



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:

“Emergentología: Reingeniería de los procesos de Gestión de Pacientes. Estudio de Caso: Hospital Interzonal General de Agudos “Evita” de Lanús. Provincia de Buenos Aires. Período: Año 2011”.

Autor: Dra. María del Valle Paul

Nº Legajo: 28.846

Directora: Dr. Mg. Guillermo Rubén Cubelli

Diciembre de 2011



ÍNDICE	Nº Pág.
ABSTRACT	
1. Introducción: Situación Problemática	
1.1. Planteo del Problema	
1.2. Justificación del Problema	
1.3. Antecedentes	
1.4. Contexto	
2.- Objetivos (General/Específicos) e Hipótesis	
3.- Marco Teórico	
3.1. Introducción	
3.2.	
3.3.	
3.4.	
3.5.	
4.- Resultados Obtenidos	
5. Materiales y métodos – Metodología	
5.1. Tipo de Estudio	
5.2. Estrategias Metodológicas	
5.3. Unidad de Análisis	
5.4. Variables utilizadas	
5.5. Criterios de Inclusión y Exclusión	
5.6. Técnicas e Instrumentos (Prueba Piloto)	
5.7. Organización de la información	
5.8. Procesamiento de la Información	
5.9. Fuentes (Primarias y Secundarias)	
6. Resultados y Discusión	
7. Conclusiones	
8. Bibliografía	
9. Anexos	



ABSTRACT

ABSTRACT

Título: Emergentología: Reingeniería de los procesos de Gestión de Pacientes. Estudio de caso: Hospital Interzonal General de Agudos “Evita” de Lanús, Provincia de Buenos Aires. Año 2007.

Autora: Dra. María del Valle Paul

Director: Guillermo Rubén Cubelli

Fecha de Defensa: 27 de Diciembre de 2013

Tema: Reingeniería de los procesos de Gestión de Pacientes.

Introducción: La demanda de pacientes al Servicio de Emergencias representa un 40,17% (135.353 consultas por año) de la consulta general (336.891 consultas totales en un año), como así también un 43,33% de los ingresos al hospital se hace a través de dicho Servicio (2882 internaciones por año).

Antecedentes: El hospital se modernizó en el año 2000, financiado por el Banco Mundial, a través del Programa de Reforma del Sector Salud (PRESSAL) cuya finalidad fue el aumento de la capacidad en la prestación de servicios, a través de programas piloto de organización de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA) y de diferentes modelos administrativos para llevar a cabo la transformación de los hospitales públicos en HPA. Se crea así el Hospital de Cuidados Progresivos. Las reformas alcanzaron al Servicio de Emergencias. Este Servicio también presentó mejoras en cuanto al factor humano, con la incorporación de la Residencia de Emergencias en el año 2002, hecho que generó un cambio radical en la implementación de protocolos de atención de la emergencia y la incorporación de la figura del Emergentólogo en los planteles de médicos.



Las mejoras mencionadas anteriormente no se correlacionaron con el avance y/o mejoras en los procesos administrativos, de informatización y de gestión de pacientes; hecho que afecta actualmente a todo el hospital y no sólo a la emergencia. El presente trabajo surge de la necesidad de implementar un sistema de gestión de pacientes que sea adecuado a la estructura física y humana del Servicio, dentro de los parámetros de un Hospital apoyado por Cuidados Progresivos y en el paciente como centro de atención, incluyendo dentro de esta propuesta la necesidad de informatizar la emergencia para el manejo efectivo y eficaz de los insumos. Para ello se tomo en cuenta cómo se encuentra organizado el Hospital en estudio, su marco histórico, antecedentes legales y académicos, situación geográfica y área programática.

Objetivo General: Determinar una reingeniería de los procesos de gestión de pacientes que incluyen el área de Emergencia del Hospital Interzonal General de Agudos “Evita” de Lanús. Pcia. de Buenos Aires. Período: año 2011.

Objetivos Específicos:

1. Indagar sobre los Antecedentes Legales e Investigaciones Académicas sobre el objeto de Estudio.
2. Realizar un Análisis de Situación del Servicio de Emergencias con el modelo actual.
3. Establecer la situación actual del Hospital (área de Emergencias) comparada con la de otros centros de similares características.
4. Evaluar factores viables de cambio.
5. Otros.

Hipótesis: El Servicio de Emergencias actuara en forma relativamente independiente con respecto a los otros servicios del hospital, e implementara un plan de reingeniería de procesos de gestión de pacientes, y modificase la organización del recurso humano, se logra mayor eficiencia y eficacia en la atención de la población en cuestión.



Metodología: *Tipo de trabajo* observacional-descriptivo cuya *unidad de análisis* fueron los procesos de gestión de pacientes del Servicio de Emergencias Hospitalario. Se utilizaron *variables* demográficas, mortalidad del Servicio, consultas anuales y promedio mensuales, diagnóstico de patologías realizadas en el servicio, estructura física, organización, recursos humanos, equipamiento, manejo de la documentación y formación y capacitación del RRHH. Para ello se realizó el análisis de documentos (estadísticas del hospital, libros de emergencias, entrevistas no estructuradas a profesionales de las diferentes áreas de interés y lo que pudiese aportar el Área Programática de la Provincia de Buenos Aires (Zona VI).

Resultados y Discusión: La *distribución de la población* que asiste al hospital según sexo y edad es de 459.263 hab. es en mayor proporción de menores de 40 años (266.874 hab.) predominando el sexo femenino en un 52,34% (240.390 mujeres). La *consulta* externa del Hospital es de 336891 usuarios por año correspondiendo a la Emergencia 135353 usuarios/año, con un promedio de 11279 consultas mensuales. Salvando que existe un subregistro de un 25-35%, la consulta a la emergencia fue de 135.353 consultas/año predominando en primer lugar la pediátrica (40.152 consultas/año), seguida por la clínico-quirúrgica (38.067 consultas/año). Se efectuaron 2050 intervenciones de cirugía mayor y 6041 cirugías menores. La *distribución porcentual de la consulta* quirúrgica fue de un 75,9% trauma y 6,8% colecistopatías. De las patologías clínicas más frecuentes se observó en primer lugar la consulta por enfermedades transmisibles (infectocontagiosas) en un 30,3%, seguida por las enfermedades del aparato respiratorio (17,5%) y las enfermedades cardiovasculares (11,3%).

La consulta pediátrica tuvo como primera causa las enfermedades del aparato respiratorio (60,7%), seguida del síndrome febril (10,2%). Del análisis de la *estructura física* se observó que cuenta con todas las características que debe cumplir por las normas del PNGCAM año 2001 y está organizado en tres niveles: superior (Jefe de Emergencias), medio (Jefes de sala) e inferior (asistentes de guardia); renovándose diariamente los niveles medio e inferior.

También cuenta con áreas de apoyo (enfermería, camillero, laboratorio, diagnóstico



por imágenes, etc.). En cuanto al *recurso humano* cabe aclarar que existe gran parte del personal que no presenta capacitación en emergencias, sumado a eso tienen doble jefatura (jefe de emergencias-jefe de especialidad correspondiente). Se destaca la creación de la Residencia de Emergentología en el servicio. En cuanto a *equipamiento* es de notar que el shock room de pediatría no cuenta con el equipo necesario (monitor multiparamétrico y desfibrilador), como así también el equipamiento de la sala de reanimación y shock room es insuficiente.

El hospital no está informatizado y el sector de admisión y triage es el único que cuenta con computadora. También el sistema de comunicaciones del conmutador del hospital es obsoleto.

En cuanto al *manejo de la documentación* se observó que existen cinco libros de registro (general, pediatría, traumatología, psiquiatría y libro policial), a los pacientes que requieren observación se les realiza una historia clínica del servicio; sólo si se interna lleva consigo la misma y se le da ingreso al sistema. De lo contrario no se registra al paciente que se encuentra en observación y luego del alta la historia clínica se debe archivar en el servicio. No existe sistema centralizado para gestionar turnos al alta de los pacientes que asistieron al Servicio de Emergencias.

El personal de Admisión y Triage después de las 14:00 hs. debe llevar el registro y salida de óbitos, asignación de camas, informe de pacientes internados y realiza la recorrida para registro de camas disponibles. El servicio no cuenta con libro de sugerencias.

En lo que respecta a capacitación y formación del RRHH se observó que el personal al ingreso tiene poca o nula capacitación en emergencias pero, se implementan métodos de formación a través de cursos de capacitación. Cabe destacar que un método de evaluación para el mismo es la realización de simulacros pero no existe registro de curva de aprendizaje. Otro dato de Interés es que con la residencia de emergencias se implementó la tarea científico-docente. De la situación actual del Servicio de Emergencias se puede inferir la heterogeneidad e improvisación, la discontinuidad en la demanda, la demora en la atención, la falta de personal de planta permanente persistiendo el policonsultorio y la demora en la atención.

Conclusiones / Recomendaciones: Con todo lo antes mencionado se puede inferir



que a lo que más debiera apuntar como objetivo la dirección de dicho hospital, sería a mejorar la eficiencia y efectividad de los procesos, entre los cuales uno fundamental es la gestión de pacientes.

El modelo que debería adoptar es el de un servicio de admisión amplio. Para esto se debería incluir a los camilleros, servicio social y archivos al organigrama actual. Adoptando como medida básica la informatización del hospital, codificación de diagnóstico y adoptando los grupos relacionados de diagnóstico (GRD) como guía básica para el monitoreo de las internaciones.

El usuario desde que ingresa al hospital y hasta que se retira debe tener un seguimiento continuo, por lo tanto además de las mejoras en el Servicio de Admisión en general, también se debe considerar la incorporación del Emergentólogo en la estructura del Servicio de Emergencias para suplir la heterogeneidad en el servicio, dar un manejo integral al los motivos de consulta clínico-quirúrgicos más frecuentes, manejo adecuado de las situaciones de exceso de demanda (desastres, eventos con víctimas múltiples) y poder implementar con la tarea científico-docente una curva de aprendizaje en los integrantes del servicio tanto médicos como personal de apoyo).



INTRODUCCIÓN – SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

1

I.- Introducción:

A efectos de una mejor comprensión e interpretación del presente estudio, se presenta a continuación una síntesis del primer Capítulo de la presente Tesis desde una visión macro para llegar a lo micro, que es el lugar estudio de caso de la presente investigación:

I.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La demanda de pacientes al Servicio de Emergencias representa un 40,17% (135.353 consultas por año) de la consulta general (336.891 consultas totales en un año), como así también un 43,33% de los ingresos al hospital se hace a través de dicho Servicio (2882 internaciones por año).

Los pacientes que llegan al Servicio de Emergencias presentan la mayor parte de las veces, patologías de resolución rápida, como ser: que requieran reanimación o internación corta. (Por ejemplo: enfermedades del aparato respiratorio, trauma, enfermedades cardiovasculares, entre otras).

En otra circunstancia, luego de haber realizado la primera consulta en Emergencias, no se deriva correcta y oportunamente al especialista, o debe esperar demasiado tiempo para ser controlado.



Otro tipo de pacientes, concurre a la Emergencia porque no tiene respuesta en consultorios externos ya sea por falta de turnos, escasez de especialistas, o teniendo turno se encuentra con que el hospital está de paro y demora en los turnos quirúrgicos entre otros factores.

Al momento del alta los pacientes reciben consignas para tratamiento ambulatorio y control posterior por la especialidad que corresponda. En el caso de las enfermedades de denuncia obligatoria (Ej: Neumonía Aguda de la comunidad, Hepatitis, Enfermedades Marcadoras en pacientes con HIV, etc.), la mayoría de los controles son completados en el Servicio de Emergencias, al que concurre en forma repetida debido a la falta de respuesta en los sectores correspondientes a la especialidad relacionada por los problemas citados anteriormente.

Otro tipo de paciente, es el que directamente no debería concurrir al Servicio de Emergencias, porque su patología no requiere una atención de urgencia y/o emergencia alguna, como se detallará más adelante.

A todo esto se suma, que el hospital se modernizó hace aproximadamente 7 años, financiado por el Banco Mundial, a través del Programa de Reforma del Sector Salud (PRESSAL) cuya finalidad fue el aumento de la capacidad en la prestación de servicios, a través de programas piloto de organización de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA) y de diferentes modelos administrativos para llevar a cabo la transformación de los hospitales públicos en HPA. En el marco de este proyecto (Experiencias piloto en hospitales públicos) se realizaron actividades de fortalecimiento institucional en 4 hospitales de la Provincia de Mendoza;



4 hospitales de la Ciudad de Buenos Aires y 5 hospitales de la Provincia de Buenos Aires (donde se incluye el hospital en cuestión). Se creó así el Hospital de Cuidados Progresivos¹.

Las reformas del hospital alcanzaron al Servicio de Emergencias. Estas cumplen con todos los requisitos para dar respuesta a la Emergencia en cuanto a planta física, enmarcados dentro del Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica (PNGCAM año 2001).

¹ Aclaración: En este tipo de hospitales, no hay salas divididas por especialidades médicas como en los hospitales clásicos, sino que el cuidado del enfermo se logra en forma progresiva, según su gravedad y complejidad. En este tipo de hospitales suelen diferenciarse las siguientes áreas; una Área de Cuidados Críticos, otra de cuidados intermedios, y por último cuidados mínimos. El paciente ingresa a una u otra área según su gravedad. Un paciente gravemente enfermo y con riesgo de perder la vida, ingresará seguramente a cuidados críticos, y luego al mejorar, se trasladará a cuidados intermedios, luego a Mínimos y así sucesivamente hasta dar el alta médica.



Este Servicio también presentó mejoras en cuanto al factor humano, con la incorporación de la Residencia de Emergencias en el año 2002, hecho que generó un cambio radical en la implementación de protocolos de atención de la emergencia y la incorporación de la figura del Emergentólogo en los planteles de médicos.

Estas mejoras mencionadas anteriormente no se correlacionaron con el avance y/o mejoras en los procesos administrativos, de informatización y de gestión de pacientes; son considerados como hechos que afectan actualmente a todo el hospital y no sólo a la emergencia. Sumado a esto se volvió a implementar a pocos meses de asumir la nueva dirección, la internación por Servicio y no por patología, sectorizando las camas como se hacía previo a la reforma, repercutiendo negativamente en la emergencia ya que los pacientes deben aguardar mayor tiempo en el Servicio para conseguir cama. Se genera mayor tiempo de ocupación de las camas de reanimación y shock room, saturando la Sala de Emergencias con pacientes que debieran estar internados, obstaculizando así el flujo rápido de los mismos.

El presente trabajo surge de la necesidad de implementar un sistema de gestión de pacientes que sea adecuado a la estructura física y humana del Servicio, dentro de los parámetros de un Hospital apoyado por Cuidados Progresivos y en el paciente como centro de atención, incluyendo dentro de esta propuesta la necesidad de informatizar la emergencia para el manejo efectivo y eficaz de los insumos.



I.2. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El hospital se modernizó en el año 2000, financiado por el Banco Mundial, a través del Programa de Reforma del Sector Salud (PRESSAL) cuya finalidad fue el aumento de la capacidad en la prestación de servicios, a través de programas piloto de organización de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA) y de diferentes modelos administrativos para llevar a cabo la transformación de los hospitales públicos en HPA.

Se crea así el Hospital de Cuidados Progresivos. Las reformas alcanzaron al Servicio de Emergencias.

Este Servicio también presentó mejoras en cuanto al factor humano, con la incorporación de la Residencia de Emergencias en el año 2002, hecho que generó un cambio radical en la implementación de protocolos de atención de la emergencia y la incorporación de la figura del Emergentólogo en los planteles de médicos.

Las mejoras mencionadas anteriormente no se correlacionaron con el avance y/o mejoras en los procesos administrativos, de informatización y de gestión de pacientes; hecho que afecta actualmente a todo el hospital y no sólo a la emergencia.

El presente trabajo surge de la necesidad de implementar un sistema de gestión de pacientes que sea adecuado a la estructura física y humana del Servicio, dentro de los parámetros de un Hospital apoyado por Cuidados Progresivos y en el paciente como centro de atención, incluyendo dentro de esta propuesta la necesidad de informatizar la emergencia para el manejo efectivo y eficaz de los insumos. Para ello se tomo en cuenta cómo se encuentra organizado el Hospital en estudio, su marco histórico, antecedentes legales y académicos, situación geográfica y área programática.





I.3. ANTECEDENTES

I.3.1. Antecedentes Legales Provincia de Buenos Aires:

- **“Situación de Salud de la República Argentina”,** realizado por el ministerio de Salud de la Nación junto a OPS/OMS, año 1999.²
- **“Memoria 2000”** Ministerio de Salud, año 2000.³
- **“Informe Epidemiológico del Partido de Lanús”,** realizado por el Área Programática del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, año 2008.⁴
- **“Nuevo Régimen para la Carrera Profesional Hospitalaria”** Ley 10.471 promulgada en el año 1986.⁵
- **“Estatuto y escalafón para el personal de la Administración Pública de la Provincia de Buenos Aires”** Ley 10.430 promulgada en el año 1986.⁶
- **“Hospital de Autogestión”** Decreto 578/93, año 1993.⁷
- **“Hospital de Gestión Descentralizada”,** Decreto 939/2000, año 2000.⁸

² <http://www.epidemiologia.anm.edu.ar/pdf/indicadores/Situacion%20de%20Salud%201999.pdf> [FC: 28/07/08].

³ <http://www.msal.gov.ar/hm/site/pdf/memoria2000.pdf> [FC: 14/07/08].

⁴ Buenos Aires (Provincia). Ministerio de Salud y acción Social. Área Programática, “Informe Epidemiológico del Partido de Lanús”. La Plata: El Área Programática, [2008]. [sin paginar].

⁵ <http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/l-10471.html> [FC: 28/07/08].

⁶ http://www.gob.gba.gov.ar/dijl/DIJL_buscaid.php?var=70 [FC: 28/07/08].

⁷ <http://mi.ubp.edu.ar/archivosmiubp/biblioteca/archivos/004-000829.pdf> [FC: 28/07/08]

⁸ <http://www.chaco.gov.ar/ministeriosalud/recupero/instructivos/Decreto%20939%20a%C3%B1o%202000%20HPPGD.pdf> [FC: 14/07/09]



- **Constitución de la Nación Argentina. Sancionada el 22 de agosto de 1994.**
- **Leyes 23.660 y 23.661 del año 1989.**
- **Programa Médico Obligatorio – Resolución 201/2002 MS.**
- **Ministerio de Salud: Programa de Garantía de Calidad en la Atención Médica.2004.**
- **Bases del Plan Federal de Salud 2004-2007. Presentado el 24 de mayo de 2004.**
- **Normas I.S.O. de Calidad: 9001:2008.**



I.3.2. Antecedentes de Investigaciones Académicas, entre otras:

- ✓ **Básalo Carlos y Báscolo Ernesto. “Una mirada económica institucional del proceso de cambio del Sector Salud en Argentina” Instituto Universitario de la Fundación ISALUD Economía de la Salud” (2005).**

- ✓ **Belmartino, Susana. “Una década de la reforma de la atención médica en Argentina”. Salud colectiva [on line] 2005, vol 1, n.2 [citado 2013-12-18], pp 155-171. Centro de Estudios de Estado y Sociedad (2005).**

- ✓ **Vransic A.: “Historia del Hospital”, Biblioteca General, H.I.G.A. Evita de Lanús. (2006).**

- ✓ **www.revistamedicos.com.ar/numero56/pagina24.htm Calidad en la atención Médica: Un modelo de gestión y solidaridad. (2007).**



Dicho partido es el menor de extensión geográfica de la zona pero el de mayor densidad poblacional, con 48.35 Km² de superficie y 10.06 habitante / Km² según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC), Censo 2001.

Lanús se divide en 6 localidades, conformadas según se detalla en la Figura 2, cada una, por variedad de barrios. Ellas son: Lanús Oeste, Lanús Este, Remedios de Escalada, Gerli, Valentín Alsina y Monte Chingolo.

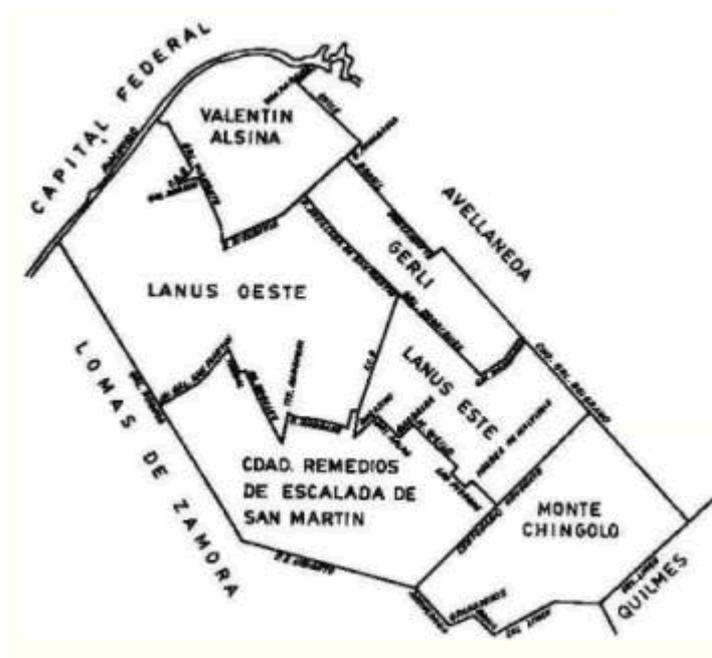


Figura 2 Mapa de Localidades que conforman el Partido de Lanús
Fuente: <http://www.lanus.gov.ar/partido/localidades.php> [FC: 04/07/08]

Ubicación Geográfica: Avenidas y Calles de Referencia.

Está dividido por la Av. Hipólito Irigoyen en Lanús Este y Oeste respectivamente; y limitado por las siguientes calles y avenidas:

- **Este:** Ezeiza y Cnel. Lynch
- **Sur:** Uriarte y Av. Gral. Hornos, Malabia, Aconcagua, Granaderos y Roma.
- **Oeste:** Calle de la Ribera Sur y Carlos Pellegrini
- **Norte:** Calles Chile, Brasil y Camino General Belgrano



Se exponen a continuación los barrios que la componen (Figura 3)

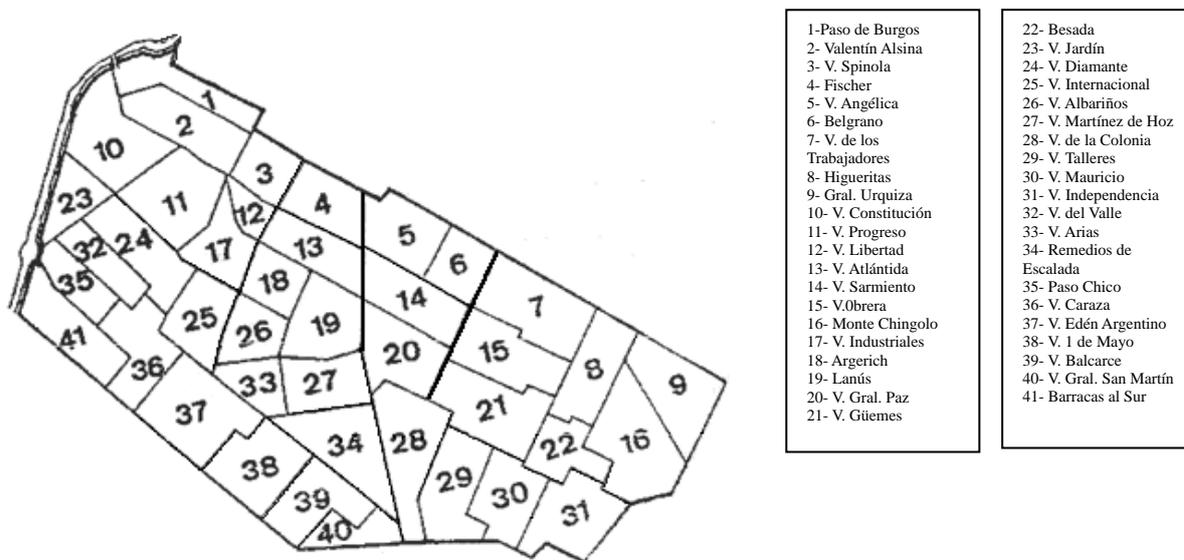


Figura 3: Mapa de Barrios de Lanús
Fuente: <http://lanus.gov.ar/partido/mapadebarrios.php> [FC: 04/07/08]

I.4.3. Contexto Demográfico:

Según lo calculado en base a los datos del Censo Nacional de Población, Hogar y Vivienda 2010, la población era de 459.263 y 463.254 habitantes.

La población se compone por un 47,65% (218.873 hab.) de hombres y por un 52,34% (240.390 hab.) de mujeres.

El 58,1% de la población tiene entre 0 y 39 años (266.874 hab.), el 28,04% (128.807 hab.) entre 40 y 64 años y el 13,84% (63.575 hab.) es mayor a 65 años. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC 2010).



I.4.3.1. Condiciones de Vida:

Si se hace referencia a los servicios como agua corriente, gas natural y red cloacal, alcanza el primero al 95,56% (142.966) de la población, el segundo comprende el 78,62% (117.624) de la misma y el tercero alcanza sólo al 37,81% (56.567), cabe aclarar que, no se ha publicado a la fecha, la población que presenta cobertura de salud. Por lo tanto los datos abajo descriptos corresponden al censo 2001.

Con respecto a la cobertura de salud, según el censo el 45,6% de los habitantes del partido no cuenta con obra social y/o plan médico o mutual, correspondiendo estos datos a 206.756 habitantes.⁹

I.4.3.2. INSTITUCIONAL: Ubicación Geográfica

El Hospital Evita está situado entre las calles Río de Janeiro, Coronel Deguí, Udaondo y M. Ocampo. Se encuentra a seis cuadras de la Av. Hipólito Irigoyen, dos cuadras de Máximo Paz, nueve cuadras de Av. 25 de Mayo y cinco cuadras de Av, San Martín. La Estación de Tren más cercana está a quince cuadras, sobre Av. Hipólito Irigoyen, desde donde se pueden tomar varias líneas de colectivos que llegan al hospital (Líneas 32, 179, 525, 167).

Forma parte de los cuatro hospitales con que cuenta el Partido siendo éste un Hospital Interzonal General de Agudos (306 camas), de dependencia provincial. Los tres Hospitales restantes serían el Hospital General Zonal de Agudos Narcizo López (125 camas), el Hospital Zonal Especializado en Oncología (17 camas) y el Hospital Local General de Agudos Dr. Melo (28 camas).

⁹ Subsecretaría de Planificación de Salud, Partidos de la Provincia de Buenos Aires-Región Sanitaria VI- Breve Diagnóstico de Situación- Dirección de Información Sistematizada- Años 2006-2007.



Los cuatro Hospitales suman 462 camas agudas siendo la oferta de 0,99 camas de agudos cada 1000 habitantes.

En el área programática del hospital en cuestión corresponde a la zona comprendida entre las Av. Hipólito Irigoyen al Este, Uriarte y Av. Gral. Hornos al Sur, calle de la Ribera Sur y Carlos Pellegrini al Oeste y calles Chile y Brasil al Norte. En esa zona se encuentran los siguientes barrios: Lanús Oeste (cabecera del partido), Remedios de Escalada Oeste (Villa Talleres, Villa Martínez de Hoz y Villa 1º de Mayo), Villa Edén Argentino, Villa Internacional, Villa del Valle, Paso Chico, Villa Jardín, Villa Constitución, Barrio Obrero, Villa Progreso, Villa Industriales, Valentín Alsina, Paso de Burgos, Villa Spinola, Fischer, Villa Atlántida y Villa Ambariños. (Figura 3)

Cuenta con 15 (quince) Unidades Sanitarias de dependencia Municipal, las cuales realizan la atención primaria y 8 de ellas la emergencia pre-hospitalaria de la zona.

La población a cargo es de 300.000 habitantes aproximadamente y se calcula que el 50% de la población realiza algún tipo de consulta programada a diferentes servicios durante el año, siendo mayor la cifra de consultas a la emergencia (125.000-140.000 consultas por año).¹⁰

El área de influencia comprende la zona de Lanús Este, Banfield, Lomas de Zamora Oeste, Por su mejor accesibilidad geográfica.

¹⁰ Fuente: H.I.G.A. Evita de Lanús, "Servicio de Estadísticas". 2008



I.4.3.3. Marco Histórico de la Organización:

El Hospital Evita forma parte del plan sanitario concebido por el Dr. Ramón Carrillo en su plan Analítico de Salud Pública en el año 1947. Comprendía tres etapas a realizarse paralelamente, ya que existían tremendas diferencias entre la capacidad de camas hospitalarias y población enferma. Según el pensamiento del Dr. Carrillo: “En una *primera etapa* se pretende atender enfermos ya existentes y que representan uno de cada 100 habitantes.

Para ello, se debe construir todos los hospitales que hagan falta, aún cuando los higienistas digan que con hospitales no resolvemos la salud del pueblo. Pero lo cierto es que hasta que nuestras organizaciones no se perfeccionen y lleguen al nivel que deben alcanzar, no podemos prescindir de los hospitales. En la *segunda etapa* es necesario evitar que la gente se enferme o tomar precozmente a los pacientes en momentos en que bajo un aspecto de buena salud, ocultan un mal evolutivo y desconocido por el mismo interesado. Exige la organización de la medicina preventiva. La *última etapa* le corresponde a la medicina formativa, la cual tiene por objeto adoptar medidas necesarias para que el hombre argentino nazca fuerte y se desarrolle sano, con un sentido de la vida tal que le permita ser feliz en el trabajo y gozar de los pequeños y modestos placeres de la vida”.¹¹

La Fundación Eva Perón, en colaboración con la política sanitaria nacional, financia la construcción de 22 policlínicos, de un total de 35, todos distribuidos en puntos estratégicos del país. En la Provincia de Buenos Aires se fundaron tres policlínicos llamados “gemelos” por criterio idéntico con el que fueron construidos, el primero fue el “Presidente Perón” en la localidad de Avellaneda, el “Evita” en el Partido de Lanús y el “Eva Perón” en la localidad de San Martín.¹²

¹¹ Vransic A.: “Historia del Hospital”, Biblioteca General, H.I.G.A. Evita de Lanús ,2006, p 1

¹² Vransic A.: Op. Cit., p 2



En 1984 el partido bonaerense de 4 de junio, tal cual se denominaba por entonces al núcleo poblacional del actual partido de Lanús, Remedios de Escalada y Valentín Alsina, poseía una población estimada de 320.000hab. Los servicios asistenciales eran escasos, insuficientemente instalados, no existían camas de internación pública ni servicios de Maternidad.

El sistema asistencial estaba sólo representado por Salas Municipales de Primeros Auxilios de diferente complejidad (que brindaban atención ambulatoria en consultorios externos y guardia, y asistencia domiciliaria en urgencias con ambulancias) y dos hospitales vecinales de mediana complejidad.

Ofreciendo veinte camas para internación, que sostenían por el aporte de los socios y subvencionados por la comuna, además de los profesionales que trabajaban en el ámbito privado.

Como el hospital más cercano era el “Fiorito”, se formó una comisión vecinal que visitó a la Sra. Eva Duarte de Perón solicitándole la creación de un hospital en Lanús. La misma respondió “está bien, busquen el lugar”. En pleno corazón de la Villa Argerich, luego de 2 años ininterrumpidos de trabajo, se inaugura el 30 de Agosto de 1952 el Policlínico Evita. Su nombre sería “17 de Octubre”, pero un mes antes de la inauguración fallece la Sra. Eva Perón optándose finalmente y como homenaje póstumo llamarlo por su nombre.

La superficie de construcción del mencionado hospital abarca 23.000 m². Por entonces, el mismo estaba formado por tres bloques distribuidos en cinco pisos y subsuelo y dos pabellones, sobre un terreno de 2Ha. La capacidad era de 600 camas, repartidas en salas de internación de dos, tres, cuatro y seis camas cada una, separadas por mamparas y tabiques especiales que permitía que todo paciente tuviera atención respetando su privacidad. En el subsuelo se encontraban los servicios generales, comedores para empleados y personal del establecimiento.



La planta baja estaba compuesta por un amplio hall que daba acceso a dependencias laterales donde funcionaban oficinas administrativas, entre ellas la dirección general, Farmacia, Laboratorio, Consultorios Externos de Pediatría, Ginecología, Obstetricia, Clínica médica, Cirugía, Dermatología, Proctología, Sala de Curaciones, Sala de Emergencias, Esterilización, Cocina, Lavadero, Lencería y Despensa. Una Biblioteca con 1.500 volúmenes científicos y Sala de Lectura.

En el primer piso contó con un vestíbulo central y dos laterales, amplia terraza y dos más pequeñas, diseño que se repitió en los demás pisos con el fin de proporcionar esparcimiento a los pacientes internados y familiares. Funcionaron los servicios de Otorrinolaringología con tres salas de internación para dicha especialidad, también Reumatología, Alergia, Neurología, Oftalmología, Odontología, Hemoterapia y Radiología. También contaba con sala de videoconferencias que estuvo equipada con proyector cinematográfico, escenario y butacas en forma de anfiteatro.

El segundo piso era el área de internación de Clínica Médica y sobre una de las alas se encontraba la Capilla.

El tercer piso era reservado para los pacientes quirúrgicos y contaba con una sala de internación de niños.

El cuarto piso albergaba Maternidad, Ginecología y Pediatría.

Por último el quinto piso estaba destinado al área quirúrgica, equipada con cuatro quirófanos, dos de los cuales de gran tamaño eran utilizados como ateneos de cirugía con una cúpula vidriada para observación profesional.

En un pequeño pabellón, separado del cuerpo central, funcionaba la morgue, con salas de autopsia, locales de reparación y sala frigorífica.



El policlínico empleaba a 1500 personas distribuidas de la siguiente manera:

- **Cuerpo Médico (218)**
- **Asistentes Técnicos (148)**
- **Enfermeras y nurse (491)**
- **Personal de Servicio (342, de los cuales 32 ocupaban sólo la cocina)**
- **Administración (72)**
- **Funcionarios (59)**
- **Trabajadores de Oficio (116 carpinteros, plomeros, electricistas, mecánicos, choferes, jardineros, serenos, etc.)**
- **También personal contratado como cuerpo docente que ofrecía apoyo escolar a niños que eran internados por lapso prolongado.**
- **Servicio de guardias para visitas domiciliarias, para enfermos imposibilitados de trasladarse o aquellos con dolencias crónicas que pudieran guardar reposo en sus casas.**

En 1955 se crea el Servicio de Psiquiatría y el 16 de septiembre, con el golpe de estado por la autodeterminada Revolución Libertadora el hospital cambia de nombre pasando a llamarse “Policlínico Prof. Gregorio Araoz Alfaro”. En 1956 se crea el Servicio de Psicopatología y Neurología.¹³

A través de los años, el hospital fue diversificándose al ritmo de la aparición de nuevas especialidades y el progreso tecnológico y científico de la medicina.

Con el regreso de la democracia en la década de los ´80, retoma su denominación “Hospital Evita”.

¹³ Vransic A.: “Historia del Hospital”, Biblioteca General, H.I.G.A. Evita de Lanús ,2006, 3-5 p.



En el año 2000, durante la presidencia del Dr. De la Rúa se implementó el Programa de Reformas del Sector Salud (PRESSAL), financiado por el Banco Mundial, cuya finalidad fue el aumento de la capacidad en la prestación de servicios, a través de programas piloto de organización de Hospitales Públicos de Autogestión (HPA) y de diferentes modelos administrativos para llevar a cabo la transformación de los hospitales públicos en HPA.

Como fue expresado en párrafos anteriores, el Presidente de la Nación firmó el Decreto 939/00 en Octubre del año 2000 creando el Régimen de Hospitales Públicos de Gestión Descentralizada (HPGD) y deroga al anterior Decreto 578/93 de HPA.

Con ello el Ministerio impulsa un nuevo concepto con mayor énfasis en el cambio de modelo de atención de salud (incluyendo el Programa Médicos de Cabecera) y en el acceso a servicios públicos para la población sin cobertura.

En el marco de ese proyecto (Experiencia Piloto en Hospitales Públicos) se realizaron actividades de fortalecimiento institucional en 4 hospitales de la Ciudad de Buenos Aires y 5 en hospitales de la provincia de Buenos Aires (donde se incluye al hospital en cuestión).

Dichas reformas alcanzaron a casi toda la estructura del hospital, remodelando las habitaciones de internación en donde se dispone de dos camas y un baño por cada habitación disminuyendo el total de 600 camas a 306, remodelación del área de consultorios externos y del área de emergencias, no llegando a cumplir con el objetivo de informatizar al hospital como se había estipulado.



OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2

2.1. Objetivos:

2.1.1 Objetivo General:

Objetivo General

Determinar una reingeniería de los procesos de Gestión de Pacientes en el Servicio de Emergentología. Estudio de Caso: Hospital Interzonal General de Agudos “Evita” de Lanús. Provincia de Buenos Aires. En período del año 2011.

2.1.2 Objetivos Específicos:

Objetivos Específicos

▶ **2.1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Indagar sobre los Antecedentes Legales e investigaciones Académicas sobre el objeto de estudio.
2. Realizar un análisis de Situación del Servicio de Emergencias con el modelo de atención actual.
3. Establecer la situación actual del hospital (área de emergencias) comparada con la de otros centros de similares características.
 - ▶ Identificar y establecer los procesos de gestión de pacientes en el Servicio de Emergentología del lugar del caso de estudio.
 - ▶ Describir el diagnóstico de situación de origen, sus antecedentes y contexto.
 - ▶ Evaluar factores viables de cambios.



- ▶ Determinar los resultantes originados de las cuatro variables de estudio, a través de los medios e instrumentos de recolección de datos utilizados, con sus correspondientes fuentes, y el análisis de los mismos posteriores a su procesamiento.

- ▶ Analizar los resultados obtenidos (medición) como información de base para los nuevos procesos de mejora en la gestión de pacientes del Servicio de Emergentología.

- ▶ Describir e identificar las modificaciones a implementar en el sistema de reingeniería del proceso de gestión de pacientes del Servicio de Emergentología:
 - ▶ .En la formación de los recursos humanos.
 - ▶ .En los sistemas de información y nuevas tecnologías.
 - ▶ .En la reestructuración de los sectores, otros.



3. Hipótesis:

El Servicio de Emergencias debe actuar relativamente en forma independiente con respecto a los otros servicios del hospital, implementando un plan de reingeniería de procesos de gestión de usuarios, y modificase la organización del recurso humano, se logra mayor eficiencia y eficacia en la atención de la población en cuestión.



4

4.1. Introducción:

El concepto de empresa de servicios es un concepto muy amplio, más aún cuando se trata de Servicios de Salud, y más particular aún cuando se ciñe al Servicio de Emergentología.

Según Rubilar y Rossi (1995), “*las organizaciones son sistemas sociales compuestos por individuos y grupos de individuos que, mediante la utilización de recursos, desarrollan un sistema de actividades relacionadas y coordinadas para el logro de un objetivo común, dentro de un contexto con el que se establece una influencia recíproca*”.¹⁴

La base de cualquier organización está constituida por los que realizan el trabajo básico para fabricar un determinado producto y prestar determinados servicios, se trata del personal que forma el núcleo operativo. Todas las organizaciones, hasta las más simples necesitan de alguien que supervise todo el sistema, un director que ocupa el ápice estratégico. A medida que la organización crece son necesarios más directivos, creándose entonces una línea media, una jerarquía de autoridad entre el núcleo operativo y el ápice estratégico”.¹⁵

Las organizaciones de atención de salud poseen una determinada “*estructura institucional*” que en general responde al siguiente esquema:

¹⁴ Lemus J. y col., *Salud pública Epidemiología y Atención Primaria de la Salud*, 1ª ed . Buenos Aires, C.I.D.E.S. Argentina, 2005, P 148-151.

¹⁵ Lemus J. y col., *Op Cit*, p 148-151.



1.- Misiones y funciones. Perfil del hospital: corresponden al objetivo final de la institución, establecidos por un nivel superior dentro de las políticas y planes de salud. Es la responsabilidad que tiene el hospital dentro de las redes de servicios y del área programática.

2.- Organigrama: representación gráfica de la estructura jerárquica del hospital o institución sanitaria en un momento dado.

3.- Posición: vínculo de subordinación de la unidad. Define la coordinación y subordinación del departamento, división o unidad inter-servicios, dentro y fuera del hospital.

4.- Localización: disposición del área física del departamento, división o unidad de sección dentro del contexto.

5.- Competencia: atribución específica y exclusiva de un órgano de decisiones o ejecución.

6.- Diagramas y flujogramas; descripción de lo que “entre” y lo que “sale” del servicio o departamento.

7.- Normas: reglas generales para las situaciones cotidianas que afectan las funciones del hospital. Sirven para decidir, monitorear y actuar. Firmadas por los cuerpos directivos u otras fuentes auténticas.

“...Los cambios en las instituciones de salud reflejan los cambios en la estructura social. A partir de 1960 se observa un crecimiento de los estudios sobre servicios de salud impulsados por la necesidad de racionalizar el sector, frente a la disminución relativa de los gastos estatales en salud (García, 1981)...¹⁶ “

¹⁶ Lemus J. y col., *Salud pública Epidemiología y Atención Primaria de la Salud*, 1ª ed . Buenos Aires, C.I.D.E.S. Argentina, 2005, P 148-151.



En este contexto histórico-social, se han producido cambios que, muchas veces provocaron crisis en las instituciones de salud destacando los de mayor relevancia según la Organización Panamericana de Salud (OPS): el progreso tecnológico, el estado de desarrollo socio-económico de la Región de las Américas, la conciencia crítica de los usuarios y posibles clientes, la complejidad creciente de los hospitales modernos, la transferencia a los hospitales de actividades médicas que antes desempeñaban en ambientes domésticos y ambulatorios independientes, las nuevas formas de financiamiento de la asistencia médica, el desarrollo de la ciencia médica, una imagen externa más fuerte por publicidad, las presiones de autoridades gubernamentales para la reducción de costos hospitalarios y el crecimiento de la multiprofesionalidad en la prestación de servicios que, en el área médica, privilegian al hospital como foco de acción de diversos profesionales...”¹⁷

El estímulo de estos factores externos convierte al hospital en una institución de gran complejidad, en que la dimensión administrativa pasa a ser una preocupación primordial.

“...En el proceso de evolución de las instituciones de salud, lo que se pretende es un cambio en el modelo de *cultura organizacional*, enorme archivo de tradiciones, supuestos y valores que han sido acumulados e internacionalizados por los miembros de las organizaciones de atención de salud, y en función de los cuales los individuos sienten, piensan y reaccionan ante las situaciones con que se enfrentan cotidianamente. Este modelo (“*como se hacen las cosas aquí*”) está presente en todos los niveles de la organización. Lo que se trata de hacer es, de pasar de modelos rutinarios, burocráticos y profesionalizados, a la aplicación de conceptos modernos de *gerencia estratégica*, sin perder los objetivos integrales de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud de la población, en un marco de acceso universal, equidad y calidad de servicios...”¹⁸

¹⁷ Lemus J. y col., *Op Cit.* P 148-151.

¹⁸ Lemus J. y col., *Op Cit.*, P 150.



Según el Dr. Lemus J. y col. “...de todas las empresas públicas o privadas, los hospitales son las instituciones más difíciles de administrar...”¹⁹

Presentan en su organización, una división vertical de trabajo (niveles jerárquicos) y otra horizontal (departamentos), como los desarrolla a continuación en su estructura Mintzberg.²⁰

División Vertical:

Dirección o nivel superior (nivel estratégico): establece objetivos, determina las políticas y fija metas a alcanzar en un periodo determinado.

Ejecución: nivel operativo o inferior (núcleo de operaciones): realiza las tareas concretas. (médicos, enfermeras y auxiliares de clínica).

Línea Media: une ambos extremos de la organización mediante la cadena de mando y está representada por los jefes de servicio y de Sección y los supervisores de Enfermería.

Tecnoestructura: establecen el desarrollo y ejecución de programas de acción y administran presupuestos. Esta parte de la estructura está poco desarrollada en los Hospitales siendo dichas funciones muchas veces asumidas por la dirección, los mandos intermedios y la sede central.

Staff de apoyo: Proporciona apoyo a la organización pero está fuera del flujo de trabajo. Lo representarían la Dirección de Gestión en sus líneas de mantenimiento, obras, limpieza, hotelería, seguridad, suministros, asesoría jurídica y relaciones laborales.

¹⁹ Lemus J. y col., Op Cit. P 151.

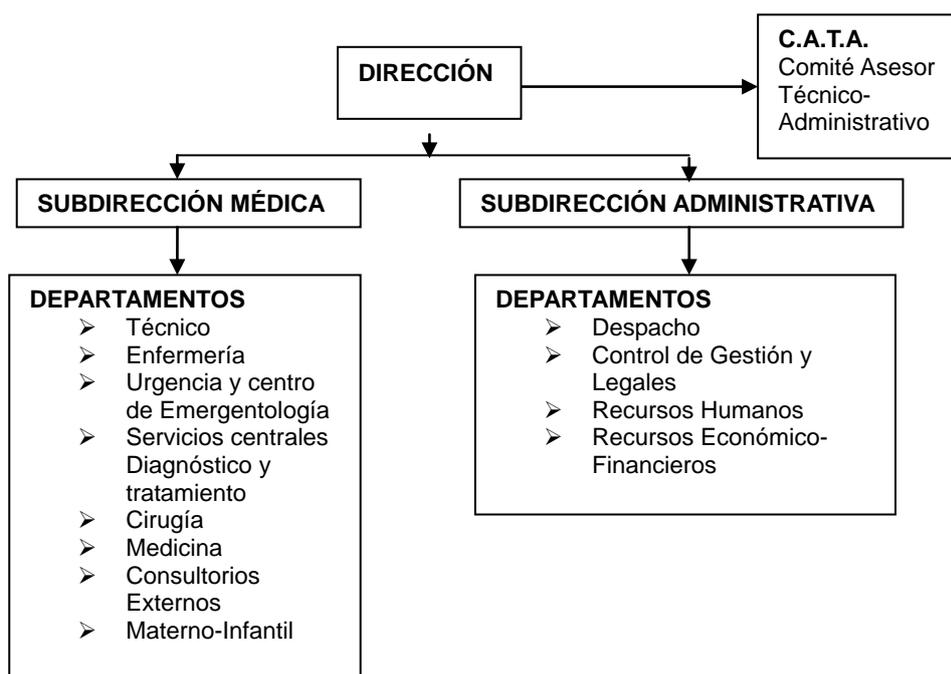
²⁰ Varo, *Estructura y Poder en el Hospital*, apuntes de Cátedra UCES, Materia: Introducción a la Administración Sanitaria, Lic. Cosattini N., 2007



División Horizontal del trabajo:

- Funciones similares
- Productos
- Grupos de usuarios
- Procesos
- Área geográfica

El ejemplo de estructura se esquematiza de la siguiente manera, como se puede observar en el Cuadro 1.-

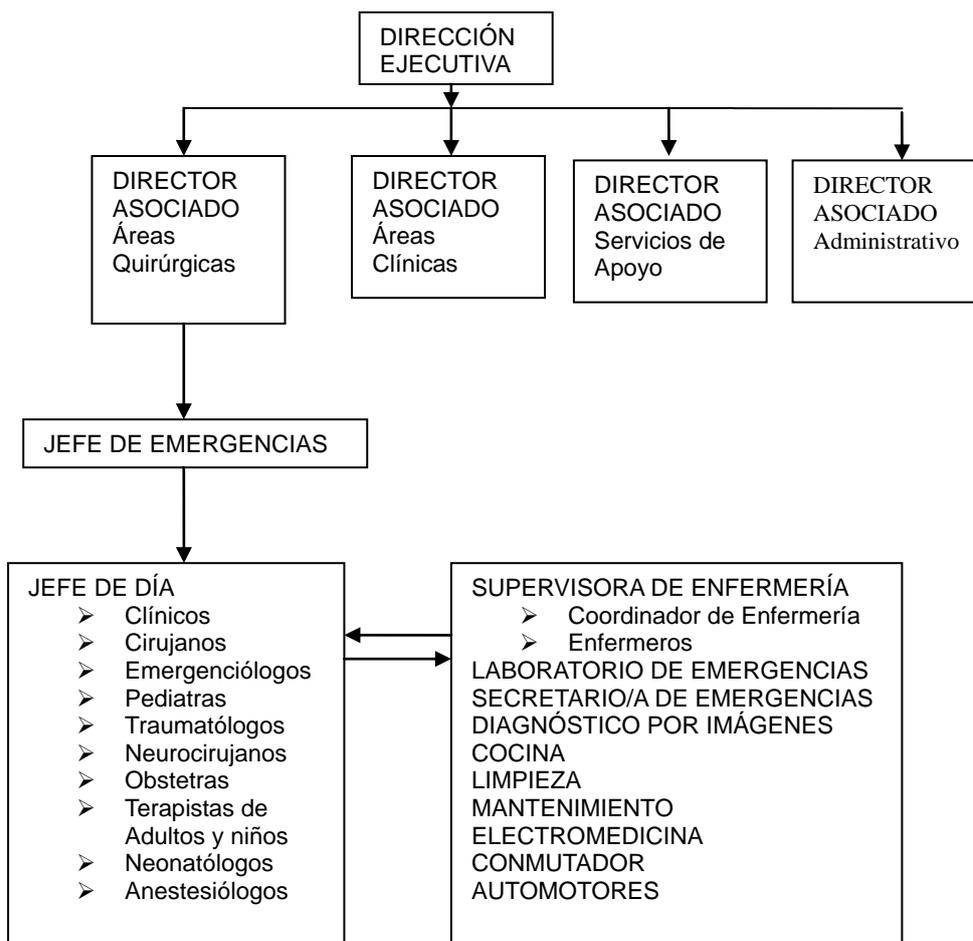


Cuadro1 Ejemplo de diseño de estructura en un Hospital (Departamentalización)

Fuente: Lemus J., Salud Pública Epidemiología y Atención Primaria de la Salud, 1ª ed. Buenos Aires, C.I.D.E.S. Argentina, 2005, P156



El tema central de este estudio se limita específicamente al Servicio de Emergencias, incluido dentro de los Departamentos subordinados a la Subdirección médica. Dicho servicio está estructurado de la siguiente manera:



Cuadro 2: Diseño de Estructura del Servicio de Emergencias del Hospital Evita de Lanús.
Fuente: Elaboración propia. 2008



Cabe señalar que todos los planteles se renuevan por completo día a día generando una heterogeneidad en el servicio que es importante para el análisis posterior del factor humano. Los médicos que conforman los planteles, según su especialidad, se encuentran subordinados a una doble jefatura. Por ejemplo, el personal de Clínica Médica responde tanto al Jefe de Emergencias como al de Clínica Médica. Los únicos especialistas que no se encuentran bajo este sistema son los Emergentólogos.

Pero haciendo mención a este último especialista, como premisa esencial, debemos conocer a qué se llama Emergencia, porqué se llaman Servicios o Departamentos de Emergencias, y por último qué es la figura o cual es el rol del Emergentólogo en dicho servicio.

Como lo define y aprueba en el año 2008 la Asociación Americana de Medicina de Emergencias (ACEP-American Collage of Emergency Physicians), “La *Medicina de Emergencias* es una Especialidad que se dedica a diagnosticar y tratar enfermedades y/o lesiones de aparición reciente. Ésta incluye un conjunto único de conocimientos cuyas bases se encuentran en el Modelo de Práctica Clínica de Medicina de Emergencias.²¹ La práctica de la Medicina de Emergencias (ME) incluye la evaluación inicial, diagnóstico, tratamiento y disponibilidad para la atención de los pacientes que requieran una rápida resolución médica, quirúrgica o psiquiátrica. La ME debería ser practicada en el Departamento de Emergencias (DE) de un Hospital Público, en una Clínica de cuidados de Urgencia, en un vehículo de respuesta médica a la emergencia o en un sitio de desastre”²²

Este tipo de ME ha sufrido muchos cambios en el último tiempo; el avance tecnológico del conocimiento médico y de la categoría de pacientes agudos críticos han modificado el concepto de lo que antes se llamaba guardia médica.

²¹ <http://www.acep.org/bvtaxonomy.aspx?taxonomyid=2> [FC: 28/07/08]

²² <http://www.acep.org/practres.aspx?id=29164> [FC: 25/07/08]



Según lo descripto por el Dr. Cubelli G., “el concepto de *guardia médica*, con el que todavía se manejan la mayoría de las instituciones, se ha constituido históricamente en un consultorio donde la demanda no está programada, y por lo tanto el paciente lleva a cabo la consulta sin turno previo. De éstas, sólo un porcentaje pueden catalogarse como “emergencias”, siendo de esta manera la Sala de Guardia un *policonsultorio*, con determinada cantidad de especialistas cumpliendo veinticuatro horas o turnos alternativos de distintas cantidades de horas” .²³

Este criterio de “estar de guardia” implica que, como el resto del hospital a esta hora no trabaja, o es hora de atender solamente con turnos programados, hay unos médicos que están de turno para atender las consultas necesarias.

Con la evolución de la ME se adecua a la misma, la planta física, el equipamiento necesario y el recurso humano pasando la guardia médica a llamarse DE. Se incorpora la figura del Emergentólogo.

Los profesionales de Emergencia proveen al DE y a otros sectores del Sistema de Salud servicios tanto de administración como de Evaluación Clínica.

Esto incluye y no se limita sólo a:

²³ Cubelli G., ¿Es una Emergencia? Conferencia. Jornadas de Actualización y Organización de las Emergencias, Sociedad Bonaerense de Medicina Crítica Trauma y Desastre, Buenos Aires, Abril de 2008.



- **La coordinación de la responsabilidad médica en la emergencia fuera del hospital.**
- **Sistema de control médico prehospitalario para autorización y eficiencia.**
- **Participación en la preparación de un desastre en la comunidad.**
- **Dirección Médica y de liderazgo en el DE.**
- **Participación activa en la dirección de procesos de admisión de pacientes en el DE.**
- **Participación activa en la aprobación de la planta física y equipamiento del DE.**
- **Participación activa en la planificación del recurso humano en el DE.**
- **Participación activa en la aprobación de políticas y procedimientos del DE.**
- **Participación activa en la elaboración del presupuesto del DE.**
- **Participación en la educación continua del personal del DE.**
- **Dirección y control de la disposición de pacientes del DE.**
- **La coordinación de la atención de los pacientes del DE con el apoyo de múltiples equipamientos de salud.**

Los Emergentólogos son la pieza fundamental del sistema de emergencias, ya que poseen un entendimiento único de resolución de la atención en la urgencia y están idealmente posicionados para evaluar, planificar e implementar iniciativas comunitarias y políticas regionales de salud; según lo expresa la ACEP en el artículo titulado “Definición de la Medicina de Emergencias”.²⁴

²⁴ <http://www.acep.org/practres.aspx?id=29164> [FC: 25/07/08]



Por último cabe definir lo que significa una *emergencia*, o responder a la siguiente pregunta: ¿Cuándo se considera que una consulta al DE ha sido adecuada?

El ACEP, en 1976 decía que, *“para satisfacer las necesidades de pacientes no pasibles de incluirse en turnos programados, el Departamento de Emergencias ha emergido como un sitio de atención médica”*. Así se combinaron por necesidad elementos que los médicos de urgencias consideraron emergencia real, con los que se percibían como emergencia sólo por los pacientes.

Finalmente en 1982, el ACEP asentó la *“Bona Fide Emergency Defined”* (Definición Genuina de la Emergencia) en los siguientes términos: *“Consideramos que un paciente ha realizado una visita apropiada a un Departamento de Emergencias cuando: se desarrolla una condición patofisiológica o psicológica inesperada por la cual una persona cabal y prudente, poseyendo conocimiento medio de salud y medicina juzgaría que requiere atención médica urgente no programable, obtenible de preferencia, luego de considerar alternativas posibles, en un departamento de emergencias hospitalario”*.



Según lo antes mencionado, las consultas adecuadas incluirían:

- a) Evaluación o tratamiento de trauma agudo (menos de 72h).
- b) Alivio de dolor agudo severo.
- c) Investigación o alivio de infección aguda.
- d) Protección de la salud pública.
- e) Crisis obstétrica/Trabajo de parto.
- f) Hemorragia presente o potencial.
- g) Shock presente o potencial.
- h) Sospecha o manejo de abuso de persona.
- i) Descompensación de funciones vitales.
- j) Manejo de pacientes con trastorno mental que signifique peligro para sí mismo o terceros.
- k) Cualquier síntoma serio o repentino que pudiera indicar una condición amenazante para la salud física o psicológica del paciente y requiera inmediata atención médica para prevenir posible deterioro, discapacidad o muerte.

Por lo tanto “Los Servicios de Emergencias son aquellos provistos para evaluar y tratar condiciones médicas de aparición reciente y de tal severidad que podrían conducir a una persona cabal, con conocimiento medio de la medicina y la salud, a creer necesaria una atención médica urgente y/o no programada”.²⁵

Los Emergentólogos son los que se encuentran capacitados para brindar atención a las patologías o grupo de patologías que se incluyen en la lista antes mencionada, poseyendo además, injerencia y participación activa en el cumplimiento de los servicios de administración como de evaluación clínica detallados por el ACEP.²⁶

²⁵ <http://www.acep.org/practres.aspx?id=29162> [FC: 25/07/08].

²⁶ Cubelli G., ¿Es una Emergencia? Resumen de clase, Servicio de Emergencias, H.I.G.A. Evita, Lanús, Abril de 2010.



En el Servicio de Emergencias del Hospital en cuestión (Servicio de referencia en la zona por poseer una Unidad de Dolor Precordial y además ser centro de derivación de pacientes traumatizados); la reforma de su estructura, mencionada previamente generó un cambio importante en la atención de los usuarios. Dicho Servicio se diferenció en Sala de Reanimación y Shock de adultos y pediátrica, consultorios para la atención de la demanda espontánea, Sala de Yesos, consultorio de sutura, Admisión de pacientes cumpliendo con casi todos los requisitos del Programa Nacional de Garantía de Calidad.

A fin de contextualizar las problemáticas del área de emergencias se transcribe lo descrito por los autores Millá Santos y Asenjo. “Términos como demanda excesiva, saturación, plétora, caos, constituyen expresiones que traducen, por una parte, una clara modificación en los comportamientos sociales, y, por otra parte, la probable inadecuación de los dispositivos de asistencia o atención primaria, a lo cual debe añadirse la escasez de los recursos de carácter socio-sanitario”²⁷

El presente trabajo enfoca el análisis de la situación actual del Servicio de Emergencias del Hospital Evita de Lanús, tomando en cuenta el flujo del paciente al ingresar al servicio, dicho de otra manera, el objetivo es saber cómo se realiza la gestión de pacientes en la actualidad. Para la realización del mismo se deben tomar en cuenta parámetros de planta física, recurso humano, recursos materiales y organización.

Finalmente, como expresaba Machiavello ya en 1513: “Es preciso constatar que no hay nada más difícil de manejar, con menor probabilidad de éxito y más peligroso de llevar adelante que las iniciativas de cambio.

²⁷ Asenjo M.A. y col.; *Gestión diaria del hospital*. In: Millá Santos J., *Servicio de Urgencias*, 1 ed. Barcelona: MASSON,



El innovador se gana la aversión de todos aquellos a los que el antiguo orden les permitió prosperar y sólo recibe el apoyo poco entusiasta por parte de aquellos que prevén hacerlo dentro del nuevo orden. Esta falta de entusiasmo es debida en parte, al temor que les inspiran sus adversarios, que están amparados por las leyes vigentes actualmente y, en parte, a la incredulidad característica de la naturaleza humana, que hace que nunca nos creamos nada nuevo sin antes haberlo experimentado. En consecuencia, los persistentes ataques lanzados por los detractores del cambio sólo reciben como respuesta una débil defensa.”²⁸

El cambio organizativo en un Hospital y/o Servicio se produce para modificar los estados de adaptación a la población que asiste el mismo (cambio externo) o modificación de los modelos de comportamiento interno de sus integrantes (cambio interno). Los cambios externos en general, se realizan en respuesta a una presión externa. De manera muy ocasional se realizan previamente. A diferencia del anterior, el cambio interno se produce ante la identificación de algunas diferencias del sistema tras la realización de una auditoría o con el desarrollo de una nueva especialidad. Estas características han formado parte del Servicio en cuestión, por lo tanto, la realización de un análisis de situación actual será para detectar fallas en la gestión de usuarios y posteriormente proponer una reingeniería de dichos procesos involucrando a los sectores que correspondan para mejorar la eficiencia y eficacia en la atención de los pacientes que concurren al servicio.

1998. 215-237 p.

²⁸ White, T. *Gestión Clínica, Manual para médicos, enfermeras y personal sanitario. En su: Gestión del Cambio.* Barcelona, MASSON, 1997, cap. 6 p 111-129.



5. RESULTADOS OBTENIDOS

5

Resultados obtenidos

Según los datos obtenidos del censo 2010 (INDEC) La población que asiste al hospital según sexo y edad es la que se detalla en la tabla 1.

La consulta externa del Hospital es de 336891 usuarios por año correspondiendo a la Emergencia 135353 usuarios/año, con un promedio de 11279 consultas mensuales. No se consideran las consultas ginecológicas y obstétricas por razones de acotamiento del tema.

Para el análisis orientativo de la consulta en la emergencia se obtuvieron datos de los libros de registro del servicio y del servicio de estadísticas del hospital siendo el total de consultas discriminadas de 116346 diagnósticos. (Gráfico 2)

La distribución fue:

Consultas clínicas y quirúrgicas adultos	38067
Consultas pediátricas	40152
Consultas traumatológicas	28348
Consultas psiquiátricas	9779

Se efectuaron en dicho periodo, 2050 intervenciones de cirugía mayor, y 6041 de cirugía menor. Los motivos de consulta más frecuentes discriminados por especialidad se especifican en los cuadros 1 al 4 respectivamente.

Téngase en cuenta que no se pudo discriminar entre consulta ambulatoria y la que requirió observación de guardia (internación transitoria), como así también existe un subregistro de un 25-35%.



EDAD	Población Total	Varones	Mujeres
0-4	32.425	16.693	15.732
5-9	31.897	16.303	15.594
10-14	31.698	16.092	15.606
15-19	33.603	16.839	16.764
20-24	35.213	17.465	17.748
25-29	34.723	17.189	17.534
30-34	35.835	17.649	18.186
35-39	31.480	15.479	16.001
40-44	27.614	13.344	14.270
45-49	26.607	12.740	13.867
50-54	26.849	12.680	14.169
55-59	25.090	11.551	13.539
60-64	22.647	10.426	12.221
65-69	18.214	7.880	10.334
70-74	15.369	6.247	9.122
75-79	13.422	5.076	8.346
80-84	9.751	3.221	6.530
85-89	4.977	1.575	3.402
90-94	1.515	378	1.137
95-99	300	39	261
100 y más	34	7	27

Cuadro 1

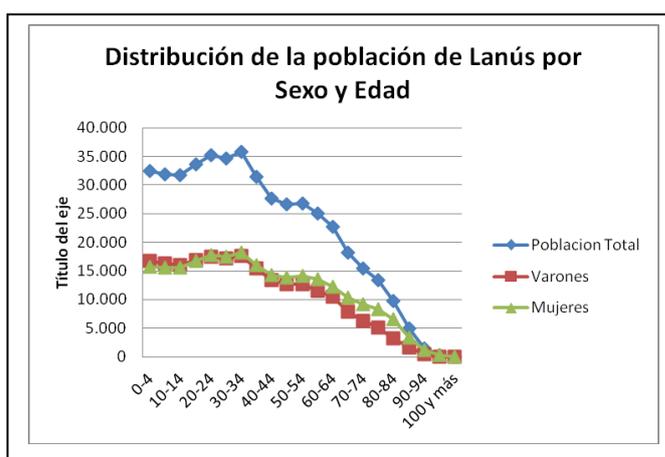


Gráfico 1

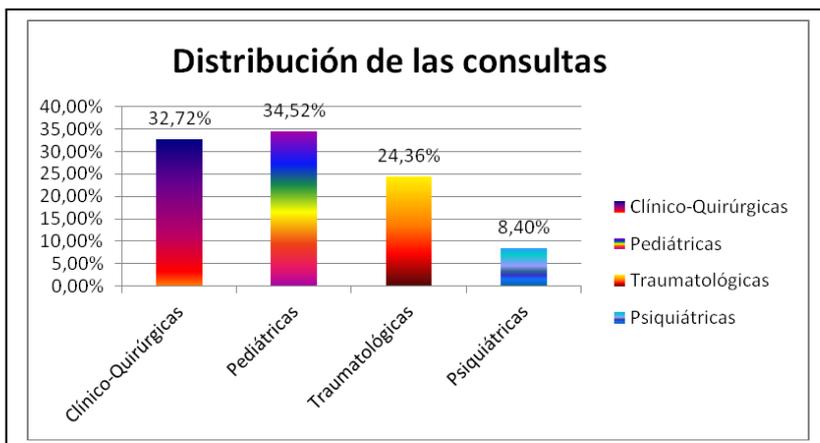


Gráfico 2

Patologías Quirúrgicas más Frecuentes	n	%
Trauma	9533	75,9
Colecistopatías	850	6,8
Abscesos	523	4,1
Hemorragias	435	3,5
Sme. Apendicular	389	3,1
Otras	828	6,6
Total	12558	100

Cuadro 2

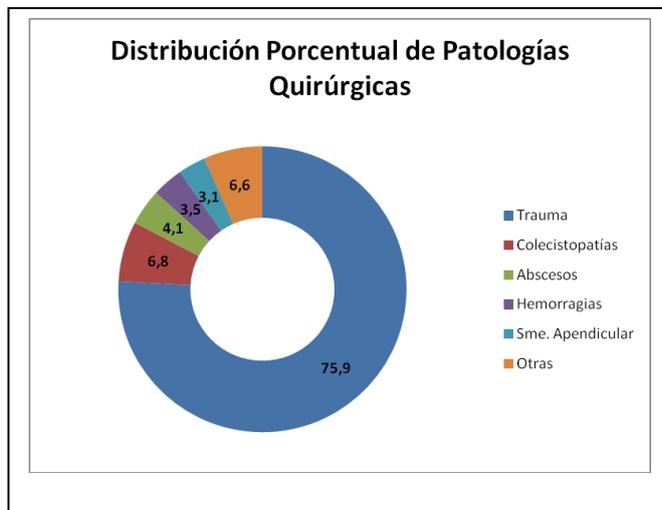


Gráfico 3



Patologías Clínicas más frecuentes	n	%
Enf. Transmisibles (infectocontagiosas; todas las edades)	5880	30,3
Enf. Del aparato respiratorio	3380	17,5
Enf. Cardiovasculares	2244	11,6
Enf. Del aparato urinario	1336	6,9
Enf. Osteoarticulares	1168	6
Dolor abdominal	1111	5,8
Enf. Del aparato digestivo	711	3,7
Enf. De la piel y mucosas	690	3,6
Enf. Alérgicas	502	2,6
Otras	2318	12
Total	19340	100

Cuadro 3

Patologías Pediátricas más frecuentes	n	%
Enf. Del aparato respiratorio	9556	60,7
Sme. Febril	1606	10,2
Enf. De piel y mucosas	1367	8,7
Dolor abdominal (sin especificar)	870	5,6
Enf. Del aparato digestivo	606	3,9
Enf. Del aparato urinario	280	1,8
Otras	1457	9,1
Total	15742	100

Cuadro 4

Estructura física:

El Servicio de Emergencias cuenta con los siguientes sectores:

- 1. Hall de entrada (uno)**
- 2. Admisión y Triage (uno)**
- 3. Conmutador (uno)**
- 4. Sala de espera (uno)**
- 5. Consultorios para atención ambulatoria (cuatro)**
- 6. Consultorio de Enfermería para atención ambulatoria (uno)**
- 7. Sala de Yesos (uno)**
- 8. Consultorios de Traumatología (tres)**
- 9. Shock Room Pediátrico (uno)**
- 10. Sala de reanimación/shock y Trauma de adultos (12 camas)**
- 11. Área de Enfermería para atención de pacientes agudos (incluida dentro de la**



- sala de reanimación de adultos)
- 12. Depósito de materiales (uno)
- 13. Despacho para Jefatura de Emergencias (uno)
- 14. Estar médico (uno)

Organización:

El servicio está organizado en tres niveles donde el ápice lo representa el *Jefe de Emergencias*, en el nivel intermedio se encuentran los *Jefes de Sala* y el tercer nivel está representado por los *Asistentes de guardia*.

Cabe destacar que cada día está conformado por un plantel diferente de jefe de sala y de asistentes:

1. Cirujanos (dos)
2. Clínicos (tres)
3. Pediatras (dos)
4. Traumatólogos (uno y medio)
5. Neurocirujano (uno)
6. Terapeuta de Adultos (dos)
7. Terapeuta pediátrico (uno)
8. Neonatólogos (dos)
9. Anestesiólogos (dos)

El Servicio cuenta con *Áreas de apoyo*:

1. Enfermería (tres)
2. Camillero (dos)
3. Secretario (una)
4. Radioperador (una)
5. Personal de limpieza (uno)
6. Bioquímico (dos)
7. Técnico Radiólogo (uno)
8. Técnico de Tomografía (uno)
9. Ecografista (uno 12h)
10. Personal de mantenimiento (uno)
11. Personal de Electromedicina (uno 12h)
12. Choferes de ambulancia (dos)
13. Seguridad (uno)



Recursos Humanos:

Al existir una renovación diaria del recurso humano se genera *heterogeneidad* en el servicio en cuanto a capacitación y desarrollo de la atención de los usuarios ya que los profesionales están bajo un doble mando (jefe de servicio correspondiente y jefe de emergencias).

Un dato de interés es que todo médico que ingresa al hospital debe cumplir 24h en el Servicio de Emergencias y 12h en el Servicio de su especialidad. Por lo tanto, existe una importante cantidad de profesionales que no tienen capacitación en la atención de Emergencias.

Cabe aclarar que en el año 2002, fundamentados en lo expresado anteriormente se abrió en la provincia la Residencia de Emergentología, una de las sedes se encuentra en el Servicio de Emergencias del Hospital en cuestión y actualmente la conforman el Instructor de Residentes, Jefe de Residentes y dos residentes por año (tres años).

Equipamiento:

El servicio cuenta con dos camas del sector de reanimación y Shock equipadas con monitor multiparamétrico y respirador. Luego dispone de tres saturómetros, un ecógrafo portátil, dos aspiradores portátiles, tres negatoscopios, dos desfibriladores, dos carros de paro, doce camas de observación, cuatro camillas para traslado y/u observación, una heladera para conservar medicación, un microondas para calentar sueros, dos tablas rígidas de inmovilización, dos collares de philadelphia para inmovilización de cuello.

La admisión del servicio es la única que cuenta con computadora para cargar los pacientes que se internan. No existe la conexión en red con consultorio de ambulatorio ni consultorios externos. Un teléfono fax y una fotocopidora.



El conmutador dispone de dos consolas y un sistema de radio VHF que actualmente no se utiliza.

Manejo de la Documentación:

Para ello existe un sistema de registro de los usuarios asistidos que está compuesto por cinco libros foliados en donde hay que registrar datos filiatorios, motivo de consulta, estudios realizados, diagnóstico y tratamiento. Estos libros corresponden a la consulta general, pediatría, traumatología, psiquiatría y el libro policial donde se deja constancia de los usuarios que por su patología o mecanismo de trauma debe llevar intervención policial (colisiones, quemados, abuso, violencia familiar, etc.)

Si el usuario requiere observación se realiza historia clínica acotada e indicaciones de enfermería. Cabe aclarar que dichas historias deben ser archivadas en el servicio si el usuario es dado de alta ya que no ingresa en el sistema como internado en el hospital y no se le abre historia clínica para archivar. Por otro lado si el usuario se interna deberá llevar dicha historia e indicaciones al servicio que corresponda para que allí le den el ingreso.

Si el paciente debe realizar controles posteriores por consultorios externos llevara las órdenes confeccionadas al alta para luego sacar turno.

En Admisión y Triage de emergencias también se dispone de un libro de registro de óbitos y otro para registro de salida de los mismos, como también un libro de novedades donde se anotan los pacientes que se derivan y los que se internan en el hospital.

Después del las 14:00h el secretario de guardia recibe la lista de camas disponibles del hospital para internación y debe dar informes sobre los pacientes internados si ello es necesario por consulta de alguna visita.

No existe el libro de sugerencias en el servicio.



Formación y Capacitación del RRHH:

La mayoría del personal que ingresa al Servicio tiene poca o nula capacitación en lo que respecta al trabajo en emergencias por lo tanto siempre es convocado para realizar el curso de posgrado que se dicta en el hospital y que a partir del año 2010 es un curso de Especialización en la Emergencia. Sumado a eso se realizan simulacros con víctimas múltiples para poner en práctica los protocolos de actuación del hospital y detectar errores de atención u organización para la corrección posterior.

También el hospital casi todos los años convoca a la Sociedad Bonaerense de Medicina Critica Trauma y Desastre para la realización del curso intensivo de trauma llamado M.I.A.Tra. (Módulos Integrados para la Atención del paciente Traumatizado) y se estimula al personal a realizar otros cursos relacionados con la emergencia como son el ATLS, ABLIS, PALS, ACLS entre otros.

Como el hospital es un hospital escuela y recibe todos los años estudiantes de la Universidad de Buenos Aires, el Servicio dicta un curso de pregrado de capacitación en la Emergencia.

Cabe aclarar que desde que se encuentra la figura del *Residente de Emergencias* se presentan Ateneos y Clases desarrolladas por ellos en donde se convoca al plantel de guardia para su participación. Presencia del Servicio en los Congresos de Emergencias con la presentación de trabajos de investigación, pósters y disertación de temas.

En cuanto al personal de apoyo existen *Enfermeros* profesionales y auxiliares de enfermería que, en general se capacitan durante su estancia en el servicio y luego son asignados a otra área del hospital (Ej: Terapia Intensiva, Intermedia).

El personal de *limpieza* realiza la misma tarea que en el resto del hospital,



pero no tiene normas de limpieza claras y muchas veces se reasignan a otro sector dejando el área descubierta.

El personal de *seguridad* es contratado y no posee de inicio capacitación en los circuitos del Servicio. Se capacitan durante su trabajo y cuando son convocados a las reuniones previas a los simulacros.

El personal de *Admisión* es capacitado previamente en facturación y en los circuitos administrativos del hospital, pero no cuenta con capacitación previa en relaciones públicas. También se capacita en relación a la actuación en la emergencia cuando se elaboran proyectos de simulación.

Situación Actual de los Servicios de de Emergencias:

Definen a un Servicio de Emergencias las siguientes características:

- ***Heterogeneidad e Improvisación:*** Como la consulta no es programada, nunca puede planificarse si asistirá a 20 u 80 usuarios en una franja horaria. Sumado a esto si consideramos los incidentes con víctimas múltiples, la demanda puede cambiar de un momento a otro con la llegada de 20 pacientes por una colisión de un colectivo por ejemplo. Considerando esto siempre existe en mayor o en menor medida el factor improvisación en la respuesta.
- ***Discontinuidad en la demanda:*** Es un servicio en donde los propios pacientes determinan la hora de la consulta, al no existir la consulta programada.
- ***Demora:*** Es el resultado de la combinación de las características anteriores. Esta característica es compartida por todos los servicios de emergencias del mundo.



- **Falta de personal de planta:** Al tener el servicio recambio diario del personal, esto trae a consecuencia una discontinuidad en el trabajo, en la aplicación de las normas y en la imposibilidad de llevar a cabo trabajos científicos, presentación de ateneo y demás actividades académicas. Cabe aclarar que luego del ingreso de los residentes y gracias a esa figura es que se pueden realizar las tareas de docencia e investigación. No así con los profesionales.
- **Conformación del plantel:** La conformación de los planteles sigue siendo la del policonsultorio, pero existe ya el reclamo de la incorporación de la figura del Emergentólogo como planta del servicio.

Considerando las características de un moderno Servicio de Emergencias, este debiera ser:

Necesario: La estructura debe contar con boxes con una superficie de 10 a 12m² y disponer de todos los elementos necesarios para una atención adecuada. Se calcula que para la atención de usuarios de resolución rápida debe existir un box por cada 12 a 14 pacientes/día. Pero en un servicio en donde existen puestos de reanimación, puestos de consulta ambulatoria rápida (fast-trach) y áreas de observación de usuarios los cálculos varían. Para estimar la cantidad primero debiéramos calcular la *frecuentación* de los usuarios (cantidad de consultas a emergencias por cada 1000hab. en un año) la cual variará de acuerdo al país y a los factores que se mencionan a continuación:

- **Edad de la población:** Calculando el Índice de Fritz podremos estimar la frecuentación y el tipo de consulta más frecuente. Se estima dividiendo la población de 20 años entre la de 30y 50 años determinando que la población es *progresiva* si el resultado da igual o mayor a 1,60, *regresiva* si es igual o menor a 0,6 y *estacionaria* cuando el resultado da una cifra entre ambas.



- **Accesibilidad:** La utilización del servicio dependerá si el hospital tiene buenas vías de acceso y cercano a la población.
- **Contención primaria:** Un buen sistema de atención primaria en la zona, disminuirá la cantidad de consultas de baja complejidad al servicio y al hospital.
- **Gratuidad:** El sistema co-pago limita la cantidad de consultas innecesarias, pero; en países subdesarrollados impiden también el acceso a las necesarias.

Eficaz: La eficacia del servicio se medirá de acuerdo a la capacidad de brindar atención en condiciones ordinarias. Dependerá del número de puestos disponibles y el tiempo que cada una de las estaciones ocupa.

Se debe tener en cuenta que influyen sobre estas variables otras a tener en cuenta:

- Número de facultativos
- Numero de enfermeros
- Numero de administrativos
- Entrada de nuevos residentes
- Existencia de programas docentes de pre y/o posgrado
- Estado socioeconómico de la población
- Protocolización de normas
- Accesibilidad
- Preferencias culturales de los usuarios
- Juicio clínico y hábitos médicos
- Día de la semana

Se puede establecer una fórmula para calcular la eficacia:

$$e = \frac{p \times t \times io}{em}$$

e= eficacia

p= puestos de atención

t= periodo considerado

io= índice de ocupación de puestos

em= estancia media de los pacientes



Eficiente: Es obtener sus metas en forma de objetivos cuantificados, al menor costo y con la calidad adecuada. Un indicador sería:

$$\text{Eficiencia} = \frac{\text{actividad (eficacia)}}{\text{Gasto}}$$

Equitativo: Es cuando a la misma necesidad se ofrece similar recurso a toda la población. La condición fundamental será la accesibilidad que facilita el aprovechamiento máximo de los recursos. Máximo índice de ocupación (io) y mínima permanencia en el área de emergencias (em).

Cualificado: La calidad del servicio estará relacionada con la satisfacción de las necesidades reales como las percibidas del usuario que requiere atención urgente. El nivel máximo de calidad estará ligado al nivel de entrenamiento y conocimientos del personal y de los auxiliares, acompañado de la tecnología y los recursos físicos adecuados y el posicionamiento del paciente como centro de la atención, ya que el mismo sufre un deterioro agudo de su salud con una elevada carga de angustia y lo que percibe es lo que hace al acto asistencial.

CARACTERÍSTICAS ACTUALES Y PROPUESTA DE REORGANIZACIÓN

Para cada característica y propuesta a desarrollar se tomará al usuario como eje central, con el propósito de que desde el ingreso y hasta el egreso reciba la atención que correspondiera.



ADMISIÓN:

Según lo informado por dicho servicio, las funciones de la Unidad de Admisión se enumeran a continuación:

1. ***Coordinación Asistencial:*** Sirve de apoyo a la actividad médica y de enfermería
2. ***Función Social:*** Punto de referencia, soporte y servicio de los usuarios
3. ***Función Hospitalaria:*** Elemento de gestión de recursos

Para cumplir con la multiplicidad de funciones posee una *estructura* que le da soporte:

Oficina Central: Ubicada en planta baja, agrupada en sectores:

1. Sector hospitalización
2. Sector interconsulta
3. Sector de coordinación de estudios de alta complejidad
4. Coordinación de salida de móviles
5. Requerimiento de prótesis, entrega de óbitos
6. Orientación de pacientes y familiar
7. Sector de carga en tiempo real de camas ocupadas
8. Sector de comunicación diaria de situación de cama crítica

El *recurso humano* que trabaja en la unidad se detalla a continuación:

Seis agentes que cumplen horario de 7:00 a 22:00h

- 1 supervisor/a de internación y codificación
- 1 agente para tramitación de prótesis
- 1 agente para internación



1 agente para medicación crónica, oxígeno domiciliario

2 agentes para entrega de interconsultas y gestión de estudios de alta complejidad en internados y ambulatorios

Secretaría de piso:

Cubren horario de 7:00 a 22:00h

Segundo piso:

- **2 secretarios/as**
- **Cubren neonatología, Maternidad, Pediatría y UCIP (Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos)**

Tercer piso:

- **2 secretarios/as**
- **Cubren cuidados Intermedios, Cuidados Mínimos y Psiquiatría**

Cuarto piso:

- **2 secretarios/as**
- **Cubren Cuidados Intermedios, Sector de Aislamiento, UTI (Unidad de Terapia Intensiva) y UCO (Unidad Coronaria)**

Servicio de Emergencias:

- **1 secretario/a distribuido en turnos de 8h.**

Focalizándonos en el Servicio de Emergencias, y en lo que respecta al secretario de emergencias las funciones que cumplen se describen a continuación:

- **Orientación de usuarios y familiar**
- **Rescate de información de usuarios para internación y/o derivación.**
- **Derivación de usuarios con obra social**
- **Ingreso de datos de usuarios que requieren internación y/o derivación en el libro de guardia, foliado para tal fin.**



- Después de las 14:00h y hasta las 8:00h del día siguiente se responsabiliza del libro de óbitos y entrega de los mismos. Dicha tarea es responsabilidad del secretario/a de emergencias durante las 24h los días no hábiles.
- Después de las 22:00h y hasta las 8:00h se encarga del ingreso de datos (Data Entry) de los usuarios que requieren internación en sistema. Dicha tarea es responsabilidad del secretario de emergencias durante las 24h los días no hábiles.
- Existía una enfermera de 8:00h a 16:00h que realizaba el triage de ventanilla separando los usuarios urgentes de los no urgentes para a la atención.

Luego de la reforma edilicia del hospital esta distribución horaria del personal de admisión se modificó:

- Secretarios de piso: 8:00h a 13:00h
- Se asignó un/a supervisor/a de 8:00h a 14:00h y otro/a de 14:00h a 22:00h para internación y codificación
- No se informatizó el hospital y de 22:00h a 8:00h no se cumple con la carga en tiempo real de camas.
- La enfermera que realizaba el triage fue asignada a otro sector del hospital sin obtener reemplazo para dicho puesto.
- Hubo recambio de personal de secretaría. Se asignó personal con poca capacitación en las funciones de emergencia.

Situación Actual:

- La disminución horaria de secretaría de piso no permite obtener el ingreso de camas en tiempo real luego de las 14:00 hs.
- Existe mayor cantidad de personal distribuido por piso y en el servicio de admisión de pacientes que el que presenta el Servicio de Emergencias.



- **Se ha mejorado la facturación de prestaciones realizadas a pacientes con obra social; pero esto se vio incrementado con el ingreso de cápitas de PAMI, con lo cual se incrementó la consulta y la internación de usuarios, como la estadía de los mismos, generando mayor ocupación de camas y disminución de camas disponibles.**

Servicio de Emergencias:

- **Sobrecarga de trabajo del secretario del servicio reflejada por la disminución de carga horaria en el resto de los sectores.**
- **No existe el Triage de ventanilla con lo cual, el secretario y/o el personal de seguridad realizan un pseudo-triage para distribuir los pacientes.**
- **Se atiende tanto la demanda espontanea como el paciente crítico en el sector de reanimación y shock, generando capacidad ociosa en los consultorios de ambulatorios del servicio.**
- **El libro de guardia donde deben anotar las internaciones y/o derivaciones presenta sub-registro durante la noche y los fines de semana.**
- **Los secretarios de guardia utilizan un cuaderno alternativo para anotar novedades sobre internaciones y/o derivaciones. (Duplicación de datos)**
- **No existe libro de sugerencias en el servicio.**
- **El libro de óbitos se completa correctamente.**
- **La falta de informatización genera que por momentos no exista secretario para la atención al público ya que, para recabar datos, debe acercarse a la cabecera del paciente en muchas oportunidades o, buscar camas libres en los pisos de internación haciendo abandono de su puesto para cumplir dicha función.**



Estrategia a aplicar:

Teniendo en cuenta que la población a la cual asiste ha aumentado y actualmente una parte de esa población es cápita fija del hospital (PAMI), deberá asumir que la consulta de emergencias se verá aumentada sin que acompañe el crecimiento del hospital (cantidad de camas). También aumentarán las consultas externas y las cirugías programadas y de urgencia.

Con todo lo antes mencionado podemos inferir que a lo que más debiera apuntar como objetivo la dirección de dicho hospital, sería a mejorar la eficiencia y efectividad de los procesos, entre los cuales uno fundamental es la gestión de pacientes.

El modelo que debería adoptar es el de un servicio de admisión amplio (Figura 4). Para esto se debería incluir a los camilleros, servicio social y archivos al organigrama actual. Adoptando como medida básica la informatización del hospital, codificación de diagnóstico y adoptando los grupos relacionados de diagnóstico (GRD) como guía básica para el monitoreo de las internaciones.

El usuario desde que ingresa al hospital y hasta que se retira debe tener un seguimiento continuo para lo cual:

- Presencia permanente de un administrativo en el hall central del hospital acompañado de personal de seguridad para control, asesoramiento y resguardo de objetos de valor, con el sistema informático a su alcance para consulta y asesoramiento de personas.
- El acceso y salida de los familiares de usuarios internados (Hall Central) no debe mezclarse con el acceso y salida de los familiares de usuarios que se encuentran en el Servicio de Emergencias



- **Incorporación de la figura de la gobernanta/e las 24 hs con personal repartido en tres turnos para control de calidad de atención de los usuarios, cumplimiento de protocolos y normas administrativas en la atención de los pacientes y gestión continua del servicio de hotelería.**
- **Detección temprana de saturación del servicio en los sectores correspondientes (emergencias) y redistribución de personal para suplir el exceso demanda.**
- **Incorporación de personal de enfermería capacitado para realizar el triage de ventanilla en el servicio de emergencias.**
- **Con la incorporación del sistema de información centralizado se incorporarán los datos correspondientes a los pacientes desde su ingreso hasta el alta ya sea de internación y/o Servicio de Emergencias.**
- **Capacitación continua del personal administrativo y médico en el uso informático de datos.**
- **Provisión de computadoras para todos los niveles, consultorios y áreas de internación.**
- **Incorporación de personal capacitado en relaciones públicas al área administrativa y capacitación del personal ya contratado, con un sistema de evaluación continua para la mejora de rendimiento de los mismos.**
- **Comunicación telefónica permanente entre el personal para actualización de novedades.**
- **Administrativo permanente en la ventanilla de admisión de emergencias.**
- **Administrativo que realiza las recorridas y búsqueda de datos y/o cambios en el Servicio de Emergencias.**
- **Inversión en cámaras de seguridad para la colocación de las mismas en lugares estratégicos.**
- **Reuniones periódicas con el personal y altos mandos para el planteo de problemáticas laborales y elaboración de estrategias de resolución, con evaluación permanente de procesos y presentación de informe de funcionamiento de cada área.**



- Creación de protocolos de actuación diaria y planes de contingencia ante una emergencia.
- Generar una encuesta de opinión para los usuarios cuyo objetivo sea valorar el grado de satisfacción en la atención.
- Incorporar en todas la áreas el libro de sugerencias para monitoreo de sectores en conflicto y/o fallas en la atención de los pacientes.

Siendo el Servicio de Admisión una parte central en el funcionamiento del hospital, con la estrategia planteada debería mejorar el flujo de pacientes, generando mejoras en la estancia media hospitalaria, repercutiendo esto de manera favorable en la emergencia.

Debe quedar claro que los Servicios de Emergencias son el claro reflejo del funcionamiento general del hospital. Siendo un servicio heterogéneo, se deberá plantear la capacitación continua del personal médico, de enfermería y administrativo. Como así también la incorporación del Emergentólogo como médico de planta para generar así un flujo rápido de usuarios con la atención eficaz y eficiente en lo cotidiano como en las situaciones de emergencia y/o desastre, para lo cual todo el personal deberá conocer el plan de evacuación del hospital y los protocolos de atención ante escenario con víctimas múltiples.

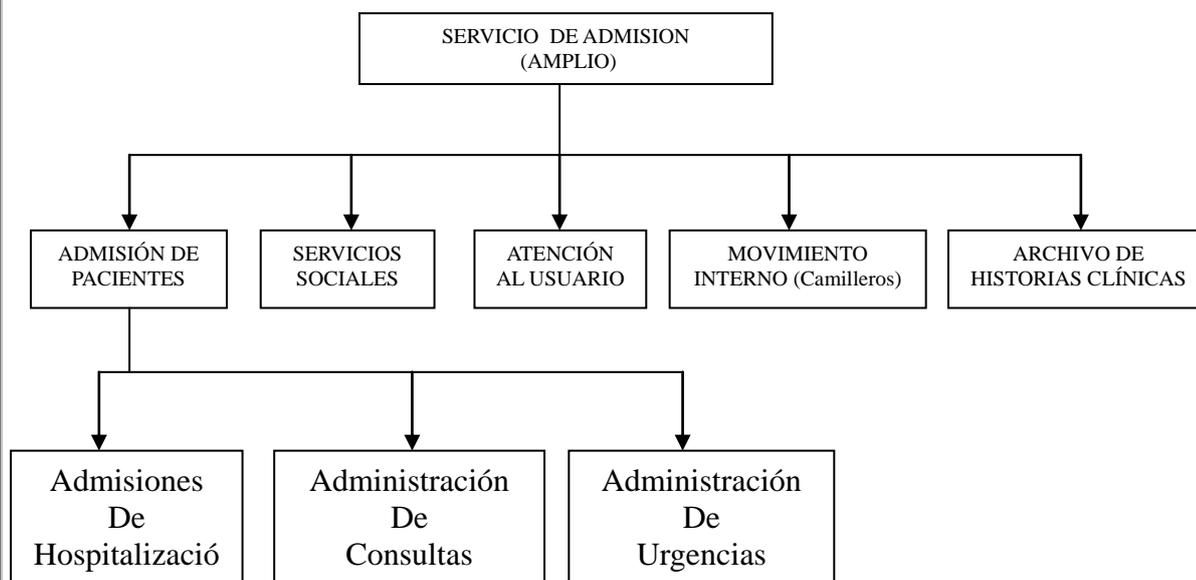


Figura 4



5. MATERIALES Y MÉTODOS / METODOLOGÍA

5

- 5.1. **Tipo de Estudio:** Observacional, descriptivo, analítico y retrospectivo.
- 5.2. **Estrategia Metodológica:** Cualitativa y Cuantitativa.
- 5.3. **Unidad de Análisis:** proceso de gestión al paciente en Emergentología del lugar estudio de caso.
- 5.4. **Variables:**

- ✓ demográficas,
- ✓ mortalidad del Servicio,
- ✓ consultas anuales y promedio mensuales,
- ✓ diagnóstico de patologías realizadas en el servicio,
- ✓ estructura física,
- ✓ organización,
- ✓ recursos humanos, equipamiento,
- ✓ manejo de la documentación y
- ✓ formación y capacitación del RRHH.

- 5.5. **Criterio de selección de casos:** Sólo el Servicio de Emergentología del Hospital de Agudos Interzonal Evita de Lanús. Pcia. de Buenos Aires (año 2011).



5.6. **Muestreo** intencional atento a la problemática y la necesidad de su abordaje y aleatorio en observación.

5.7. **Técnicas e instrumentos:**

5.8.1.-Técnica: Análisis de Documentos.

5.8.1.1.- Instrumento: Protocolo de Análisis de Documentos.

Análisis de Documentación: por ejemplo historias clínicas, estadísticas, en el caso de quejas (libro de quejas, encuestas de satisfacción, testimonios, etc.); manuales, etc.

5.8.2.-Técnica: Observación.

5.8.2.1.- Instrumento: Diario de Observaciones.

Como mecanismo de control por oposición del análisis de documentos descrito precedentemente, se ha realizado un muestreo aleatorio a través de la observación directa. Para ese fin, se utilizó un diario de observaciones.

En síntesis: Para ello se realizó el análisis de documentos (estadísticas del hospital, libros de emergencias, y observación a profesionales de las diferentes áreas de interés y lo que pudiese aportar el Área Programática de la Provincia de Buenos Aires (Zona VI).

Nota: Asimismo, se han realizado cuatro pruebas pilotos de los instrumentos, a efectos de optimizar los campos del relevamiento, previos a la salida a terreno, a través de un ABC de informantes calificados para el caso de estudio.



5.8. Procesamiento de datos:

Se han procesado los datos obtenidos en el relevamiento efectuado a través de los sistemas informáticos Excel / Spss (cuantitativo) y Word / Atlas ti (cualitativo), para proceder luego a su análisis, a efectos de determinar los resultantes arrojados que articulan en el Marco teórico de la presente Tesis.

5.9. Fuentes:

Primarias y Secundarias.

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN: Retrospectivo.



7. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

7

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La distribución de la población que asiste al hospital según sexo y edad es de 459.263 hab. es en mayor proporción de menores de 40 años (266.874 hab.) predominando el sexo femenino en un 52,34% (240.390 mujeres).

La consulta externa del Hospital es de 336891 usuarios por año correspondiendo a la Emergencia 135353 usuarios/año, con un promedio de 11279 consultas mensuales. Salvando que existe un subregistro de un 25-35%, la consulta a la emergencia fue de 135.353 consultas/año predominando en primer lugar la pediátrica (40.152 consultas/año), seguida por la clínico-quirúrgica (38.067 consultas/año).

Se efectuaron 2050 intervenciones de cirugía mayor y 6041 cirugías menores. La distribución porcentual de la consulta quirúrgica fue de un 75,9% trauma y 6,8% colecistopatías.

De las patologías clínicas más frecuentes se observó en primer lugar la consulta por enfermedades transmisibles (infectocontagiosas) en un 30,3%, seguida por las enfermedades del aparato respiratorio (17,5%) y las enfermedades cardiovasculares (11,3%).

La consulta pediátrica tuvo como primera causa las enfermedades del aparato respiratorio (60,7%), seguida del síndrome febril (10,2%). Del análisis de la estructura física se observó que cuenta con todas las características que debe cumplir por las normas del PNGCAM año 2001 y está organizado en tres niveles: superior (Jefe de Emergencias), medio (Jefes de sala) e inferior (asistentes de guardia); renovándose diariamente los niveles medio e inferior.



8. CONCLUSIONES

8

Con todo lo anteriormente mencionado, se puede inferir que a lo que más debiera apuntar como objetivo la dirección de dicho hospital, sería a mejorar la eficiencia y efectividad de los procesos, entre los cuales uno fundamental es la gestión de pacientes. El modelo que debería adoptar es el de un servicio de admisión amplio. Para esto se debería incluir a los camilleros, servicio social y archivos al organigrama actual. Adoptando como medida básica la informatización del hospital, codificación de diagnóstico y adoptando los grupos relacionados de diagnóstico (GRD) como guía básica para el monitoreo de las internaciones. El usuario desde que ingresa al hospital y hasta que se retira debe tener un seguimiento continuo, por lo tanto además de las mejoras en el Servicio de Admisión en general, también se debe considerar la incorporación del Emergentólogo en la estructura del Servicio de Emergencias para suplir la heterogeneidad en el servicio, dar un manejo integral al los motivos de consulta clínico-quirúrgicos más frecuentes, manejo adecuado de las situaciones de exceso de demanda (desastres, eventos con víctimas múltiples) y poder implementar con la tarea científico-docente una curva de aprendizaje en los integrantes del servicio tanto médicos como personal de apoyo).



9

9.1. BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- Biblioteca General, Hospital Interzonal General de Agudos (H.I.G.A.) Evita, Archivo Histórico. 2007.
- Buenos Aires (Provincia). Ministerio de Salud y acción Social. Área Programática, “*Informe Epidemiológico del Partido de Lanús*”. La Plata: El Área Programática, [2008]. [sin paginar].
- Cubelli G., ¿Es una Emergencia? Conferencia. Jornadas de Actualización y Organización de las Emergencias, Sociedad Bonaerense de Medicina Crítica Trauma y Desastre, Buenos Aires, Abril de 2008.
- Lemus J., *Salud pública Epidemiología y Atención Primaria de la Salud*, 1ª ed. Buenos Aires, C.I.D.E.S. Argentina, 2005, P 148-151.
- Millá Santos J.; Asenjo M.A.; *Gestión diaria del hospital-Servicio de Urgencias*, 1 ed. Barcelona: MASSON, 1998. 215 p.
- Servicio de Estadística del H.I.G.A. Evita de Lanús. 2007
- Subsecretaría de Planificación de Salud, Partidos de la Provincia de Buenos Aires-Región Sanitaria VI- Breve Diagnóstico de Situación- Dirección de Información Sistematizada-2006-2007.



- **Varo, *Estructura y Poder en el Hospital*, apuntes de Cátedra UCES, Materia: Introducción a la Administración Sanitaria, Lic. Cosattini N., 2007**
- **White T. *Gestión Clínica manual para médicos, enfermeras y personal sanitario*, 1 ed. Barcelona: MASSON, 1997. 177 p.**

9.2. SITIOS WEB CONSULTADOS

- http://www.lanus.gov.ar/partido/ubicacion_geografica.php [FC: 04/07/08]
- <http://www.lanus.gov.ar/partido/localidades.php> [FC: 04/07/08]
- http://www.lanus.gov.ar/partido/mapa_de_barrios.php [FC: 04/07/08]
- <http://www.chaco.gov.ar/ministeriosalud/recupero/instructivos/Decreto%20939%20a%C3%B1o%202000%20HPGD.pdf> [FC: 14/07/09]
- <http://www.msal.gov.ar/htm/site/pdf/memoria2000.pdf> [FC: 14/07/08].
- <http://www.acep.org/practres.aspx?id=29162> [FC: 25/07/08].
- <http://www.acep.org/bvtaxonomy.aspx?taxonomyid=2> [FC: 28/07/08]
- <http://www.acep.org/practres.aspx?id=29164> [FC: 25/07/08]
- <http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/l-10471.htm>[FC: 28/07/08].
- http://www.gob.gba.gov.ar/dijl/DIJL_buscaid.php?var=70 [FC: 28/07/08].
- <http://mi.ubp.edu.ar/archivosmiubp/biblioteca/archivos/004-000829.pdf> [FC: 28/07/08]
- <http://www.epidemiologia.anm.edu.ar/pdf/indicadores/Situacion%20de%20Salud%201999.pdf> [FC: 28/07/08].



ANº I

Atributos de calidad

Son aquellas características distintivas de un servicio que los ciudadanos identifican como necesarias para satisfacer plenamente sus requerimientos o expectativas.

En el marco del modelo de gestión impulsado por la Superintendencia, orientado a privilegiar las expectativas y necesidades de los ciudadanos, el organismo se compromete a mantener la calidad de las prestaciones de sus servicios sobre la base de los siguientes atributos:

Accesibilidad: se brindan servicios que faciliten el ejercicio de los derechos de los beneficiarios, garantizando que los mismos sean fáciles de contactar, contando con horarios amplios de atención, tiempos de espera reducidos y diversos canales de acceso (personal, telefónico, electrónico).

Amabilidad y cortesía: el personal está a disposición del ciudadano con una actitud cordial, de respeto y consideración.

Capacidad de control: se refiere a la adecuada disposición y uso de los recursos y procedimientos para el ejercicio eficaz de las funciones de control.

Capacidad de respuesta: se garantiza la celeridad en las acciones, la agilidad en las tramitaciones y la prestación de servicios oportunos, realizando gestiones perentorias cuando las situaciones revisten carácter de urgente.

Cobertura del control: se refiere a la capacidad para alcanzar, con las actividades de control, al universo de actores del Sistema Nacional del Seguro de Salud.

Competencia: se garantiza que el personal cuente con la capacitación adecuada para la realización de sus tareas y la prestación de servicios al ciudadano. Particularmente, el personal de atención al público, posee destrezas para brindar una atención personalizada.

Comprensión del ciudadano: El personal de atención al público se preocupa por los problemas y necesidades del ciudadano vinculadas al servicio y es flexible para dar un trato personalizado a cada usuario.



Comunicación: se garantiza la utilización de un lenguaje simple y claro en todos los servicios que presta el organismo, particularmente en aquellos que suponen brindar información al ciudadano. La misma debe estar actualizada y ser completa, veraz, oportuna y pertinente.

Confiabilidad: se garantiza que los procedimientos y acciones, particularmente los de control y fiscalización, se realicen de manera cuidadosa y precisa, cumpliendo con la normativa vigente. Los registros, bases de datos y fuentes de información del organismo son permanentemente actualizados y cuentan con información correcta y completa.

Equidad: se garantiza un trato igualitario a todos los usuarios que demandan servicios, sin discriminación de ningún tipo (condición social, pertenencia a cualquier Obra Social, localidad de residencia, edad, sexo, etc.)

Transparencia: se garantiza la difusión pública de los resultados de la gestión contando, para ello, con mecanismos institucionalizados.

Atributos de calidad:

1 a 5. Confiabilidad y Cobertura

6. Transparencia

Frecuencia / Fuente...

- 3.- www.baires-salud.com.ar/capacitacion-26/miradas-sobre-calidad-seguridad-social-y-atencion-personalizada-7180.html

Miradas sobre calidad, seguridad social y atención personalizada

En el marco del posgrado XII Curso Superior Universitario de Alta Gestión de Calidad en Servicios de Salud, dirigido en el marco de la UCA por Cristina Ferrari, se llevó a cabo una jornada que contó con la presencia de disertantes invitados. Teresita Ithurburu (PAMI), Roberto Villagra (Construir Salud) y Horacio Lerena (OSDE) fueron convocados para abordar temas como “Calidad de Atención”, “El rol de la seguridad social en nuestro país” y “Modelo de Atención Personalizada en Argentina”, respectivamente.

Teresita Ithurburu, responsable de la Unidad de Desarrollo Estratégico y Gestión de Calidad en PAMI,



(20/11/2013) En este contexto, Teresita Ithurburu, responsable la Unidad de Desarrollo Estratégico y Gestión de Calidad en PAMI, fue convocada para hablar de Calidad de Atención. Y comenzó haciendo una breve introducción sobre este organismo compuesto por un padrón afiliatorio de 4.500.000 afiliados. “Nuestra gestión está soportada en valores. Estos son: compromiso, transparencia, respeto, solidaridad, responsabilidad, calidad, receptividad e innovación”, detalló la funcionaria. También describió la evolución de la tasa de utilización de los servicio, comprendida entre 2004 y 2011. En ese período pasó de un 30% a alcanzar el 91%.

Ithurburu enumeró los objetivos estratégicos de la gestión e hizo foco en que una de las características del envejecimiento de la población es la aceleración y cómo muchos países no tienen preparado hoy sus sistemas para esto. Luego de esto, explicó por qué la Dirección Ejecutiva decidió crear la Unidad de Desarrollo Estratégico y Gestión para la Calidad, cuya función es entender la implementación de la misión y visión de la organización, teniendo en cuenta todos los grupos de interés y la visión institucional.

“¿Qué es la calidad? –se preguntó-. Colocar al afiliado como eje de nuestro servicio, en el centro de toda consideración”. Ithurburu mostró las áreas alcanzadas por el sistema de gestión de calidad: efectores, sanatorios propios, infraestructura tecnológica y comunicación; subgerencias de salud mental, prestaciones medicas, etc. “La calidad desde 2010 va creciendo en PAMI”, aseguró y mostro fotos que muestran certificados de acreditación de procesos de calidad. Al explicar la importancia de estos procedimientos, la funcionaria destacó que “tienden a liderar el alineamiento de los RR.HH., el valor de la marca PAMI, impulsar la innovación proliferada e incrementar la productividad de los recursos”.

La disertante explicó el Modelo de Atención Personalizada sobre el cual trabajan, que se alinea con los objetivos del Instituto, y a su vez parte de cuatro ejes: sensibilización (misión y visión), humanización (espacios, trato, procesos),



normalización de los tramites y regulación de los procesos de atención (sistema de ventanilla única y tramites on line).

Teresita mostró las distintas herramientas del esquema de atención y cómo la persona con la que se siente el afiliado le resuelve todos los temas.”La ventanilla unificada tiene que ver con la accesibilidad, la humanización, la contención al afiliado en un solo lugar. Además hay espacios como los livings y, en casi todos, refrigerios, porque muchas veces las personas mayores van y quieren quedarse un rato. Lo buena es que de esa forma pueden conocer todas las prestaciones sociales”.

“Hoy a más de 3 años del inicio de este proceso, en PAMI tenemos 198 bocas de atención personalizada en el país, que alcanzan a un total de 3.313.648 afiliados, que representan el 74% del padrón –indicó-. La diferencia en nuestro organismo no la hacen los sistemas, sino las personas”.

El rol de la seguridad social en nuestro país

Roberto Villagra, director Nacional del Programa de Atención Primaria de Construir Salud, fue el segundo invitado del Posgrado, quien expuso sobre “La importancia del rol de la seguridad social en nuestro país”. Villagra sostuvo los beneficios de trabajar cada día más con el “paciente activo” cambiando el paradigma, para encontrar soluciones en salud. Con sus 20 años de experiencia en Construir Salud, enfatizó en la necesidad del contacto personalizado, continuo, coordinado e integral del paciente y su grupo familiar, a cargo de especialistas en Medicina Familiar.

“Hace dos décadas, la convergencia de la necesidad de reforma del sistema de salud y el cambio de paradigma en el enfoque de cómo resolver los problemas sanitarios, hizo que la obra social tomara la decisión política de iniciar un modelo diferente al de aquella época. Ese proyecto que fue realizado en forma conjunta con



la Universidad MC Gill (Canadá), durante 5 años. Hoy el pilar central de trabajo, es la Atención Primaria de la Salud”, contó Villagra.

El ejecutivo, manifestó que el nuevo modelo de gestión se basó en el desarrollo de una Red nacional de Centros Médicos de Atención Primaria, teniendo como principios básicos de su misión la Solidaridad, Equidad y Universalidad para sus beneficiarios. “Los modelos de gestión y atención de la salud deben entenderse como una forma de vincular los problemas y necesidades de salud de los diferentes grupos sociales, con los conocimientos y recursos institucionales y comunitarios disponibles, de tal modo que sea posible definir prioridades, evaluar alternativas de acción y conducir el proceso de implementación. Esta fue la decisión clave de la política de salud de esta Obra Social”, expuso.

A manera de ejemplo, describió varios trabajos realizados con los afiliados, como: “Embarazo no deseado en Adolescentes”, “Violencia familiar y alcoholismo”, y “Salud de la Mujer”. Villagra contó que en 2004, crearon botiquines para asistir patologías crónicas prevalentes. El objetivo era tener adherencia al tratamiento farmacológico en un 100%. El valor agregado fue entregar los medicamentos en el momento de la consulta y un pastillero para el beneficiario. Además, en forma permanente desarrollan Cuadernillos de Educación Médica; mientras que cada Centro de Atención Primaria posee protocolos de atención y utilizan historia clínica familiar, trabajando en pos de mantener la calidad de los registros.

“Las consultas son codificadas epidemiológicamente en un 100% y en 2012 llevaron a cabo encuestas para indagar las características de la población alcanzada. Esto se ha convertido en el mayor tesoro de evidencia científica con el que contamos, una creciente y actualizada base de datos magistral, que demuestra su importante presencia al momento de tomar decisiones, implementar cambios y mejoras en beneficio del usuario”, aseguró el funcionario.

Modelo de Atención Personalizada en Argentina



El abordaje de esta temática estuvo durante la jornada a cargo de Horacio Lerena, gerente de Atención Personalizada de OSDE. Él explicó cómo trabajan profundamente el cuidado de las personas en el proceso de incorporación y la modalidad de formación permanente que realizan, a través de coaching. A su vez, el personal dispone de un manual de calidad que comprende todas las funciones que se realizan en el área.

“Buscamos acompañar a la gente en los momentos difíciles, por eso implementamos Programas de Calidad de Vida para los beneficiarios y para los empleados. Disponemos de un área encargada de informes, reportes y tablero de control”, detalló.

FUENTE: Equipo BaireSalud - Por Silvina Iturralde



ANEXO AN° II

ADMISIÓN Y GESTIÓN DE PACIENTES EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Los Servicios de Admisión y Documentación Clínica (SADC)

En el año 2000 publicó la “Guía de Gestión de los Servicios de Admisión y Documentación Clínica”, elaborada por un conjunto de profesionales con amplia experiencia en estas áreas que se habían constituido como grupo de trabajo de la Sociedad Española de Documentación Médica (SEDOM) en 1998. La guía nació con vocación de normalizar funciones y ser punto de partida hacia nuevos desarrollos, estableciendo tres ámbitos principales de competencias de los SADC: gestión de la documentación clínica, información asistencial y gestión de pacientes.

No cabe duda de que 4 años después de su publicación esta guía sigue siendo no sólo referente para los SADC de nuestro país, sino para cualquiera que quiera profundizar en estas áreas de conocimiento.

Aunque específicamente el capítulo está dedicado a la gestión de pacientes, las imbricaciones de ésta con la gestión de la documentación clínica y la información asistencial son tales, que creo oportuno hacer una breve referencia a las funciones que –para lograr un sistema integrado de información clínica– se realizan en los tres ámbitos.

Gestión de la documentación clínica

La gestión de la documentación clínica tiene como objetivo organizar y gestionar toda la información clínica generada a lo largo de los sucesivos procesos asistenciales del paciente. Aspectos fundamentales sobre esta gestión están regulados por la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía de Admisión y gestión de pacientes en atención especializada paciente y de derechos y obligaciones en materia de



información y documentación clínica; así como por desarrollos normativos autonómicos de dicha ley.

La gestión de la documentación clínica se concreta en tres aspectos fundamentales: gestionar la historia clínica, los archivos de documentación e historias clínicas y la codificación clínica.

1. Gestionar la historia clínica: En general todos los aspectos relacionados con la gestión de la historia clínica se han tratado extensamente en el V Informe SEIS dedicado expresamente a este tema. Baste recordar que la gestión de historias clínicas implica:

1.1. Identificar la historia clínica: creación, actualización y mantenimiento del fichero de pacientes en el centro, garantizando su coherencia, integridad y fiabilidad, así como la confidencialidad de la información.

1.2. Diseñar y mantener actualizado el formato de la historia clínica: normalización de la documentación clínica del centro para su correcta homogeneización, en colaboración con la comisión de historias clínicas.

1.3. Clasificar, integrar y coordinar toda la información clínico-asistencial generada independientemente de su soporte físico (impresos, películas).

1.4. Controlar la calidad de la historia clínica: evaluación sistemática de la calidad formal y de contenido de los documentos empleados en la asistencia, así como elaboración de informes sobre los resultados de las evaluaciones y difusión de los mismos.

1.5. Garantizar la accesibilidad de la historia, elaborando –en colaboración con las instancias determinadas por cada centro– la normativa acerca de la localización, el préstamo y la devolución de las historias clínicas, estableciendo mecanismos que aseguren su disponibilidad y velen por su confidencialidad.

2. Gestionar y organizar los archivos de documentación e historias clínicas, asegurando que su configuración y utilización se ajustan a las previsiones contenidas en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. Supone:

2.1. Custodiar, prestar y recepcionar las historias clínicas: supervisión y ejecución de las normas del centro que regulan el acceso y disponibilidad



de la historia clínica y de la información en ella contenida, preparación y préstamo (registro del tipo de documentación solicitada, solicitante, motivo, fines y fecha en que se necesita, desarchivado, registro de documentación prestada y envío de la misma) y recepción (registro de documentación devuelta al Archivo y archivado).

2.2. Realizar el seguimiento de la documentación prestada: mantenimiento del registro de préstamo-recepción de la historia clínica en el Archivo y reclamación activa de la documentación no devuelta en los plazos establecidos.

2.3. Identificar, mantener y tratar la documentación clínica de menor probabilidad de uso asistencial posterior: definición y mantenimiento de pasivo, así como la relación activo-pasivo (reactivación).

2.4. Evaluar la actividad y control de calidad del Archivo de historias clínicas.

3. Organizar y gestionar operativamente la codificación clínica:

3.1. Definir las fuentes de datos del sistema de información clínico.

3.2. Tratar la información clínica extraída de las historias clínicas:

– **Indización: identificación de diagnósticos y procedimientos, selección de diagnóstico principal y codificación a través del sistema de clasificación vigente actualmente Clasificación Internacional de**

Enfermedades. 9ª Revisión Modificación Clínica (CIE.9.MC).

– **Elaboración y validación de la información recogida en el episodio asistencial para configurar el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) de ingresos, cirugía ambulatoria, hospital de día u otras modalidades asistenciales de las que se defina el CMBD correspondiente (cada autonomía tiene definido su propio CMBD): captura de datos administrativos del episodio, registro informatizado de datos clínicos resultantes del proceso de codificación y validación.**

– **Recuperación, análisis y difusión de la información tratada: envío del CMBD a los organismos oficiales correspondientes, elaboración y difusión del cuadro de mandos del CMBD, realización de búsquedas o informes “ad hoc” para satisfacer las necesidades de información de los usuarios**



internos y elaboración y difusión del análisis de la casuística, utilizando sistemas de clasificación de pacientes basados en el CMBD.

3.3. Controlar la calidad del sistema de información clínico, desarrollando medidas para garantizar su fiabilidad: evaluación de los documentos fuente y circuitos de información establecidos, auditorías internas y externas Admisión y gestión de pacientes en atención especializada del proceso de codificación, revisión sistemática de indicadores de calidad del CMBD (registros agrupados en inespecíficos y otros) y establecimiento de mecanismos de retroalimentación continua de los usuarios internos.

Información asistencial

La información asistencial tiene como objetivo desarrollar sistemas y dispositivos adaptados a las necesidades de los diferentes usuarios y a la elaboración y el análisis de la información sobre la producción asistencial y de cuantos elementos influyen en ella, como apoyo en la toma de decisiones. Se concreta en las siguientes funciones:

- 1. Diseñar y desarrollar un sistema de información clínico-asistencial fiable en sus fuentes, ágil en sus circuitos y con información válida.**
- 2. Coordinarse con los distintos servicios y/o unidades del hospital en la recogida de datos necesarios para una mejor planificación del centro.**
- 3. Analizar la información para medir y evaluar la actividad, tanto a través de productos intermedios (actividad realizada durante el proceso asistencial), como finales (casuística atendida).**
- 4. Elaborar y difundir información sistemática e informes a demanda.**
- 5. Controlar la calidad de la información a nivel de fuentes, captura, circuitos, mantenimiento y actualización de conceptos y definiciones.**

Gestión de pacientes

La gestión de pacientes tiene como objetivo organizar y gestionar el flujo de pacientes por los distintos servicios que el hospital ofrece. Se concreta en cuatro aspectos fundamentales:

- 1. Organizar y gestionar operativamente el acceso y la demanda de los usuarios a las prestaciones de asistencia especializada en sus diferentes ámbitos:**



Conlleva la organización y gestión operativa de:

- El acceso de los usuarios a las prestaciones de asistencia especializada en el ámbito correspondiente, garantizando en todo momento el principio de equidad.
- La demanda de asistencia especializada en régimen ambulatorio, incluyendo consultas externas, exploraciones y unidades especiales (hospital de día, cirugía ambulatoria, etc.).
- La demanda de hospitalización.
- La demanda quirúrgica.
- El registro de pacientes atendidos en Urgencias.

2. Gestionar y coordinarse con otras instituciones sanitarias para las derivaciones intercentros: Incluye la tramitación y autorización de traslados de/a otros centros y el correspondiente transporte sanitario.

3. Colaborar con el área de gestión del hospital en la recogida de datos para la facturación: Comprende la identificación, registro, emisión de documentación pertinente y comunicación a la Unidad de Facturación de todas aquellas asistencias sanitarias cuyo importe ha de reclamarse a terceros (según la normativa en vigor).

4. Establecer los cauces de comunicación y coordinación necesarios con Atención Primaria comprende:

- Difusión de la oferta de atención ambulatoria especializada a la que tiene acceso Primaria, manteniendo en todo momento la estabilidad de agendas, horarios y prestaciones e informando periódicamente de las demoras.
- Comunicación a Atención Primaria de la continuidad o finalización de la asistencia especializada, remitiendo los informes correspondientes y garantizando en todo momento la confidencialidad de la información enviada.

2.- GESTIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE URGENCIAS

La gestión de pacientes en el ámbito de urgencias debe garantizar un soporte organizativo e informativo adecuado. Para ello se precisan unos requerimientos básicos que permitan registrar el episodio de urgencias y coordinar organizativamente el proceso asistencial.



Registro del episodio de urgencias

Es preciso que exista un registro centralizado de urgencias, que garantice la correcta identificación del paciente y los datos de asistencia.

La identificación del paciente se realiza accediendo al fichero índice de pacientes, actualizando sus datos variables si es necesario o generando una nueva historia clínica si es la primera vez que acude al centro. Siempre que las condiciones clínicas lo permitan, la identificación se realizará previa a la asistencia y de ser posible mediante soporte documental. En este sentido, la identificación automatizada mediante lectores de tarjeta sanitaria es muy recomendable, al agilizar extraordinariamente la identificación y ser ésta mucho más fiable. En los casos en que la identificación no sea posible, se articularán medidas para registrar al paciente de modo provisional y se irán completando sus datos a medida que se vaya disponiendo de ellos.

Cada asistencia se identificará a través de un número de episodio único, secuencial y constante, de forma que ese número identifique inequívocamente un episodio asistencial concreto ligado a un paciente determinado. Los datos de asistencia que identifican el episodio de urgencias son al menos: fecha y hora de entrada, procedencia, motivo y tipo de financiación. Es necesario que el registro de atención vaya ligado a la generación de cuantos documentos se precisen como apoyo a la asistencia (documento de atención, etiquetas, etc.) o de tipo administrativo (partes de accidente laboral, tráfico, etc.). Una vez que se produce el alta en el servicio de urgencias, se registran los datos que permitirán cerrar el episodio asistencial, que son al menos: fecha y hora de salida, destino y diagnóstico. El cierre del episodio debe ir ligado a cuantos documentos se precisen (parte al juzgado, justificantes, solicitud de transporte sanitario, etc.). Igualmente es necesario enlazar el registro de urgencias con hospitalización (en el caso de ingresos hospitalarios procedentes de urgencias), así como permitir la generación de cuantos documentos se precisen para realizar este tipo de ingresos urgentes.

De cara a facilitar la necesaria coordinación entre diferentes modalidades de atención es muy conveniente que al cierre del episodio de urgencias pueda



accederse a opciones de citación en consultas externas, inclusión en lista de espera quirúrgica, derivaciones a otros centros, etc. y en general a cualquier otro ámbito de gestión de pacientes secundario a la atención urgente que se acaba de realizar.

Coordinación organizativa del proceso asistencial

En todo momento es necesario conocer en tiempo real los pacientes que se encuentran en el área de urgencias, así como asegurar un seguimiento adecuado de la ubicación de los mismos en las diferentes dependencias del área. Debe existir un punto de referencia de pacientes y familiares desde el que se pueda facilitar información precisa, por lo que se establecerán los procedimientos de verificación necesarios que garanticen en todo momento la realidad de la información disponible

(sobre altas, ubicación, etc.). Así mismo, el correcto registro de urgencias debe permitir obtener de forma automatizada los indicadores de funcionamiento y calidad definidos para evaluar este área.

3.- GESTIÓN DE PACIENTES EN EL ÁREA DE HOSPITALIZACIÓN

La gestión de pacientes en el ámbito de hospitalización debe regular los ingresos, traslados y altas de este área, ayudando a una adecuada programación de acuerdo a los criterios establecidos por el hospital, favoreciendo la mejor ubicación posible de los pacientes hospitalizados y garantizando una distribución razonable de los mismos. Para ello se precisan unos requerimientos básicos que permitan realizar la solicitud de ingresos y programación de los mismos, control y autorización de traslados y altas, gestión de camas, registrar el episodio de hospitalización y coordinar organizativamente el proceso asistencial.

Solicitud de ingresos

Es preciso que exista un registro de solicitud de ingresos (inclusiones en lista de espera quirúrgica con ingreso, lista de espera para ingresos médicos, etc.) con los datos administrativos y clínicos que permitan identificar y clasificar esa solicitud: identificación del paciente, servicio en el que debe ingresar, prioridad, patología, condicionantes (aislamiento, criterios de habitación individual, etc.).



Los ingresos se tramitarán en función de los criterios y prioridades establecidas por el centro: urgentes procedentes de urgencias, de consultas externas, de hospital de día..., programados médicos, de lista de espera quirúrgica, etc. Así mismo se tendrán en cuenta los diferentes protocolos asistenciales definidos por los servicios (ingresos para realización de pruebas complementarias, para intervención quirúrgica, etc.). Si el hospital dispone de unidades específicas de corta estancia, es preciso que la solicitud de ingreso permita valorar si los pacientes cumplen criterios clínicos para ingresar en ellas.

Programación de ingresos

Es preciso elaborar una programación de ingresos previstos, con el fin de realizar reserva de cama (y/o preingreso) con anterioridad a la llegada del paciente.

Control y autorización de traslados y altas .En todo momento es necesario conocer en tiempo real la ubicación de los pacientes y el médico (o al menos el servicio) responsable del mismo. Para ello se establecerán los procedimientos de comunicación, autorización y verificación precisos que garanticen en todo momento la realidad de la información disponible

(sobre traslados de cama, cambios en la responsabilidad asistencial, altas, camas libres, etc.).

Gestión de camas

A toda solicitud de ingreso se le asignará cama, teniendo en cuenta la distribución de camas por servicio y unidad de enfermería, la normativa de asignación de camas del centro, las indicaciones del médico solicitante del ingreso, los datos clínicos y nivel de cuidados que precise y la priorización que se establezca en cuanto a la utilización de las camas disponibles. Si el hospital admite situaciones de sobreocupación (camas supletorias por encima del número de camas instaladas) es imprescindible regular la posible ubicación de las mismas, circunstancias en las que utilizarlas, etc.

En el caso de tratarse de camas específicas para la modalidad de corta estancia habitualmente se establecen criterios “ad hoc” para mantener una



reserva funcional de las mismas, que permita una adecuada gestión de los pacientes que pueden beneficiarse de esta modalidad de asistencia (podríamos decir que la gestión de camas de corta estancia es en cierta forma independiente de la gestión de camas convencionales).

Cuando el hospital cuente con camas en habitación individual coexistiendo con camas en habitaciones compartidas, es imprescindible establecer unos criterios lo más objetivos posibles sobre la asignación de unas u otras en función de la situación clínica, servicio responsable, etc.

Además de garantizar en todo momento la actualización de la situación de las camas (traslados, altas...), la gestión de camas comporta la realización de estudios de utilización (adecuación de ingresos y/o de estancias) en colaboración con los servicios asistenciales para evaluar la ocupación adecuada de este área.

Registro del episodio de hospitalización

Es preciso que exista un registro centralizado de ingresos, que garantice la correcta identificación del paciente y los datos del ingreso.

La identificación del paciente se realiza accediendo al fichero índice de pacientes, actualizando sus datos variables si es necesario o generando una nueva historia clínica si es la primera vez que acude al centro o se trata de un recién nacido, por ejemplo.

Siempre que las condiciones clínicas lo permitan, la identificación se realizará previa al ingreso y de ser posible mediante soporte documental. En los casos en que la identificación completa no sea posible, se articularán medidas para registrar al paciente con los datos de que se disponga y se irán completando con posterioridad.

Cada ingreso se identificará a través de un número de episodio único, secuencial y constante, de forma que ese número identifique inequívocamente un episodio de hospitalización concreto ligado a un paciente determinado. Los datos que identifican el episodio de ingreso son al menos: fecha y hora de ingreso, procedencia, motivo, tipo de financiación, servicio, diagnóstico de ingreso y cama. Es necesario que el registro de ingreso vaya ligado a la generación de cuantos documentos se



precisen como apoyo a la asistencia (documento de ingreso, etiquetas, etc.) o de tipo administrativo (justificante de ingreso,...). Una vez que se produce el alta en hospitalización se registran los datos que permitirán cerrar el episodio asistencial, que son al menos: fecha y hora de salida, motivo, servicio y médico responsable del alta y diagnóstico de alta (puede cerrarse el episodio con un único diagnóstico provisional, que se modificará a posteriori cuando se proceda a la codificación clínica del alta de hospitalización para completar el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD)). El cierre del episodio debe ir ligado a cuantos documentos se precisen (parte al juzgado, justificantes, solicitud de transporte sanitario, etc.).

De cara a facilitar la necesaria coordinación entre diferentes modalidades de atención, es muy conveniente que al alta pueda accederse a opciones de citación en consultas externas (revisiones post-alta, consultas con otros servicios, etc.), inclusión en lista de espera quirúrgica, derivaciones a otros centros, etc. y en general a cualquier otro ámbito de gestión de pacientes secundario al alta hospitalaria.

Coordinación organizativa del proceso asistencial

La gestión de pacientes en hospitalización debe permitir la adecuada coordinación entre los diferentes servicios que atienden al paciente: facilitando la gestión de interconsultas, programando pruebas diagnósticas en servicios centrales del propio hospital, en hospital de apoyo o de referencia o en servicios externos concertados, programando intervenciones, etc. Debe existir además un punto de referencia de pacientes y familiares desde el que se pueda facilitar información precisa y dar respuesta a todos los aspectos administrativos que genere su hospitalización.

Por otro lado, la identificación de problemas organizativos en el área de hospitalización debe impulsar el establecimiento de vías clínicas, guías y protocolos adecuados para determinados procesos; así como elaborar estrategias de cambio hacia modalidades de atención más adecuadas (corta estancia, ambulatorización de procesos, hospitalización a domicilio, etc.).



El correcto registro del episodio de hospitalización es además uno de los elementos fundamentales del Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del alta hospitalaria. Baste recordar que los diferentes CMBD definidos por las distintas Comunidades Autónomas se componen de tres grupos de datos: datos de identificación del paciente, datos administrativos de identificación del episodio y datos clínicos.

Pues bien, en el registro del episodio de hospitalización se actualizan los datos de identificación del paciente y se recogen los datos administrativos de identificación del episodio. Si pensamos que los sistemas de clasificación basados en el CMBD (como el más utilizado en nuestro país: Grupos Relacionados de Diagnóstico (GRD)) utilizan datos identificativos del paciente (como edad y sexo)

o administrativos identificativos del episodio (como el motivo de alta) para realizar las agrupaciones, entenderemos que –si importante es la codificación clínica del episodio para la asignación final del GRD– no lo es menos la correcta identificación de paciente y datos administrativos del episodio.

Por otro lado, buena parte de los indicadores de funcionamiento y casuística del área de hospitalización se obtienen del propio registro de hospitalización (estancia media, porcentaje de ocupación de camas, ...) o teniendo a éste como fuente del CMBD y agrupándolo posteriormente en GRD (índice de estancia media, índice funcional, ...); por lo que cualquier valoración organizativo-asistencial del área de hospitalización debe partir de medidas que garanticen la fiabilidad de estos datos.

4.- GESTIÓN DE LA ACTIVIDAD QUIRÚRGICA

La gestión de pacientes en el ámbito quirúrgico debe permitir centralizar y mantener actualizado el registro de pacientes pendientes de un procedimiento quirúrgico no urgente con o sin ingreso (lista de espera quirúrgica), facilitar el soporte organizativo e informativo de los servicios implicados en la actividad quirúrgica y favorecer la utilización adecuada y eficiente de los recursos adscritos a este área.

Para ello se precisan unos requerimientos básicos que permitan el registro,



mantenimiento y comunicación de pacientes en lista de espera quirúrgica, la preparación de estos pacientes para la cirugía programada, la gestión operativa de la programación quirúrgica, el registro de intervenciones y la coordinación y evaluación del proceso asistencial.

Registro de demanda quirúrgica (lista de espera quirúrgica)

Se entiende por lista de espera quirúrgica el conjunto de pacientes que en un momento dado se encuentran pendientes de una intervención quirúrgica (procedimiento diagnóstico o terapéutico para el que se prevé utilizar quirófano) no urgente, independientemente de si precisa o no hospitalización y del tipo de anestesia previsto.

Todos los hospitales deben disponer de un registro centralizado de pacientes en lista de espera, en la que se incluirán los pacientes que cumplan la definición anterior en el momento en que se establezca la indicación quirúrgica cierta. Los criterios, indicadores y requisitos mínimos, básicos y comunes en materia de información sobre las listas de espera para intervenciones quirúrgicas están regulados por el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud.

Al menos el registro debe incluir: datos de identificación y localización del paciente, fecha de inclusión en lista, médico y servicio responsable de su inclusión, diagnóstico, procedimiento quirúrgico previsto, prioridad clínica, tipo de cirugía (con/sin ingreso) y observaciones a tener en cuenta de cara al estudio preoperatorio, ingreso o intervención. Debe contar además con la conformidad del paciente para su inclusión en dicho registro.

El mantenimiento actualizado del registro de lista de espera quirúrgica es vital en cualquier organización sanitaria. Es necesario establecer mecanismos para la actualización permanente de:

– Datos administrativos del paciente, fundamentalmente los relativos a su localización que pueden variar mientras espera la intervención. Para ello el paciente debe disponer de un punto central de información (puede ser un teléfono específico al que llamar o cualquier otra vía que se articule) al que



dirigirse para modificar sus datos y obtener en todo momento información sobre su situación en lista de espera.

– Datos clínicos, fundamentalmente sobre variaciones en el procedimiento quirúrgico previsto, tipo de cirugía o cambios en la prioridad. Estas modificaciones deben ser comunicadas por el médico o servicio inmediatamente al responsable del registro para su actualización.

– Observaciones a tener en cuenta de cara al estudio preoperatorio, ingreso o intervención, que se deben ir añadiendo al registro para asegurar una adecuada programación.

Las salidas de lista de espera por los diferentes motivos que se establezcan, así como la actualización de los diferentes estados por los que puede pasar un paciente mientras está en la lista (no programable durante un tiempo por patología asociada, derivado a otro centro, etc.) se registrarán en tiempo real, expresando claramente las razones que justifican la salida o el movimiento anotado y teniendo en todos los casos la acreditación documental que se haya establecido.

Preparación pre-operatoria de pacientes en lista de espera quirúrgica La preparación para cirugía de los pacientes incluidos en lista de espera quirúrgica implica su selección (de acuerdo a los criterios establecidos en el centro, que en general se resumen en prioridad clínica y antigüedad en lista), gestión del preoperatorio (estudios y valoración pre-anestésica) y establecimiento de controles periódicos de todos los pacientes ya preparados para cirugía que no hayan sido intervenidos (para evitar la caducidad de sus estudios).

Una vez seleccionados los pacientes, se coordinan las citaciones para los estudios que precisen y la consulta de valoración pre-anestésica. Es necesario recibir información en tiempo real sobre los pacientes aptos para intervención quirúrgica, que engrosarán la bolsa de “programables”, así como disponer de información sobre la validez temporal del estudio preoperatorio realizado que marcará la última fecha posible de programación.



Gestión operativa de la programación quirúrgica

Podría decirse que hay casi tantos modelos de programación quirúrgica como hospitales y servicios, dado que incluso en el mismo hospital coexisten diferentes modelos. De hecho, la programación puede ser desde un trabajo individual hasta estar en manos de una comisión con miembros de diferentes servicios y estamentos.

Pero con independencia de cual sea el modelo, lo que es común a todos es la necesidad de disponer a la hora de programar de una relación de pacientes ya preparados para ser intervenidos, con todas las observaciones a ser tenidas en cuenta de cara a su ingreso (si procede) o su intervención.

Los pacientes programados constituyen un primer parte quirúrgico provisional, que con el tiempo establecido por cada centro se convertirá en definitivo. El parte quirúrgico ha de estar a disposición de cuantos servicios lo precisen, por lo que se debe asegurar su adecuada distribución. La confirmación del parte implica efectuar el aviso al paciente programado, verificando su conformidad y dándole las instrucciones precisas que debe tener en cuenta antes de su ingreso o intervención. Así mismo, implica gestionar la reserva de cama o puesto en hospital de día quirúrgico (si se trata de cirugía ambulatoria) o cualquier otro recurso que se precisara para garantizar el cumplimiento de la programación prevista.

Registro de intervenciones

Es necesario disponer de un registro de la actividad realizada en quirófano (tanto urgente como programada, con y sin ingreso) que permita gestionar adecuadamente el bloque quirúrgico. El registro de quirófano va intrínsecamente unido al registro de lista de espera quirúrgica (para poder enlazar con las intervenciones que proceden de ese registro) y a los registros de hospitalización u hospital de día quirúrgico (dependiendo del ámbito en que se realice la intervención).

En él se reflejará toda la actividad programada (procedente o no de lista de espera), tanto la realizada como la no realizada (especificando las causas de suspensión); así como las intervenciones urgentes (no previstas). El



registro quirúrgico informatizado permite obtener automáticamente la mayoría de los indicadores de funcionamiento y calidad del bloque quirúrgico como índices de utilización de quirófanos programados o índices de cancelaciones. La codificación con una terminología estandarizada (como puede ser CIE.9.MC) de diagnósticos e intervenciones facilita por un lado una explotación mucho más exhaustiva del registro (tiempos por tipo de procedimiento, procedimientos realizados, etc.) y por otro –volcada al CMBD correspondiente (de hospitalización o ambulatorio)– permite disponer casi en tiempo real de los procedimientos quirúrgicos ligados a ese episodio.

Coordinación y evaluación del proceso asistencial

La gestión de la actividad quirúrgica debe permitir la adecuada coordinación entre los diferentes servicios implicados: garantizando la inclusión y mantenimiento actualizado de la situación del paciente en la lista de espera, coordinando los estudios preoperatorios y valoración pre-anestésica, asegurando la estabilidad de la programación quirúrgica, etc. Es necesario un punto de referencia único de pacientes y familiares en el que se centralice la información disponible y se pueda dar respuesta a todos los aspectos administrativos que genere su espera de intervención quirúrgica y la posterior realización de la misma. Por otro lado, la identificación de problemas organizativos en el área quirúrgica debe impulsar el establecimiento de vías clínicas, guías y protocolos adecuados para determinados procesos, mejorando de esta forma el rendimiento y la efectividad en los mismos.

5.- GESTIÓN DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA

La gestión de la atención ambulatoria regula y programa el acceso de los pacientes a la asistencia sanitaria ambulatoria en el hospital y centros de especialidades dependientes de él. Incluye la gestión de pacientes en consultas externas y en la realización de procedimientos diagnóstico-terapéuticos ambulatorios que requieran programación previa. También se incluiría en esta gestión la del hospital de día y la hospitalización a domicilio



(por lo que tienen igualmente de ambulatorias), aunque sus requerimientos en cuanto a sistema de información son más similares a los de la hospitalización convencional.

5.1. Consultas externas y procedimientos diagnóstico-terapéuticos ambulatorios (con cita previa)

La gestión de pacientes en consultas externas y procedimientos diagnósticoterapéuticos ambulatorios debe garantizar la gestión de la cita previa y la captura de la actividad realizada. Para ello se precisan unos requerimientos básicos que permitan realizar una adecuada programación y gestión de agendas, gestión operativa de la solicitud de cita, difusión de la actividad programada, registro de actividad y coordinación organizativa del proceso asistencial.

Programación y gestión de agendas

La adecuada programación de las agendas donde se citarán las consultas externas y los procedimientos diagnóstico-terapéuticos comprende su definición y planificación.

Estas agendas contendrán todas las prestaciones programadas que se desarrollan en consultas externas y su conjunto integrará la Cartera de Servicios de consultas externas de Atención Especializada del Área.

Las agendas son definidas por el servicio y validadas por la dirección del centro.

El número de agendas responde a las características de cada centro y pueden definirse por especialidad y/o facultativo y/o tipo de patología.

Definir la estructura de una agenda requiere al menos:

- Identificarla con un código inequívoco.
- Servicio al que pertenece.
- Médico responsable.
- Centro (si la Atención Especializada del Área cuenta con varios centros).
- Ubicación física de la consulta (sala).
- Calendario: rango de fechas y días de la semana en que está funcionando.
- Horarios: rangos horarios en los que se programa.



– Tipos de prestación y número de pacientes citables por tipo: tipos de consultas o procedimientos para los que se define la agenda y número de pacientes asociado a cada uno. Puede definirse también por tiempo asociado a cada prestación.

– Acceso a la agenda (fundamentalmente si es accesible a Primaria directamente, a qué prestaciones y en qué número).

La definición de agendas debe ajustarse a los criterios, indicadores y requisitos mínimos, básicos y comunes en materia de información sobre las listas de espera de consultas externas y pruebas diagnósticas/terapéuticas que regula el Real Decreto 605/2003, de 23 de mayo, por el que se establecen medidas para el tratamiento homogéneo de la información sobre las listas de espera en el Sistema Nacional de Salud. En el citado Real Decreto se definen los conceptos de “consulta externa en atención especializada”, “primera consulta”, “prueba diagnóstica/terapéutica” y “primera prueba diagnóstica/terapéutica”, así como una serie de procedimientos a monitorizar, que deben tenerse en cuenta a la hora de definir las prestaciones en el centro y diseñar las agendas. Además, no hay que olvidar que éstos son tan sólo requisitos mínimos, por lo que el diseño de agendas ha de tener en cuenta otros requerimientos del servicio de salud o del propio centro.

Una vez definidas las agendas, la programación se completa con la planificación de las mismas. Esta planificación debe ser a largo plazo (con agendas operativas a no menos de 12 meses vista) y lo más estable posible para evitar reprogramaciones (con previsiones de cierres por vacaciones, permisos, etc. con suficiente antelación).

Una vez completada la programación es inevitable en el día a día realizar ajustes o adaptaciones puntuales de las agendas. A esto denominamos gestión de agendas y comprende los siguientes procesos:

– Bloqueo: inhabilitación transitoria (no estructural) de una agenda o parte de la misma.

– Sobrecarga: citación de pacientes por encima de la actividad definida.

A su vez estos procedimientos de gestión pueden en ocasiones conllevar:



- Anulaciones: cancelaciones de citas (sin nueva fecha).
- Reprogramaciones: cambios de fechas de citas.

Con el objeto de evaluar la gestión de las agendas deben quedar registrados al menos los bloqueos realizados (en qué fechas, qué usuario y por qué motivo), las fechas de anulaciones y motivo y las fechas de reprogramaciones, motivo, fecha inicial y fecha resultante.

Gestión operativa de la solicitud de cita

Los procedimientos de citación deben orientarse a favorecer la accesibilidad del paciente, así como a minimizar y agilizar el proceso administrativo. En consecuencia debe tenderse a suministrar la cita directamente al paciente en el momento de producirse la solicitud para la consulta o el procedimiento. En este sentido:

- Las prestaciones de primera consulta en Atención Especializada solicitadas desde Atención Primaria deben ser de gestión directa por parte de los equipos de Atención Primaria, con lo que el paciente abandonará la consulta de su médico de familia con la citación para el especialista correspondiente. Esto permite además un conocimiento de primera mano por parte del Equipo de Primaria sobre la situación de demoras y cuando se realizará la atención del paciente en concreto. Sólo en los casos en que el soporte informático no permita esta citación en tiempo real, se solicitarán las consultas a Especializada, que las tramitará el mismo día que las reciba re-enviándolas al centro inmediatamente.
- Las citas para consultas sucesivas tenderán a suministrarse en la propia consulta en el momento en que se indiquen por parte del especialista, al igual que las citaciones para procedimientos diagnóstico-terapéuticos complementarios.
- Se favorecerán en la medida de lo posible las citaciones múltiples (varias solicitudes) y combinadas (consultas y/o procedimientos dependientes entre sí) en un solo punto, evitando de esta forma hacer “viajar” a los pacientes por el centro.
- Si, excepcionalmente, se debe demorar la citación por no encontrarse



operativas las agendas (revisiones a un plazo superior al año, por ejemplo) se dejará constancia mediante el oportuno registro de que el paciente está pendiente de cita. Este registro debe funcionar como un “buzón de solicitudes”, que se irá vaciando en cuanto sea posible tramitar la cita, comunicándosela al paciente inmediatamente.

El registro y tramitación de solicitudes de citación debe garantizar la correcta identificación del paciente, datos sobre la petición y datos sobre la cita que se solicita.

La identificación del paciente se realiza accediendo al fichero índice de pacientes, actualizando sus datos variables si es necesario o generando una nueva historia clínica si es la primera vez que acude al centro. El número de identificación único asignado a cada paciente en su tarjeta sanitaria es el elemento de conexión más preciso e inequívoco para identificar al paciente desde Atención Primaria en el fichero de pacientes de Especializada, permitiendo además el volcado de todos los datos administrativos de tarjeta en las historias de nueva creación. En los casos en que la identificación no sea posible, se articularán medidas para registrar al paciente de modo provisional y se quedarán pendientes de completar sus datos en el momento en que acuda a la consulta.

Cada solicitud de cita se identificará a través de un número de episodio único, secuencial y constante, de forma que ese número identifique inequívocamente una cita concreta ligada a un paciente determinado. Los datos que identifican la petición de cita son al menos: nivel de asistencia (Primaria, Especializada del área, otro centro...), equipo de Atención Primaria/servicio/hospital (según nivel de procedencia) y médico. En el caso de que la petición no se haga efectiva de inmediato es necesario recoger además la fecha de petición. Si la tramitación es inmediata, se consignará automáticamente como fecha de petición la fecha en que se realiza la citación. Toda solicitud de cita entre diferentes facultativos (interconsultas) exige además un informe clínico en el que figuren al menos anamnesis, exploración física, exploraciones complementarias solicitadas, valoración diagnóstica (motivo de solicitud y diagnóstico de sospecha),



recomendaciones terapéuticas (tratamiento en curso) e información sobre incapacidad temporal.

Los datos que identifican la cita solicitada son al menos: servicio, agenda, tipo de prestación, prioridad clínica y tipo de financiación. En el caso de que la cita deba asignarse en un plazo determinado (por aplazamiento voluntario del paciente o a criterio médico) es necesario recoger además la fecha de cita. Si la asignación de día y hora para la visita es para el primer hueco libre, se consignarán automáticamente en el registro la fecha y hora de cita asignadas.

Es necesario que la tramitación de solicitudes vaya ligada al menos a la impresión de una acreditación documental (justificante de cita) de la cita proporcionada, en la que figure como mínimo la identificación del paciente, la prestación citada, fecha, hora y lugar de realización. En esta acreditación que se entregará al paciente deberán figurar además teléfonos o puntos de contacto que le permitan modificar su cita, anularla o comunicar en general cualquier incidencia que pueda surgir entre la fecha de citación y la fecha de cita asignada, intentando de esta forma minimizar en lo posible el volumen de citas fallidas por incomparecencia de los pacientes. Es conveniente además recordarle en la propia acreditación la necesidad de acudir a la cita con informes o resultados de pruebas que se le hayan podido realizar con anterioridad.

En el caso de tramitación de solicitudes múltiples o combinadas, la acreditación documental debe contemplarlas en su conjunto (un sólo justificante conteniendo todas las citas), para evitar extravíos y favorecer sobre todo la coordinación de consultas que requieran la previa realización de exploraciones complementarias.

Difusión de la actividad programada

La difusión de la actividad programada se desarrolla en dos grandes líneas:

- Soporte operativo de la asistencia (programación diaria): pacientes citados por agenda y prestación.
- Información para gestión de listas de espera: pacientes pendientes de cita



y demoras existentes.

Registro de actividad

Es preciso que exista un registro centralizado de actividad ambulatoria (consultas externas y pruebas diagnóstico-terapéuticas) que permite gestionar adecuadamente este área. Este registro contiene la totalidad de citas tramitadas (validando las prestaciones programadas efectivamente realizadas y consignando las no realizadas), así como las prestaciones realizadas sin cita previa. La captura de actividad permite además etiquetar con mayor precisión el tipo de asistencia realizada: modificando el tipo de prestación o especificando por ejemplo si se trata de consultas de alta resolución (en las que en un mismo día se realizan al paciente las exploraciones complementarias solicitadas y recibe diagnóstico y orientación terapéutica).

Coordinación organizativa del proceso asistencial

La gestión de la actividad ambulatoria debe ir encaminada en primer lugar a desarrollar y mejorar la comunicación y coordinación necesarias entre niveles asistenciales del área, otros centros de referencia y los diferentes servicios de Especializada; dado que es sin duda alguna uno de los puntos críticos en la garantía de continuidad de la asistencia del paciente. Se constituye así en punto de referencia de pacientes y familiares sobre el funcionamiento de los servicios, trámites y circuitos de acceso para cualquier aspecto administrativo relacionado con la atención ambulatoria. Proporciona además el soporte operativo preciso a las unidades asistenciales, coordinando acciones entre diferentes áreas del hospital y es fuente de información precisa que permite identificar y priorizar problemas en relación con la accesibilidad de los pacientes a la atención ambulatoria.

5.2. Hospital de día

La gestión de pacientes en el hospital de día debe regular las atenciones en este área, ayudando a una adecuada programación de acuerdo a los criterios establecidos por el hospital, favoreciendo la mejor ubicación posible de los pacientes y garantizando una distribución razonable de los



mismos. Para ello se precisan unos requerimientos básicos que permitan realizar la solicitud de atenciones y programación de las mismas, gestión de puestos, registrar el episodio de atención en hospital de día y coordinar organizativamente el proceso asistencial.

Los hospitales de día son áreas del hospital con una serie de puestos (camas o sillones), no definidos como camas de hospitalización, destinadas a la atención de pacientes programados para procedimientos quirúrgicos, diagnósticos o terapéuticos susceptibles de ser realizados ambulatoriamente. Se clasifican de modo genérico en quirúrgicos y médicos:

– En el hospital de día quirúrgico (también llamados Unidades de Cirugía Sin Ingreso (UCSI)) el paciente acude al hospital el mismo día de la intervención, se le recibe y prepara, se le interviene en el quirófano correspondiente, vuelve al hospital de día quirúrgico y – si cumple los criterios de alta - regresa a su domicilio ese mismo día.

– En el hospital de día médico el paciente acude al hospital, se le realizan el/los procedimientos diagnósticos o terapéuticos programados y –si cumple los criterios de alta– regresa a su domicilio ese mismo día. Habitualmente por sus especiales características se diferencia entre hospitales de día oncológicos, hematológicos, de SIDA, geriátricos, psiquiátricos (destinados a procedimientos terapéuticos de este tipo de patologías) y otros médicos (destinados tanto a procedimientos terapéuticos de otras patologías que no encajan en los anteriores (enfermos reumatológicos, neurológicos, cardiológico, etc.), como a procedimientos diagnósticos que venían realizándose en hospitalización convencional y están ambulatorizándose cada vez en mayor medida: biopsia hepática, PAAF abdominal, pulmonar, etc.).

Solicitud de atenciones

Es preciso que exista un registro de solicitud de atenciones (inclusiones en lista de espera quirúrgica sin ingreso, lista de espera para procedimientos en hospital de día médico, etc.) con los datos administrativos y clínicos que



permitan identificar y clasificar esa solicitud: identificación del paciente, servicio por el que deben ser atendidos, prioridad, patología, condicionantes (cama o sillón, analítica a la llegada, etc.).

Programación de atenciones

Es preciso elaborar una programación de atenciones previstas con el fin de realizar reserva de puesto con anterioridad a la llegada del paciente. La programación de atenciones en el hospital de día quirúrgico va ineludiblemente enlazada con la programación quirúrgica.

Gestión de puestos

A toda solicitud de atención se le asignará puesto, teniendo en cuenta la distribución de puestos por tipo de hospital de día (médico o quirúrgico) y servicio, las indicaciones del médico solicitante de la atención, los datos clínicos y nivel de cuidados que precise y la priorización que se establezca en cuanto a la utilización de los puestos disponibles.

Registro del episodio de atención en hospital de día

Es preciso que exista un registro centralizado de atenciones en el hospital de día, que garantice la correcta identificación del paciente y los datos de la asistencia.

La identificación del paciente se realiza accediendo al fichero índice de pacientes, actualizando sus datos variables si es necesario. Cada atención se identificará a través de un número de episodio único, secuencial y constante, de forma que ese número identifique inequívocamente un episodio de atención en hospital de día concreto ligado a un paciente determinado. Los datos que identifican el episodio de atención en hospital de día son al menos: fecha y hora de atención, procedencia, motivo, tipo de financiación, servicio, diagnóstico, procedimiento previsto y puesto. Es necesario que el registro de atención en hospital de día vaya ligado a la generación de cuantos documentos se precisen como apoyo a la asistencia (etiquetas, etc.) o de tipo administrativo (justificante de atención, ...).

Una vez que se produce la finalización de la atención se registran los datos



que permitirán cerrar el episodio asistencial, que son al menos: fecha y hora de salida, motivo, servicio y médico responsable del alta, diagnóstico y procedimiento realizado.

El cierre del episodio debe ir ligado a cuantos documentos se precisen (justificantes, etc.). Es necesario además enlazar el registro de hospital de día con hospitalización (en el caso de ingresos hospitalarios procedentes de hospital de día), así como permitir la generación de cuantos documentos se precisen para realizar este tipo de ingresos urgentes. Es muy conveniente el acceso directo desde el hospital

de día a opciones de citación en consultas externas (revisiones post-atención, consultas con otros servicios, etc.), inclusión en lista de espera quirúrgica, nueva solicitud de atención en hospital de día médico (para procedimientos con una secuencia

definida, como la sesiones quimioterápicas por ejemplo), derivaciones a otros

centros, etc. y en general a cualquier otro ámbito de gestión de pacientes secundario

a ese episodio de atención.

Coordinación organizativa del proceso asistencial

La gestión de pacientes en el hospital de día debe permitir la adecuada coordinación entre los diferentes servicios que atienden al paciente; así como constituir el punto de referencia de pacientes y familiares para todos los aspectos administrativos que genere su atención en el hospital de día. Por otro lado, disponer de información adecuada sobre el hospital de día permite avanzar en la posibilidad de seguir aumentando el número de procesos ambulatorizables, descongestionando la hospitalización convencional.

5.3. Hospitalización a domicilio

Una de las alternativas a la hospitalización convencional son los servicios de hospitalización a domicilio. La gestión de pacientes en estas unidades debe regular los ingresos y altas de este área, ayudando a una adecuada



programación de acuerdo a los criterios establecidos por el hospital. Para ello se precisan unos requerimientos básicos que permitan realizar la solicitud de ingresos y programación de los mismos, gestión de la capacidad de atención disponible (“camas”), registrar el episodio de “hospitalización” y coordinar organizativamente el proceso asistencial.

Solicitud y programación de ingresos

El ingreso en hospitalización a domicilio no lo es en sentido estricto, puesto que se trata de una modalidad de atención ambulatoria. Se define el ingreso como paciente aceptado para ser atendido en hospitalización a domicilio. Estos pacientes pueden proceder de cualquier servicio de hospitalización tradicional, del área de urgencias, de consultas externas, de otro hospital o de un equipo de atención primaria.

Gestión de “camas”

Aunque las unidades de hospitalización no disponen de camas físicas sí tienen un número de pacientes que pueden gestionar (en función del personal adscrito).

Este número máximo de pacientes atendibles constituye su número de “camas” posible. Es necesario garantizar en todo momento la actualización de la situación de las “camas” (fundamentalmente a partir de la comunicación en tiempo real de las altas), con el fin de disponer de datos fiables sobre ocupación. Además es necesario, en colaboración con las propias unidades, realizar estudios de utilización (adecuación de ingresos y/o estancias).

Registro del episodio de atención en hospitalización a domicilio

Es preciso que exista un registro centralizado de ingresos, que garantice la correcta identificación del paciente y los datos de la asistencia.

La identificación del paciente se realiza accediendo al fichero índice de pacientes, actualizando sus datos variables si es necesario.

Cada ingreso se identificará a través de un número de episodio único, secuencial y constante, de forma que ese número identifique



inequívocamente un episodio de ingreso en hospitalización a domicilio (no computable como ingreso hospitalario) concreto ligado a un paciente determinado. El registro de hospitalización a domicilio debe estar enlazado con el de hospitalización convencional (altas de hospitalización son ingresos en hospitalización a domicilio), urgencias (salidas de urgencias son ingresos en hospitalización a domicilio), hospital de día y consultas externas.

Los datos que identifican el episodio de ingreso en hospitalización a domicilio son al menos: fecha y hora de ingreso, procedencia, motivo, tipo de financiación y diagnóstico. Es necesario que el registro de ingreso en hospitalización a domicilio vaya ligado a la generación de cuantos documentos se precisen como apoyo a la asistencia (etiquetas, etc.) o de tipo administrativo (justificante de ingreso, ...). Una vez que se produce el alta en hospitalización a domicilio se registran los datos que permitirán cerrar el episodio asistencial, que son al menos: fecha y hora de alta, motivo, médico responsable del alta y diagnóstico de alta. El cierre del episodio debe ir ligado a cuantos documentos se precisen (justificantes, etc.) y a cualquier otro ámbito de gestión de pacientes secundario a ese episodio de atención (citación en consultas externas, derivaciones, etc.).

Coordinación organizativa del proceso asistencial

La gestión de pacientes en hospitalización a domicilio debe permitir la adecuada coordinación entre los diferentes servicios que atienden al paciente: programando pruebas diagnósticas en servicios centrales del hospital o en centros concertados, gestionando interconsultas, etc. Por otro lado, el correcto registro de los pacientes atendidos en hospitalización a domicilio debe permitir obtener de formas automatizada los indicadores de funcionamiento y calidad definidos para evaluar esta área; además de impulsar la atención en su domicilio de determinados procesos, aportando comodidad y mayor calidad asistencial a los pacientes.

6.- DERIVACIONES INTERCENTROS

La gestión de derivaciones intercentros coordina las solicitudes de



asistencia urgente y programada entre centros y valora la adecuación de las mismas a las normas de derivación y a los procedimientos vigentes en cada momento. Para ello se precisan unos requerimientos básicos que permitan realizar las solicitudes y tramitación de atención sanitaria de/a otros centros y la gestión del transporte sanitario adecuado. Es necesario en general recepcionar y registrar las solicitudes de asistencia dirigidas al propio centro o desde éste a otros centros, gestionar las solicitudes y mantener actualizado el registro de las mismas, tramitar la documentación clínica precisa para la asistencia y coordinar organizativamente el proceso asistencial.

Recepción, registro y tramitación de solicitudes de/a otros centros

El registro –tanto en el caso de solicitudes de asistencia dirigidas al propio centro como las que éste dirige a otros centros– debe garantizar en primer lugar la correcta identificación del paciente: accediendo al fichero índice de pacientes y actualizando sus datos variables si es necesario o generando una nueva historia clínica si no la tiene abierta en el centro.

La tramitación de solicitudes de asistencia dirigidas al propio centro se realizará en función de los criterios y las prioridades establecidas por el hospital o servicio de salud correspondiente y –una vez autorizadas– el procedimiento a seguir será el adecuado a la modalidad asistencial que se precise (hospitalización, quirúrgica, ambulatoria, etc.). En cualquiera de las modalidades de atención se reflejará la procedencia externa de esa solicitud.

El registro de solicitudes de asistencia desde el propio centro debe contener – además de los datos de identificación del paciente - al menos los siguientes datos: identificación del solicitante (centro, servicio, médico), prestación solicitada (prueba, técnica, consulta, ...), fechas de solicitud y de tramitación e identificación de la unidad, servicio u hospital al que se deriva. En el caso específico de derivaciones de pacientes quirúrgicos a otros centros se deben seleccionar –en coordinación con los servicios quirúrgicos– los pacientes susceptibles de derivación (de acuerdo a los



criterios definidos), comunicándole al paciente la propuesta de derivación y dejando constancia en el registro de lista de espera quirúrgica de la nueva situación (derivado o rechazo de derivación, según proceda).

Gestión de solicitudes a otros centros

Es necesario mantener actualizado permanentemente el registro de derivaciones con el fin de disponer en todo momento de información sobre la situación del paciente. Deben establecerse por tanto los procedimientos oportunos que permitan registrar al menos: la aceptación o rechazo de la derivación y la fecha de realización de la prestación solicitada (o fecha de recepción de resultados).

Tramitación de la documentación clínica

Según establezca la normativa del centro, junto a la tramitación de la solicitud se tramitará la documentación clínica precisa, garantizando en todo momento la confidencialidad de la misma.

Coordinación organizativa del proceso asistencial

La gestión de derivaciones intercentros establece los cauces de comunicación y coordinación entre centros y niveles asistenciales, tanto para gestionar aquellos casos que precisen una asistencia urgente como para gestionar la continuidad en la atención en asistencias programadas. Debe existir para ello un punto de referencia de pacientes y familiares desde el que se pueda facilitar información precisa sobre todos los expedientes abiertos (tramitados sin resolver), manteniendo actualizadas las incidencias que puedan surgir (rechazos por parte del centro al que se deriva, cambios de centro, aplazamientos, etc.).

RESUMEN Y CONCLUSIONES

La gestión de pacientes tiene como objetivo organizar y gestionar el flujo de pacientes por los distintos servicios de Atención Especializada. Para ello debe organizar y gestionar operativamente tanto el acceso como la demanda de los usuarios a las prestaciones de asistencia especializada, coordinarse con otras instituciones sanitarias para las derivaciones



intercentros y establecer los cauces de comunicación necesarios con Atención Primaria.

En el área de Urgencias la gestión de pacientes tiene como objetivos básicos garantizar un soporte organizativo e informativo adecuado, que permita en todo momento conocer en tiempo real los pacientes que están siendo atendidos y obtener información sobre la actividad desarrollada en este área.

La gestión de pacientes en el ámbito de hospitalización regula los movimientos de este área (ingresos, traslados y altas), gestionando adecuadamente las camas, favoreciendo la necesaria coordinación entre los diferentes servicios que atienden al paciente y garantizando la fiabilidad de la información registrada.

En lo que respecta a la actividad quirúrgica, la gestión de pacientes debe permitir centralizar y mantener actualizado el registro de lista de espera quirúrgica, facilitar el soporte organizativo e informativo adecuado a los servicios implicados y favorecer la utilización adecuada y eficiente de los recursos adscritos a este área.

La gestión de pacientes ambulatorios es sin duda uno de los aspectos más cambiantes y que más crecimiento está experimentado en Atención Especializada. Por un lado, en lo que respecta a las consultas externas y pruebas diagnóstico-terapéuticas ambulatorias se está experimentando un importante crecimiento de la demanda, a la vez que una mayor preocupación social y política por estas listas de espera.

Esta circunstancia ha hecho adquirir renovado protagonismo a la garantía de cita previa (sólo posible con agendas adecuadas, estables y accesibles) y a la recogida de información fiable sobre actividad realizada, avanzando aunque aún muy tímidamente en la tipificación de esta actividad (primeras, sucesivas, alta resolución, procedimientos quirúrgicos en consulta...). Lejano vemos aún el registro de demanda ambulatoria con datos clínicos que permitan valorar mucho más adecuadamente estas listas de espera. Tampoco acabamos de consolidar en nuestro país un sistema de información sobre actividad realizada que vaya más allá del número de



pacientes atendidos y nos permita clasificarlos clínicamente; aunque hay algunas experiencias en este sentido utilizando agrupadores “ad hoc”, que permiten albergar esperanzas en este sentido.

Mucho se ha avanzado sin duda en los últimos años en nuevas modalidades ambulatorias: la cirugía ambulatoria es no sólo una realidad consolidada, sino que hay especialidades quirúrgicas que han virado prácticamente toda su actividad de hospitalización a esta modalidad ambulatoria. Lo mismo sucede con la importancia creciente de los hospitales de día y la ya larga experiencia de muchas unidades de hospitalización a domicilio. Los procedimientos de gestión de pacientes se han tenido que adaptar para dar soporte a estas nuevas formas de asistencia y la información se ha integrado en los sistemas de información clínica existentes.

La gestión de derivaciones intercentros debe permitir mantener la cohesión de la organización sanitaria ante el paciente y garantizar su acceso a las prestaciones sanitarias que proporciona el Sistema Nacional de Salud.

En resumen y con independencia del modelo de gestión de pacientes que se adopte, éste siempre debe constituir el esqueleto central de un sistema integrado de información clínica.



ANEXO AN° IV

GLOSARIO DE TÉRMINOS ESPECÍFICOS DE CALIDAD

GLOSARIO DE TÉRMINOS ESPECÍFICOS

Atención Personalizada : es el producto natural que un cliente percibe o recibe, cuando una organización dirige sus procesos a obtener la satisfacción de sus expectativas y sus necesidades.

Beneficio: se entiende por beneficio el que la entidad le brinda al usuario en función de su condición de beneficiario. Los beneficios contemplan cualquier prestación médico-asistencial y los t otros servicios considerados adicionales.

Beneficiario : persona que recibe el beneficio en la población de una Obra Social.

Brainstorming o Tormenta de ideas: Metodología de trabajo en equipo. Se trata de otorgar un tiempo determinado para que todos los integrantes del equipo conformado, puedan expresarse libremente con la amplitud requerida sin análisis de factibilidad y sin censura previa, expresando ideas concretas que ayuden a resolver el problema que convoca al equipo.

Cliente : es el que recibe un producto o un servicio, o que es directamente afectado por estos. El cliente puede ser externo o sea que no pertenece a la empresa pero recibe el producto o servicio o está afectado por estos. El cliente interno es un miembro de la empresa afectado por el producto o por el proceso del mismo.

Cobertura : Alcanza a la totalidad de las prestaciones médico-asistenciales a las que el beneficiario tiene derecho a acceder y la empresa obligación de proveer siempre



ajustados a las normas establecidas que los vinculan.

Comunicación : transferencia de información y comprensión de una persona a otra.

Conflicto : situación que se genera cuando una parte involucrada en un proceso, percibe que otra parte afecta o está por afectar negativamente, algo que le importa directamente a la primera.

Crónico : término que se aplica a enfermedades cuyo periodo de estado es prolongado en el tiempo y requiere observación o tratamiento.

Disfunción : anormal funcionamiento

Eficacia : Lograr el objetivo como se había previsto, acorde a metas precisas elaboradas para alcanzar el resultado deseado.

Eficiencia : Término que indica la medición de la capacidad de actuación de un sistema o sujeto en lograr el cumplimiento de un objetivo, racionalizando adecuadamente los recursos utilizados para lograrlo.

Epidemiología : Es la ciencia que estudia la incidencia, distribución y control de las enfermedades en las poblaciones. Identifica el origen de la enfermedad, el modo de transmisión y los factores de riesgo.

Equipo de trabajo : conjunto de personas que como resultado de accionar en común, dan como resultado un desempeño mayor que la suma de aquellas contribuciones individuales.



Fortaleza : Representa a los aspectos actuales de la situación de la Empresa, que favorecen el cumplimiento de la misión que la entidad se ha propuesto.

Gestión para la calidad : Se compone de tres procesos denominados Trilogía de Jurán

Planificación de la calidad, que es la actividad de desarrollo de los productos y procesos requeridos para satisfacer las necesidades de los clientes. Implica una cantidad de secuencias que en esencia son:

- determinar quienes son los clientes
- determinar cuales son las necesidades de los clientes
- desarrollar las características de los productos que responden a las necesidades de clientes.
- desarrollar los procesos que sean capaces de producir aquellas características del producto.
- Transferir los planes resultantes a las fuerzas operativas

Control de Calidad, este proceso consta de los siguientes pasos

- evaluar el comportamiento real de la calidad
- comparar el comportamiento real con los objetivos de la calidad
- actuar con las diferencias

Mejora de la Calidad este proceso es el medio de elevar las cotas de la calidad a niveles sin precedentes (avances). La metodología consta de una serie de pasos universales.

- establecer la infraestructura necesaria para conseguir una mejora de la calidad anualmente.
- identificar las necesidades concretas para mejorar los proyectos de mejora
- establecer un equipo de personas para cada proyecto con una responsabilidad concreta de llevarlo a término efectivo
- proporcionar los recursos la motivación y la formación necesarias para que los equipos diagnostiquen las causas, fomenten las soluciones y determinen los controles para mantener los beneficios



Grupo de trabajo : al conjunto de personas que interactúan primordialmente para compartir información y tomar decisiones para ayudarse mutuamente en su desempeño dentro de su área de responsabilidad.

Herramientas y métodos : han de ser conocidos por todos para que el rigor presida el análisis de todos los procesos. Se utilizan distintos tipos de diagrama (de flujo, de árbol, de causa efecto) para el estudio del proceso y del sistema, que se completan con otras herramientas de información estadística y trabajo en equipo. Además, las herramientas de planificación y análisis permiten la utilización de datos cualitativos, mediante el diagrama de afinidad, matricial, de relaciones, etc.

Innovación : creación o modificación de un producto y su introducción en el mercado.

Manejo de conflictos : el uso de técnicas de solución y estimulación para lograr el nivel deseado de conflicto.

Mejora continua : esfuerzos permanentes de una organización o persona, para detectar fallas previniéndolas o solucionándolas, como asimismo para incorporar todo tipo de conocimiento o habilidad, en busca de su permanente desarrollo.

Misión : declaración del alcance del negocio actual y de las competencias únicas que la empresa ha desarrollado y seguirá haciendo en el futuro.

Normatización (de procesos) : Actividad que está orientada a establecer soluciones permanentes con el fin de resolver problemas comunes que se repiten, de manera tal que se logre optimizar el grado de eficiencia y la economía en un contexto dado. Consiste en formular, publicar e implementar normas.

Pacientes : Individuos que por su salud, reciben asistencia médica de aquellos que proveen bienes y servicios sanitarios.



Plan de desarrollo estratégico : Es un plan elaborado para alcanzar determinados objetivos a mediano o largo plazo. Contiene normalmente -y como mínimo- acciones en el campo político institucional de la empresa, en el campo de los recursos económicos y en el de los recursos humanos.

Prestación médica : Una prestación médica es una acción o servicio que se oriente a brindar servicios médicos para promocionar, prevenir controlar o rehabilitar la salud,

Prevalencia : número de casos de una enfermedad en una población definida, en un momento determinado.

Prevención : acción y efecto de prevenir. Disposición anticipada para evitar un riesgo conocido o ejecutar una cosa.

Proceso : Es el trabajo que uno hace para para producir el servicio o el producto que se entrega al cliente. Es importante determinar qué se necesita en cuanto a insumos para la realización de un proceso. Esos insumos pueden ser materiales, de información u orientación.

También es necesario entender cómo el proceso le agrega valor al insumo, que recibe para poder producir el producto con la calidad requerida por el cliente.

Programático : Relativo o que pertenece al programa, declaración de lo que se piensa hacer en alguna materia.

Salud : Estado de bienestar completo, físico, psíquico y social. No es sólo la ausencia de enfermedad.

Situación : conjunto de circunstancias presentes en su momento.



Terapéutica : parte de la medicina que se ocupa de los preceptos y remedios pñara el tratamiento de enfermedades.

Visión estratégica : Modelo ideal y conceptual de la empresa que se desea alcanzar con su organización dentro de un horizonte temporal definido.