6.183
JUNIO	5.871
JULIO	5.368
AGOSTO	4.827
SEPTIEMBRE	4.489
OCTUBRE	4.838
NOVIEMBRE	4.692
DICIEMBRE	4.621

La cantidad de pacientes atendidos en el servicio, por parte de clínica médica, representa la población de mayor impacto en el sector (ver figura N°64)

Se debe considerar algunos de los estándares desarrollados en el marco teórico de calidad, como por ejemplo, aquellos pacientes que realizaron el ingreso administrativo pero que no

Figura N°64. Fuente: Elaboración propia. 2008

permanecieron en el sector para

completar su atención, es decir, se retiraron sin ser atendidos. Aparece como voucher anulado, sin embargo a la fecha, no tenemos manera de rescatar esa

información (es decir, todos los voucher anulados porque se retiraron) de forma selectiva, identificando la causa.

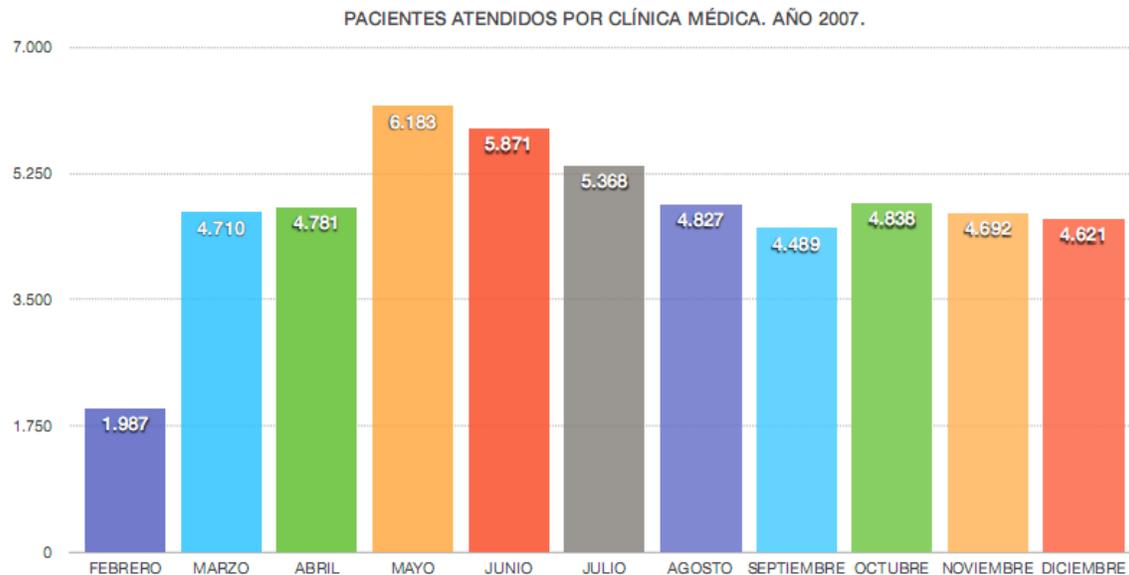


Figura N°65. Fuente: Elaboración propia. 2008

Por otra parte se observa (ver figura N°65 y figura N°66) que **el trimestre correspondiente a MAYO/JUNIO/JULIO representa el período del año de mayor concurrencia. Siendo mayo el mes del año de mayor asistencia.**

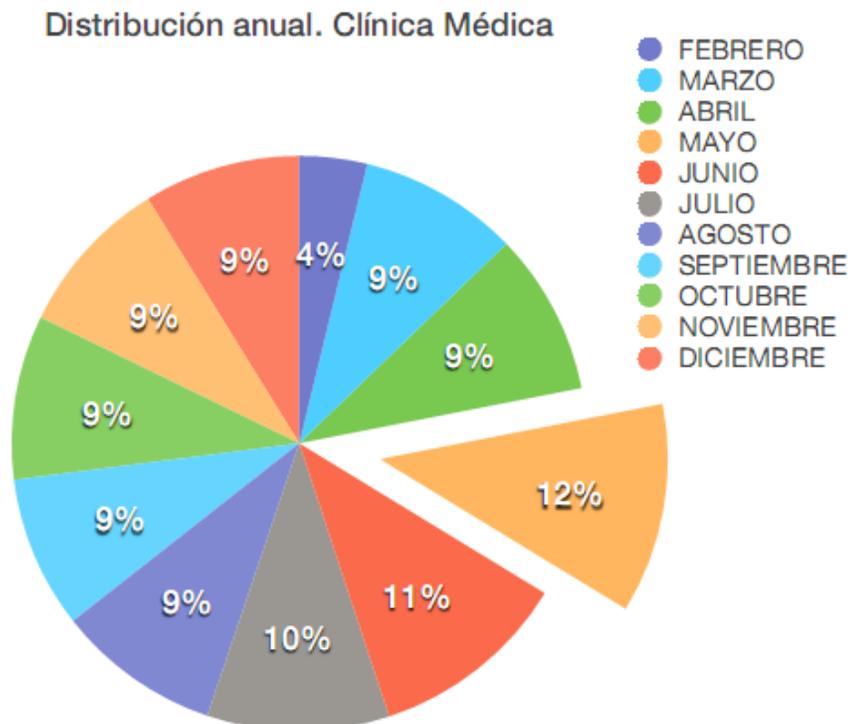


Figura N°66. Fuente: Elaboración propia. 2008

De forma tal, que la cantidad de pacientes atendidos por guardia solamente por la especialidad clínica médica fue de 52363.

PACIENTES ATENDIDOS POR CLÍNICA MÉDICA. Año 2007.

TOTAL	52363
--------------	--------------

Si se analiza la guardia, desde la especialidad pediatría, vemos en el año 2007 (ver figura N°67, figura N°68 y figura N°69) la siguiente distribución:

PACIENTES ATENDIDOS POR PEDIATRÍA.

PACIENTES DE PEDIATRÍA ATENDIDOS EN EL AÑO 2007.

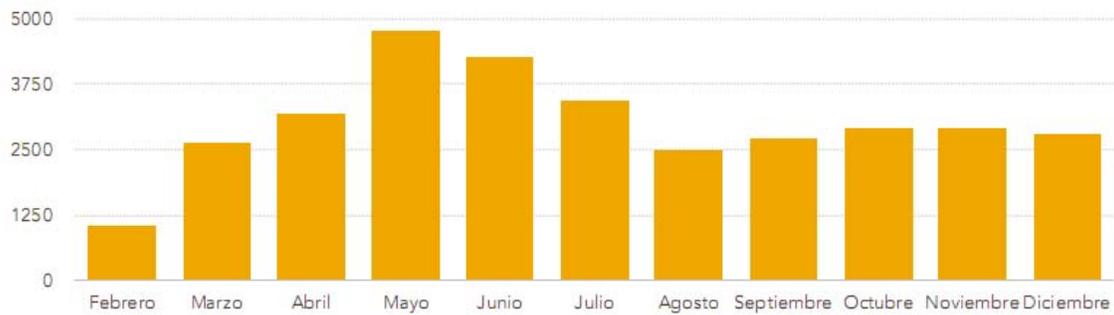


Figura N°67. Fuente: Elaboración propia. 2008

CATEGORÍA: PACIENTES ATENDIDOS POR PEDIATRÍA. AÑO 2007.

Mes del año.	Cantidad de pacientes
Febrero	1052
Marzo	2621
Abril	3178
Mayo	4758
Junio	4265
Julio	3427
Agosto	2478
Septiembre	2681
Octubre	2887
Noviembre	2892
Diciembre	2788

Figura N°68. Fuente: Elaboración propia. 2008

Distribución de la asistencia de pediatría en la guardia externa durante 2007.

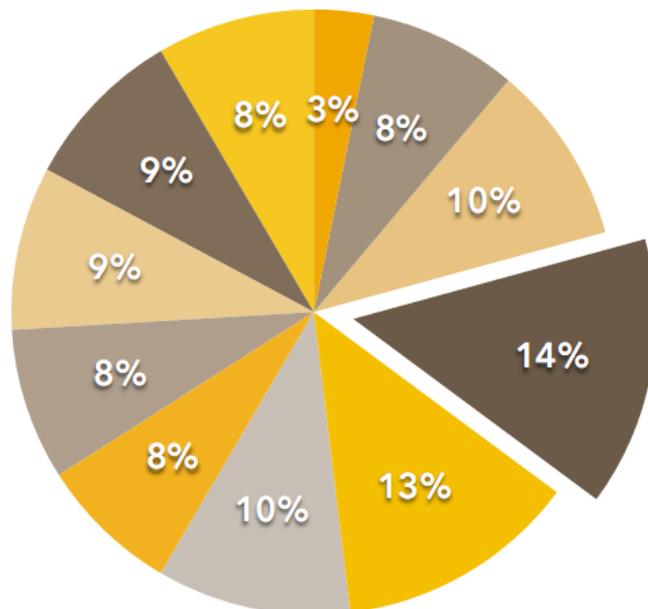


Figura N°69. Fuente: Elaboración propia. 2008

De similar manera a lo descrito para clínica médica, en pediatría (ver figura N°67) se reproduce el trimestre de mayo, junio y julio como aquél de mayor asistencia. Es también en este caso, el mes de mayo, el de mayor concurrencia en todo el año.

En la especialidad de pediatría, proporcionalmente el mes de mayo representa, el 14% de la asistencia anual (ver figura N°69).

Total de pacientes atendidos por guardia en la especialidad traumatología en el año 2007 (ver figura N°70).



Figura N°70. Fuente: Elaboración Propia.

DISTRIBUCIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA DE TRAUMATOLOGÍA DURANTE EL AÑO 2007.



Figura N°71. Fuente: elaboración propia. 2008

Finalmente se analiza lo referido a derivaciones e internaciones de guardia para el año 2007 (ver tabla N°21).

Se entiende por **derivaciones** a todos aquellos pacientes que teniendo criterio médico de internación sanatorial no pueden efectivizarla. Dentro de los motivos para tal situación encontramos varios, entre ellos por ejemplo, que su plan de cobertura médica, le cubre asistencia de guardia en el sanatorio, pero no la internación.

Sin embargo, el **motivo de mayor consideración** en el análisis de gestión, está relacionado con la **falta de cama dentro de la Institución**, para poder tramitar la internación de esos pacientes. Ya vistos y diagnosticados por guardia, establecido su requerimiento de ingreso, no resulta posible completar el proceso con la internación. Ante esta situación se le solicita a su cobertura médica la cama para poder ser internado en otra institución y su posterior traslado hacia la misma.

Respecto de las **internaciones**, refiere al número de pacientes, dentro de los asistidos en el servicio, que fueron internados en el Sanatorio por indicación del médico de guardia.

SERVICIO DE GUARDIA DEL SANATORIO ITOIZ.

DERIVACIONES AÑO 2007.		CANTIDAD DE PACIENTES INTERNADOS AÑO 2007.	
CLÍNICA MÉDICA	82	CLÍNICA MÉDICA	3252
TRAUMATOLOGÍA	4	PEDIATRÍA	679
PEDIATRÍA	3	TRAUMATOLOGÍA	238
TOTAL DE DERIVACIONES	89	TOTAL DE INTERNACIONES.	4169

Tabla N°21. Fuente: Elaboración propia. 2008.

COMPARACIONES EN LA ASISTENCIA DE PACIENTES ENTRE LOS AÑOS 2007 Y 2008.

Al analizar la cantidad de pacientes atendidos comparando los años 2007 y 2008, se verifica que se produjo **una tendencia creciente** en la asistencia de pacientes en el servicio de guardia del Sanatorio Itoiz (ver cuadro N°3)

	Año 2007.	Año 2008.
TOTAL DE PACIENTES ATENDIDOS	106933	128566

Cuadro N°3. Fuente: elaboración propia. 2008.

Como fue mencionado anteriormente, existe un subregistro correspondiente al año 2007. El mismo, se debe a que el sistema informatizado de atención médica en guardia, comenzó a funcionar a mediados de febrero de ese año (14/02/2007), con lo cual esas primeras semanas de 2007 no han sido contempladas en la investigación.

La distribución en la asistencia médica, a lo largo del año 2008, reprodujo los datos encontrados para el 2007. Se consolida de esta forma, la tendencia a considerar el trimestre representado por los meses de mayo, junio y julio, como aquellos de mayor concurrencia de pacientes.

Finalmente, surge del análisis estadístico, que la distribución respecto a las diferentes especialidades también se sostiene a lo largo de 2007 y 2008 (ver tabla N°22).

	Año 2007	Año 2008
CLÍNICA MÉDICA	52363	62914
PEDIATRÍA	33027	33177
TRAUMATOLOGÍA	21543	22475

Tabla N°22. Fuente: elaboración propia. 2008.

Es decir, la tendencia creciente de atención médica conserva la distribución entre las diferentes especialidades, (ver figura N°72 y figura N°73), o lo que es lo mismo, no existió un aumento estadísticamente considerable, de forma selectiva, para ninguna de ellas. **Sigue estando casi la mitad de la asistencia del servicio, a cargo de la atención que brindan los médicos de clínica médica.**

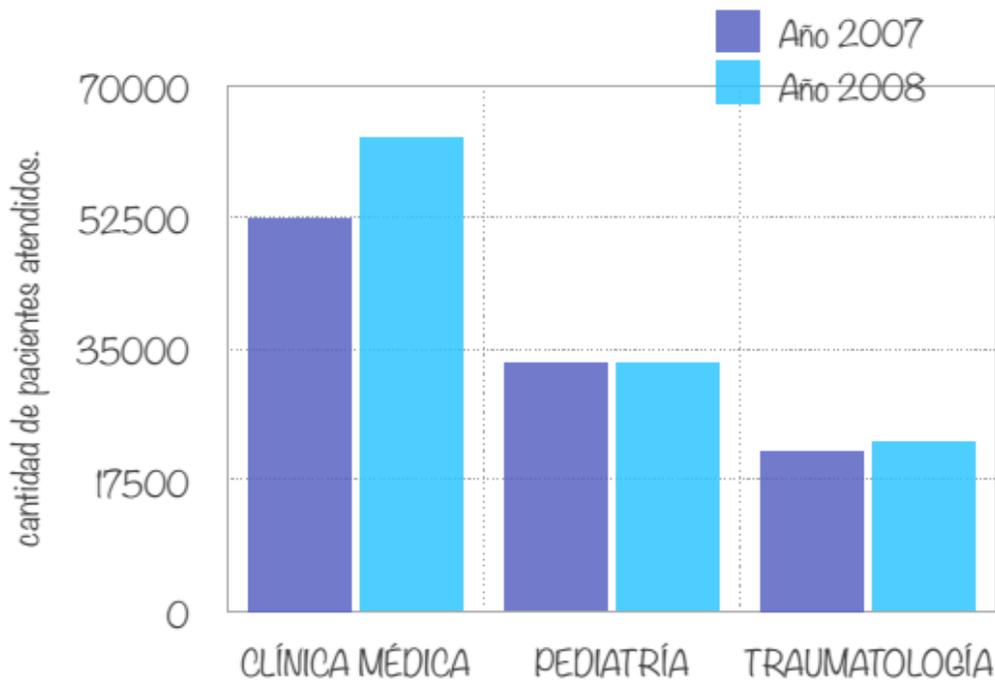


Figura N°72. Fuente: elaboración propia. 2008.

DISTRIBUCIÓN POR ESPECIALIDAD DEL TOTAL DE LOS ATENDIDOS. 2007 y 2008.

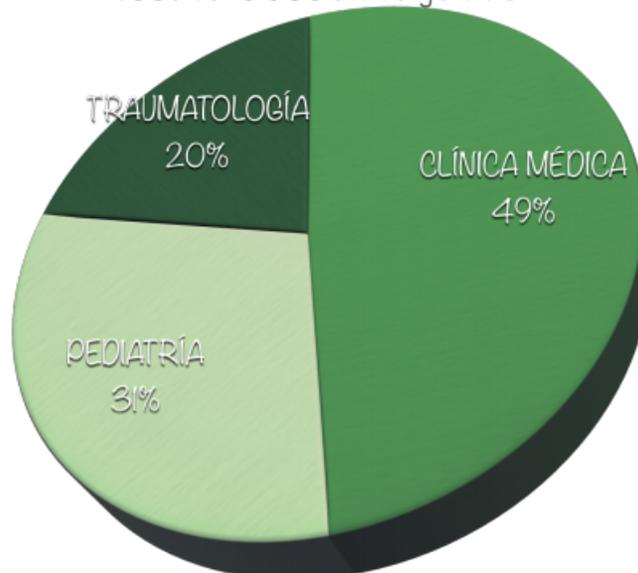


Figura N°73. Fuente: elaboración propia. 2008.

5. DISCUSIÓN

La evolución de la sociedad y el desarrollo de los diferentes sistemas sanitarios han propiciado la aparición del concepto de **atención integral de las emergencias médicas**.

El manejo de las emergencias médicas es un problema complejo porque involucra a un número importante de sectores asistenciales y de personal.

Esta problemática no es patrimonio exclusivo del sistema público de atención médica. Similares dificultades presentan los sanatorios privados, como el Sanatorio Itoiz, teniendo que dar respuesta a un número creciente de consultas médicas por guardia, pero con una realidad estructural, y financiera completamente distinta al sector público.

Como toda organización que realiza sus actividades dentro del sector salud, se deberán utilizar las herramientas gerenciales a través de las cuales se cumplan con los objetivos de la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo organizacional.

Resulta imperioso aportar soluciones técnicas y organizativas que faciliten la puesta en funcionamiento de nuevas herramientas aplicadas a las emergencias, aprovechando las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. Previo a cualquier tipo de implementación en el servicio de guardia del Sanatorio Itoiz resultaba mandatorio obtener la información necesaria para determinar desde donde se parte. No deberían plantearse proyectos que involucren la tendencia hacia la calidad total sin este análisis crítico descriptivo previo.

6. CONCLUSIÓN.

A pesar de la evolución tanto organizativa como tecnológica, experimentada en el campo de la atención de las emergencias, que han llevado a los Servicios de Emergencias Médicas a convertirse en un área fundamental de la asistencia sanitaria, existen una serie de aspectos a resolver ya que estos sistemas no operan de modo óptimo. Existe una multicausalidad que determina que esto ocurra.

El análisis de situación tanto de los sistemas públicos como privados muestra a los servicios de guardia colapsados. El número creciente de consultas que se realizan por guardia y las características intrínsecas de las mismas, hace que resulte difícil incorporar al sector herramientas modernas de gestión como por ejemplo, los Grupos Relacionados de Diagnóstico (GDR).

Más aún, representa un desafío, llevar adelante objetivos para el servicio, que resultan indiscutibles desde un planteamiento teórico. A saber: alcanzar la integración dinámica del servicio de guardia con el resto de la organización; normatizar tareas estándar; simplificar y racionalizar la ejecución de tareas; brindar prestaciones médicas costo – efectivas; facilitar la toma de decisiones y reducir el nivel de improvisación de las mismas; guiar la asistencia médica a través de capacitación y sostén tecnológico; incrementar la motivación y la participación del recurso humano destinado al sector.

Respecto del recurso humano, considerado en su totalidad, no sólo los profesionales médicos, el mismo muestra una tendencia creciente hacia la profesionalización como especialistas en la atención de las emergencias médicas. Queda mucho por recorrer, teniendo en cuenta que a la fecha, no existe un reconocimiento de la Especialidad “Emergentología”, situación presente desde hace ya varias décadas, en los países más importantes del mundo.

Finalmente, no debieran realizarse análisis de gestión de ninguna clase en los Servicios de Emergencias Médicas, sin tener en cuenta el enorme impacto en el sector, de los problemas económicos y sociales de nuestra actual sociedad.

En ese contexto, no resulta sorpresiva la agresividad de los pacientes, la falta de respeto a la función médica, o el aumento de las patologías asociadas al trauma, a las fobias y a las adicciones.

Si logramos tener una mirada más amplia de los conflictos que afectan a los Servicios de Emergencias Médicas, también podremos avanzar hacia la meta de brindar una verdadera mejora en la Calidad de la asistencia médica brindada.

7. BIBLIOGRAFÍA

7.1. BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- ✓ Bachelard G. (2000) La formación del espíritu científico. Ed. Siglo veintiuno. 1ra.edición en español. 1948 –23 ra. edición en español.
- ✓ Beveridge B, Kelly AM, Richardson D, Wuerz R. (2000) The Science of Triage. San Francisco SAEM. Conference 2000. Información disponible en: <http://www.saem.org/download/kelly.pdf>
- ✓ Bottinelli, M. M. (2003) Metodología de Investigación. Herramientas para un pensamiento científico complejo. Autor Ed. Buenos Aires. República Argentina.
- ✓ Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. (2004) Norma técnica de los Servicios de Emergencia de Hospitales del Sector Salud. Republica del Perú.
- ✓ Eco, U. (2000) Cómo se hace una tesis: técnicas y procedimientos de estudio, investigación y escritura. Ed. Gedisa: México.
- ✓ Gabor A. (1992) Deming el hombre que descubrió la calidad. Editorial Granica.
- ✓ Iglesias G. y Resala G. (compiladoras) Adamovsky G., Amado Suárez A., Bernhardt F., Bongiovanni M., Etkin M.E., Gabrinetti M., Peña G.D., Rodríguez R.J., Vázquez N.O. (2009) Trabajo final, tesis y tesinas: modalidades, estructura metodológica y discursiva, evaluación 1ª.Edic. Buenos Aires: Ediciones Cooperativas.
- ✓ Lemus, J.D.; Lucioni, M.C.; Aragües y Oroz, V. y Col. (2007) Investigación en Sistemas y Servicios de Salud – Bases Epistemológicas, metodología,

abordaje operativo y formación de recursos humanos – Ed. Corpus, Rosario, República Argentina.

- ✓ Manchester Triage Group (2004) Emergency Triage. Ed. Kevin Mackway-Jones. Reimpresión 2004.
- ✓ Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires (2008) Diagnóstico de las regiones sanitarias 2007-2008.
- ✓ Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.). (2000) Manual para la implementación de un Sistema de Triage para los cuartos de Urgencias.
- ✓ OPS (1996) Gestión de Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales en Salud; Cambios y oportunidades – Washington. Estados Unidos de Norteamérica.
- ✓ OPS (1992) Desarrollo y fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud - HSD/Silos-2, Washington, Estados Unidos de Norteamérica.
- ✓ Revista de Chile Pediatría (Enero 2005) v.76 n.1 Santiago ene. 2005 versión impresa ISSN 0370-4106.
- ✓ Revista Médica de Uruguay (2008) Vol.24 no.4. Grupos relacionados de diagnóstico. Montevideo. Uruguay.
- ✓ Romano Yalour M., Tobar F. (1999) Cómo Hacer tesis y monografías sobre políticas, servicios y sistemas de salud. Isalud. Buenos Aires. República Argentina.
- ✓ Samaja, J. (1993) Epistemología y Metodología. Elementos para una teoría de la investigación científica. Ed. EUDEBA: Buenos Aires. República Argentina.

- ✓ Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. (Diciembre 2001) Manual de Indicadores de Actividad y Calidad para Urgencias y Emergencias Sanitarias.

7.2. SITIOS WEB CONSULTADOS

- ✓ <http://www.msal.gov.ar/pngcam/institucional.htm>
- ✓ <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/atencionsalud/>
- ✓ <http://www.semescyl.org/?q=node/128>
- ✓ <http://www.competitividad.net>
- ✓ <http://www.medetrain.com/estrella-de-la-vida.html>
- ✓ <http://www.ramosmejia.org.ar> revista electrónica – Volumen XI – N°3 – 2006
- ✓ <http://www.esitriage.org>
- ✓ <http://www.e-mergencia.com/foro/f165/metodo-start-triage-11654>
- ✓ <http://www.mudaland.com/2013/07/ciclos-inversion-y-mejora>.
- ✓ www.pymedios.com
- ✓ <http://www.edukart.com/blog/customer-relationship-management-retail-management-edukart/>
- ✓ <http://drels-consultants.com/CRM.html>
- ✓ <http://www.gestion-sanitaria.com/grupos-relacionados-diagnostico-GRD.html>
- ✓ <http://www.tress.com.mx/boletin/noviembre2002/crm.html>
- ✓ <http://www.definicionabc.com/tecnologia/datawarehouse.php#ixzz2n4M6UHR1>
- ✓ www.redsalud.uc.cl
- ✓ www.pediatrasandalucia.org
- ✓ <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/triage%20y%20rescate.htm>
- ✓ <https://fba-consulting.com/manchester.html>
- ✓ <http://www.ispandresbello.cl/asesoria-hacia-un-modelo-de-atencion-integral/>
- ✓ www.medynet.com centro de salud de las lagunas Málaga
- ✓ <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/calidad.pdf>
- ✓ <http://www.cjem-online.ca/v10/n2/p136>

- ✓ <http://es.scribd.com/doc/38651033/Diferencia-Entre-Emergencia-y-Urgencia>
- ✓ <http://emssolutionsint.blogspot.com.ar/2012/12/diferencia-entre-emergencias-urgencias.html>
- ✓ <http://www.ssosorno.cl>
- ✓ http://www.hospitalfernandez.org.ar/datos/Emergencias%20y%20Urgencias_archivos/frame.htm
- ✓ www.medicos-municipales.org.ar/titu20904.htm
- ✓ www.cedom.gov.ar/es/legislacion/normas/leyes/ley1883

8. ANEXO.

METODOLOGÍA UTILIZADA POR EL MINISTERIO DE SALUD DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES PARA EL ANÁLISIS DE LAS REGIONES SANITARIAS DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES.

METODOLOGÍA.

El presente informe tiene como objetivo caracterizar a las doce Regiones Sanitarias en que se divide la provincia de Buenos Aires.

Los temas abordados son los siguientes:

- a) Información sociodemográfica: Demografía y Condiciones de vida.
- b) Salud:
 - Estadísticas Vitales: Natalidad y Mortalidad general; Mortalidad Infantil y Materna.
 - Estructura prestacional y rendimientos - Subsector público.
 - Morbilidad Hospitalaria.
- c) Aspecto económico-financiero.

Fuentes de información utilizadas y período al que se refieren los datos.

- Punto a): los datos provienen del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas del año 2001, con elaboración propia (DIS). Proyección población 2008: elaboración propia (DIS). Fuente: Dirección Provincial de Estadísticas.

- Punto b) se ha recurrido a los datos elaborados en la Dirección de Información Sistematizada, correspondientes al desarrollo del Programa de Estadísticas de Salud.
 - Natalidad y Mortalidad general: datos año 2007.
 - Mortalidad infantil: años 2007 y 2008.
 - Mortalidad materna: año 2007.

- Estructura prestacional: año 2008.
 - Consultas y Egresos: años 2007 y 2008.
 - Porcentaje ocupacional: año 2007.
 - Morbilidad hospitalaria: año 2006.
-
- Punto c) indicadores 2007 elaborados por el Área de Gestión Sanitaria (EGS) con fuente de la Contaduría General de la Provincia de Buenos Aires, la Subsecretaría de Asuntos Municipales (Ministerio de Gobierno Prov. de Buenos Aires) y la Dirección de Relaciones Financieras Municipales (Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires).

Definiciones operativas.

A continuación se detallan las definiciones operativas, los indicadores expuestos y las fórmulas de cálculo.

- **Hogares y Población con necesidades básicas insatisfechas (NBI)**

Los hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) son los hogares que presentan al menos uno de los siguientes indicadores de privación:

- 1- Hacinamiento: hogares que tuvieran más de tres personas por cuarto.
- 2- Vivienda: hogares en una vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo, lo que excluye casa, departamento y rancho).
- 3- Condiciones sanitarias: hogares que no tuvieran ningún tipo de retrete. Se incluye los hogares que no tienen baño, no tienen inodoro o tienen inodoro pero no tienen botón, cadena o mochila para descarga automática de agua.
- 4- Asistencia escolar: hogares que tuvieran algún niño en edad escolar (6 a 12 años) que no asistiera a la escuela.
- 5- Capacidad de subsistencia: hogares que tuvieran cuatro o más personas por miembro ocupado y, además, cuyo jefe no haya completado tercer grado de escolaridad primaria.

Se incluyen los hogares y la población censados en la calle.

Viviendas deficitarias: incluye Casas tipo B, rancho, casilla, pieza de inquilinato, hotel o pensión, locales no construidos para vivienda y vivienda móvil. En este caso se excluye la población censada en la calle.

Casas B: se refiere a todas las casas que cumplen por lo menos con una de las siguientes condiciones: tienen piso de tierra o ladrillo suelto u otro material (no tienen piso de cerámica, baldosa, mosaico, mármol, madera o alfombrado) o no tienen provisión de agua por cañería dentro de la vivienda o no disponen de inodoro con descarga de agua.

- **Estadísticas vitales:** los hechos se han registrado por residencia.

Mortalidad materna: se refiere a las mujeres fallecidas por causas relacionadas o agravadas por el embarazo, parto o puerperio.

Mortalidad infantil según criterios de reducibilidad: se trata de causas de muertes neonatales reducibles por prevención, diagnóstico o tratamiento oportuno en el embarazo, parto y recién nacido en niños de 1 a 27 días y por prevención y/o tratamiento en los niños de 28 a 364 días (post neonatales).

- **Estructura prestacional y rendimientos**

La discriminación en **camas y establecimientos “aguda/os” y “crónica/os”** se hace a partir del promedio de días de estada de los pacientes: si es menor o mayor a los 30 días, respectivamente.

Días camas disponibles el período de 24 horas durante el cual una cama de hospital se mantiene a disposición para el uso de pacientes. A partir de este concepto surge el promedio de camas disponibles.

Egreso es la salida del hospital de un paciente hospitalizado, por alta o defunción.

Las **consultas** incluyen atenciones ambulatorias brindadas por profesionales médicos y odontólogos.

Porcentaje ocupacional: permite medir la demanda del uso del recurso cama en un tiempo determinado. El índice de ocupación de los Hospitales Generales de Agudos es de 80 - 85%.

$\% \text{ ocupacional} = \frac{\text{Total de pacientes día registrados durante un período}}{\text{Total de días cama durante ese período}} \times 100$

Total de días cama durante ese período.

Aspecto económico-financiero: presenta un gasto público en salud que es la suma del gasto de la provincia de Buenos Aires en los hospitales provinciales asignados según residencia de los egresos y el gasto en salud municipal para cada región sanitaria y los municipios que las componen. A su vez se muestra la relación entre el gasto finalidad salud municipal y la coparticipación municipal según régimen salud.

FÓRMULAS DE CÁLCULO

Indicador	Fórmula
Densidad	$\frac{\text{Población}}{\text{Superficie}}$
Tasa de incremento medio anual	$\sqrt[t]{\left(\frac{P_1}{P_0}-1\right)} \cdot 1000$
Índice de masculinidad	Varones / Mujeres x 100
Población según edad	$\frac{\text{Población} < 15 \text{ años}}{\text{Población Total}} \times 100$ $\frac{\text{Población } 15-64 \text{ años}}{\text{Población Total}} \times 100$ $\frac{\text{Población} > 65 \text{ años}}{\text{Población Total}} \times 100$
Índice de dependencia	$\frac{\text{Población} (< 15 + > 65)}{\text{Población } 15-64 \text{ años}} \times 100$
Índice de vejez	$\frac{\text{Población} < 15 \text{ años}}{\text{Población} > 65 \text{ años}} \times 100$
Tasa de natalidad	$\frac{\text{Nacidos vivos (año x)}}{\text{Población (año x)}} \times 1.000$
Tasa de mortalidad general	$\frac{\text{Defunciones generales (año x)}}{\text{Población (año x)}} \times 1.000$
Tasa de mortalidad infantil	$\frac{\text{Defunciones} < 1 \text{ año (año x)}}{\text{Nacidos vivos (año x)}} \times 1.000$
Tasa de mortalidad neonatal	$\frac{\text{Defunciones} < 28 \text{ días (año x)}}{\text{Nacidos vivos (año x)}} \times 1.000$
Tasa de mortalidad postneonatal	$\frac{\text{Def. } 28-364 \text{ días (año x)}}{\text{Nacidos vivos (año x)}} \times 1.000$
Camas agudas por 1.000 habitantes	$\frac{\text{Camas agudas}}{\text{Población}} \times 1.000$
Porcentaje ocupacional	$\frac{\text{Pacientes días}}{\text{Días camas disponibles}} \times 100$



Firma y aclaración del alumno:

Firma y aclaración del Director o Tutor:

Firma y aclaración del Director de la Carrera:

Firma y aclaración del Secretario Académico:

Buenos Aires, Diciembre de 2013.