

Intervención en el Proceso de atención de pacientes quirúrgicos en el Hospital Zonal
Presidente Alvear. Gustavo Blanco



UNR



UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO

CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS

**MAESTRÍA EN GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE
SALUD**

GESTION DE TURNOS QUIRURGICOS

**Intervención en el Proceso de atención de pacientes
quirúrgicos en el Hospital Zonal “Presidente Alvear”.**

Maestrando: Gustavo Blanco

Directora: Natalia Echevoyemberry

Co-directora: Romina Duarte

Comodoro Rivadavia, 5 de mayo 2023

Intervención en el Proceso de atención de pacientes quirúrgicos en el Hospital Zonal
Presidente Alvear. Gustavo Blanco

Agradecimientos: a mi familia que compartió conmigo las horas que dediqué a la Maestría y que apoyó la finalización de la misma.

ÍNDICE

I-	RESUMEN	1
II-	INTRODUCCIÓN	3
	SITUACIÓN PROBLEMÁTICA	
III-	JUSTIFICACIÓN	7
	Descripción del contexto, formulación y construcción del problema	
IV-	MARCO CONCEPTUAL	28
V-	OBJETIVO DE INTERVENCIÓN	33
	Objetivos Generales	
	Objetivos Específicos	
VI-	PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	34
	METODOLOGÍA	34
	RESULTADOS	46
	CONSIDERACIONES ÉTICAS Y CONFLICTO DE INTERESES	49
	DISCUSIÓN	50
VII-	CONCLUSIÓN FINAL	54
VIII-	BIBLIOGRAFÍA	59
ANEXOS	1.	61
	2.	6

I- RESUMEN

La asignación de turnos quirúrgicos es una pieza clave dentro de la actividad asistencial de cualquier ente de salud y su correcta implementación en una institución no es una tarea sencilla.

El establecimiento de salud debe ser capaz de ofrecer prestaciones dentro de los estándares de calidad requeridos, cumpliendo con los requisitos de la normativa vigente.

Para ello requiere en primer lugar la decisión de ordenar, sistematizar y medir procesos y resultados. Valorar una amplia gama de recursos humanos, tecnológicos materiales, y económicos. Estos elementos se congregan en conjuntos integrados, donde la estructura sostiene los procesos y éstos los resultados. En este conjunto todo está ligado y lo que afecte aun elemento tiene repercusión en el conjunto y en el producto final.

En el Hospital Zonal “Presidente Alvear” (HZA), situado en la ciudad de Comodoro Rivadavia, esta actividad suponía una problemática que demandaba una intervención.

En el marco de la cursada y culminación de la Maestría en Gestión de Servicios de Salud y, conjuntamente con la dirección médica del HZA, tuvo lugar una intercesión orientada a brindar soluciones para esta problemática, que consistió en el diseño y la aplicación de un dispositivo que mejoraría el circuito prequirúrgico de turnos.

El objetivo principal de la **Gestión para la asignación de turnos quirúrgicos** consistió en una intervención desde el momento en que el/la paciente ingresara al consultorio del cirujano/a por primera vez, hasta el momento de su cirugía programada. Palabras claves: Calidad de atención
- Satisfacción en la atención – Organización de los procesos de quirófano
- Gestión de turnos quirúrgicos - Intervención Sanitaria

II- INTRODUCCIÓN

La coordinación para la asignación de turnos quirúrgicos en la Provincia del Chubut no presenta de forma definida un marco administrativo desarrollado dentro de los estamentos de la administración pública.

La falta de visibilización de las demoras en los turnos quirúrgicos, como sus reprogramaciones, no aparecen dentro de los objetivos del plan estratégico de salud de la Provincia del Chubut para el período 2017/2019. No hay, a la fecha, ningún delineamiento publicado para la coordinación de las cirugías en los hospitales públicos de la provincia. (Ministerio de Salud de la Provincia del Chubut. *Plan estratégico de Salud del Chubut 2017/2019*, Arg. Recuperado de: www.ministeriodeSalud.chubut.gov.ar)

“Un sistema de gestión es una herramienta organizacional, aplicable a cualquier actividad, que posibilita desarrollar las actividades previstas dentro de un marco operativo que permita, desde la planificación inicial hasta lograr el objetivo, poder reproducir lo realizado, medir objetivamente y evaluar los puntos de cambio o propuestas de mejoras”.

Este concepto motivador, incluido entre los argumentos esgrimidos de la Asociación Argentina de Cirugía General en el apartado “Mejora continua del bloque quirúrgico” del *Manual de Gestión para la mejora continua* (2020, p. 3), posibilitó la idea de realizar una mejora en la gestión de turnos quirúrgicos del HZA.

Tomando por caso los hospitales públicos de Comodoro Rivadavia que presentan infraestructura necesaria para la realización de cirugías, cabe mencionar que, producto de una recopilación previa, podemos reconocer que el Hospital Regional “Víctor Manuel Sanguinetti”, un hospital público de referencia en la zona, con una complejidad nivel 8, no presenta un protocolo de coordinación de turnos quirúrgicos. La metodología que aplican para trabajar sobre este asunto, precaria según nuestra

consideración, consiste en una agenda manual elaborada en un cuadro de Excel.

Por otro lado, en el HZA, que es donde se realizó la intervención de este Trabajo Final (TF), durante muchos años se procedió de la misma manera que en el Hospital Regional.



Hospital Zonal Presidente Alvear

Debido a que paralelamente al desempeño de mis funciones en esta institución yo me encontraba cursando la Maestría en Gestión de Servicios de Salud, pudimos mancomunar esfuerzos y trabajar en conjunto entre la Dirección Médica del HZA y la propuesta de cierre de la Maestría para realizar una intervención que atendiera esta necesidad.

La población a intervenir involucró a los/las afiliados/as de PAMI vinculados/as con el Área Programática Sur de Chubut. Se trata de personas jubiladas, mayores de 60 años, que habitan el sur de la provincia, el cual se circunscribe a las ciudades de Comodoro Rivadavia, Sarmiento, Río Mayo, Río Senguer, Camarones y Rada Tilly. Lo que se constituye en una población total de 22000 adultos/as mayores afiliados/as a Pami. Unidad de gestión 17 (2020).

Dado que desde hace 10 años participo como cirujano en la labor del quirófano de este hospital, emergen reflexiones propias al respecto de las eventualidades que ocurren a medida que los pacientes transitan por los turnos quirúrgicos. Siendo partícipe del proceso como soy puedo alcanzar una amplia perspectiva respecto de esta situación, que contempla: por un lado, un sinnúmero de situaciones que requerirían individualmente una intervención, a lo largo de todo el peregrinar del/la paciente desde que solicita su turno hasta que es operado/a (Fleury et al, 2013); y, por otro lado, los obstáculos que se le presentan al personal de salud, en particular a quienes realizan prácticas quirúrgicas, para poder llegar a operar a una persona.

Aún hoy, pese a la intervención que estableció una dinámica que todavía se desarrolla en el hospital como producto de este TF, sigue siendo laboriosa la realización de una cirugía programada, dado que varios factores condicionan la misma, desde el momento en que una persona saca un turno con un especialista.

Entre ese momento inicial y el de la intervención quirúrgica per se, estos factores abarcan también etapas intermedias como la realización de los estudios prequirúrgicos, el seguimiento de los mismos y la obtención de la reserva de cama correspondiente para cada paciente. Todas las cuales, al momento de nuestra intervención, carecían de coordinación y articulación entre sí. Razón por la que era muy numeroso el índice de suspensiones operatorias y a su vez el número de cirugías a reprogramar.

Otros factores que entorpecían el proceso al momento de intervenir eran: la desconexión entre el consultorio y la institución, la falta de conocimiento de la institución de los pacientes que se realizaban los estudios prequirúrgicos en curso, la falta de coordinación para la obtención de camas, las fallas en la optimización del quirófano para realizar la mayor cantidad de cirugías, la falta de intervención para la reprogramación quirúrgica. **El principal factor determinante en la dificultad de optimización del sistema de turnos operatorios, y por lo tanto, el primer elemento sobre**

el cual intervenir, fue la desconexión entre el consultorio de cada especialista y la institución.

Así, el objetivo principal consistió en modificar el circuito prequirúrgico para el rango poblacional mencionado, el de afiliados/as a PAMI, con la pretensión de mejorar en varios aspectos el flujo de pacientes al quirófano para optimizarlo, desde que ingresan al consultorio del cirujano por primera vez hasta el momento de su cirugía programada.

Por todo esto, las motivaciones propias de este trabajo se basaron en las premisas de: por un lado, mejorar la calidad en la atención y, por otro, proporcionar un instrumento técnico administrativo que sirviera de guía a los pacientes y al personal para programar una intervención quirúrgica.



III- JUSTIFICACIÓN

Descripción del contexto, formulación y construcción del problema

El Ministerio de Salud de la provincia presenta una estructura separada en cuatro Secretarías y tres Áreas Programáticas (Norte, Oeste y Sur). La conformación del Área Programática Sur tiene como Hospital de cabecera al H. Regional Víctor M. Sanguinetti, de complejidad nivel 8 (el cual, tal como he anticipado en la introducción, no cuenta con un protocolo de intervención de turnos quirúrgicos), erigido en la zona céntrica de Comodoro Rivadavia.

En cuanto a hospitales públicos que presenten la infraestructura necesaria para realizar cirugías, que es lo que nos compete en este TF, en Comodoro Rivadavia sólo contamos con el antedicho y con el HZA, en donde hemos trabajado con el presente dispositivo de intervención, erigido en la Zona Norte de Comodoro Rivadavia.

Desde el año 2009, el HZA presta servicio en la atención pormenorizada de la obra social PAMI. Esta atención se circunscribe directamente a la internación. El ámbito privado no tiene convenio para atención de segundo y tercer nivel, por lo que se comparte atención e internación con el hospital de cabecera cuando la capacidad se satura.

El HZA posee un organigrama que data del mismo año (2009), cuando fue creado por Decreto Prov. Nº 507 del 11/05/2009 y se lo incluyó así dentro del marco institucional de la Provincia del Chubut.

Desde sus comienzos, esta institución se generó para atender una necesidad no solo del sistema de salud sino también de la población, especialmente de cobertura de pacientes de la tercera edad.

Como desarrollaré más adelante, este Hospital, cuya creación data desde hace 88 años, es una institución emblemática e histórica, que en sus comienzos fue un hospital de alta resolución y luego atravesó un periodo

de deterioro edilicio y profesional, así como en el nivel de atención para pacientes con cobertura estatal en la ciudad. Por ello, su traspaso paulatino al sistema público generó esperanza, alivio y confianza para sus usuarios y familiares, quienes ayudaron y acompañaron los reclamos en pos de visibilizar una necesidad y una oportunidad de mejorar el sistema público de salud, aumentar la cantidad de camas y prestaciones y descomprimir al único hospital que hasta ese momento contenía a todos los pacientes sin cobertura, que era el Hospital Regional.

En el contexto de este traspaso es que se diseñó un plan de obras para renacionalizarlo y ponerlo en valor, incluidas en el Decreto antes mencionado, en el cual se aprobó la estructura orgánico-funcional del Hospital Zonal Alvear Complejidad VI, que posibilitó la creación de los siguientes cargos: un (1) cargo Dirección Hospital Zonal, dos (2) cargos Dirección Asociada Zonal, siete (7) cargos Departamento Zonal, y tres (3) cargos División Zonal.

Analizando el organigrama con más detalle, el mismo se compone de: Director, Director Asociado Médico y de Servicios Complementarios, y Director Administrativo Contable.

Los departamentos autorizados fueron: Departamento de Medicina Interna, Departamento Unidad Terapia Intensiva, Departamento Unidad Medicina de Urgencia, Departamento de Enfermería, Departamento Tesorería, Departamento Contable, Departamento Compras, División Personal, División Deposito, División Arancelamiento.

De todas maneras, en el funcionamiento real de la institución, no se ve reflejado lo descripto. Este organigrama no se aplica en el contexto real, sino que quedó limitado a una mera disposición legislativa que no coincide con la realidad, en la que lo que funciona es una copia reducida (por falta de presupuesto) de otras organizaciones hospitalarias más antiguas del sistema de salud, de la configuración organizacional de la institución. En este sentido, de las cinco estrategias descriptas por

Mintzberg, el hospital coincide mayormente con la burocracia profesional.
(Mintzberg, 1987)

A continuación, brindaré detalles respecto del funcionamiento real del organigrama, enfocado en la constitución del área quirúrgica, que es mi área de interés para este TF.

Constitución del Área Quirúrgica:

Actualmente, la cantidad de cirugías en el Hospital Alvear es de aproximadamente 1022 cirugías anuales (Departamento de Censos y Estadísticas del HZA de Comodoro Rivadavia, 2020).

El HZA cuenta con una estructura organizacional dividida por servicios. El servicio de Cirugía tiene los quirófanos habilitados con los que cuenta el hospital, que son: dos con equipamiento para realizar anestesia, ya sea general o raquídea, y un tercer quirófano sin equipamiento de anestesia, que lo vuelve limitante para la realización de prácticas muy acotadas con anestesia local.

El personal que pertenece al quirófano consiste en: un coordinador de instrumentación, cinco instrumentadoras, y un plantel médico que se compone de un anestesista (lo que limita el día quirúrgico a sólo un quirófano de alta complejidad activo, y los restantes destinados a prácticas con anestesia local) y trece profesionales repartidos de la siguiente manera: seis en Cirugías Generales, dos en Urología, dos para Traumatología, uno para Ginecología, un cirujano plástico y un cirujano cardiovascular.

El hospital cuenta con diecinueve salas de dos camas cada una (lo que permitiría alojar a un total de treinta y ocho pacientes), seis camas de terapia intermedia y siete camas de terapia intensiva.

A la actualidad, en resumen: el hospital posee un plantel de 13 especialistas quirúrgicos más 5 instrumentadores. Y una capacidad de

internación de 52 camas totales (38 camas de sala, 6 camas de terapia intermedia y 7 de terapia intensiva).

Formulación y construcción del problema de gestión

Si trazamos un breve recorrido histórico, encontramos que el hospital perteneció a la empresa YPF (Yacimiento Petrolíferos Fiscales) durante 80 años. Luego vino la transformación de pasar de ser el hospital de la empresa YPF para toda la Patagonia Argentina a ser parte del sistema público a partir de la donación de la empresa a la provincia del Chubut, a fines de la década del noventa.

La alternancia entre estos ciclos en la institución dio como resultado, entre otras cosas, una falta de integración entre el servicio quirúrgico, en donde la integración del equipo de trabajo ha sido mínima. Como así también una carencia en la elaboración de guías de procedimientos y normativas pertinentes para el trabajo cotidiano. Esto se hace visible en el hecho de que no hay a disposición manuales ni sistemáticas de trabajo en la institución.

Como consecuencia de este contexto, se obtuvo un sistema de turnos quirúrgicos artesanal, en el cual todos los eslabones de la organización de los mismos se encontraban reducidos a una mínima expresión, presentando barreras de estructura y administrativas.

Al momento de la intervención de este TF, la poca visibilización en el retraso de una cirugía, tomando a todos los participantes del proceso, debía ser reevaluada para optimizar el circuito. La Dirección Médica del hospital era frecuentemente solicitada a intervenir, en casos puntuales, cuando los pacientes demandaban de manera directa la concesión de la intervención.

El personal médico quirúrgico, entendiendo y atendiendo a la complejidad de los conflictos de la programación de quirófano (entre los que se cuentan los factores enumerados en la introducción, como la demora en la coordinación de turnos o la obtención de camas), no ejercía presión

para dar respuestas a la demanda de los pacientes. Esto suponía un inconveniente, puesto que es la inquietud por parte del profesional el motor para la resolución de la patología del paciente.

La estructura administrativa no contaba con herramientas necesarias para poder avanzar en la programación de turnos, como tampoco en la obtención de camas para las intervenciones programadas.

En resumen: este desacople entre los intervinientes del problema de gestión de turnos, que afectaba particularmente a beneficiarios/as de la obra social PAMI, quienes componen un sector social con una especial atención a formas de tratamiento tradicionales y al respeto hacia las instituciones, daba como resultado una serie de manifestaciones de quejas y disconformidades de manera tardía, lo que aumentaba las demoras en la realización de la intervención quirúrgica.

A continuación, describiremos brevemente el contraste entre los puntos de vista diferentes que se encontraron al comparar la forma de trabajo de los turnos quirúrgicos vigentes al momento de nuestra intervención con la visión y misión de la institución descritas en el Plan Estratégico del Hospital Zonal Pte Alvear.

Las siguientes definiciones de visión y misión han sido recuperadas del *Plan Estratégico de Salud 2011-2013* presentado al Ministerio de Salud de la Provincia por el Dr. Javier Cáceres, director del HZA en aquel momento (ya que, a la actualidad, no se ha realizado en la institución ningún otro plan estratégico):

“Como visión, el Hospital Zonal Alvear se propone como un Hospital General de Agudos que resuelva la mayor parte de los problemas de salud de la población de referencia de la Zona Norte de la ciudad, articulado con el primer nivel de atención de los centros de salud en coordinación con el Hospital Regional, formando una red prestacional con el sector privado local y el resto de la provincia. Por otra parte, se pretende desarrollar servicios de alta complejidad en

coordinación con el Hospital Regional a los efectos que la red pueda dar respuestas en el 3° nivel de atención no solo para la ciudad, sino también para la Provincia y gran parte del sur del país.”

La misión, muy similar a la visión, sólo plantea la conveniencia y viabilidad del desarrollo de Servicios de Salud de segundo nivel a niños/as y embarazadas:

“Brindar servicios generales de salud en el segundo nivel de atención con la mayor efectividad y calidad posible de la población adulta del área de referencia, ocupándose de aquellos problemas de salud que no puedan ser resueltos en el primer nivel de atención de la Zona Norte de la ciudad, enmarcado en la estrategia de APS.

Fomentar el desarrollo de Servicios de Alta Complejidad de acuerdo a estrategias socio-sanitarias y análisis de costo-efectividad ampliando la población usuaria a toda la Provincia y sur del país.

Desarrollar procesos de capacitación continua en servicio y fomentar el desarrollo de carreras de posgrado en las áreas de interés sanitario en conjunto con el Hospital Regional, consolidándose como Hospital Escuela. Contribuir a la incorporación planificada de recursos humanos en el Sistema Sanitario.

Estimular las actividades de Investigación Clínica y Sanitaria acorde a la Política de Salud Provincial.

Contribuir al desarrollo de una red prestacional armónica en la ciudad y zona de influencia que beneficie a los usuarios de derecho, población que elija este Hospital y también a

aquellos que por falta de cobertura no puedan ser atendidos por la medicina privada.”

Por otra parte, en cuanto a la misión también se agrega que:

“El Hospital Zonal Alvear (HZA) deberá brindar servicios de salud de calidad a toda la población de referencia. Para ello deberá contar con infraestructura suficiente para atender toda la demanda que no pueda ser resuelta en el primer nivel de atención de la zona norte de la ciudad. Además, deberá poder responder a la demanda de prestaciones de alta complejidad de toda la ciudad y la Provincia en aquellas especialidades que se desarrollen en exclusividad”. (Ministerio de Salud de la Provincia del Chubut. *Plan estratégico HZA*, Área Programática Sur de Comodoro Rivadavia, 2012)

Construcción epidemiológica del problema

Para evaluar la relevancia y pertinencia del problema, es importante conocer en profundidad e identificar en qué lugares del desarrollo propio de la estructura de gestión de turnos quirúrgicos del HZA se puede instrumentar las normativas de la intervención propuesta.

El hospital en su estructura organizacional no presentaba un recorrido administrativo delineado para resolver la coyuntura de la coordinación de sus cirugías programadas. Como se mencionó, la confección del sistema de turnos que las organizaba era más bien artesanal.

Considerando la población que mayoritariamente es atendida en la institución, compuesta casi en su totalidad por adultos/as mayores, y considerando también las problemáticas propias de este grupo etario, se volvió un asunto relevante la preocupación por obtener una correcta articulación y coordinación de los turnos, en beneficio de lograr una mayor practicidad para los usuarios.

Como anticipamos en la introducción de este TF, son múltiples los factores que intervienen en el procedimiento y varían según qué momento del mismo esté transitando el/la paciente, desde que una persona intenta obtener un turno con un especialista.

Hasta el momento de esta intervención, al ingresar al hospital, los pacientes con una dolencia de manifestación ambulatoria (es decir, una patología que requiere resolución quirúrgica programada) se dirigían a mesa de entrada del Hospital Alvear de dos maneras diferentes: personalmente o por vía telefónica para solicitar un turno con un especialista quirúrgico.

Una vez designado el turno, concurrían de forma programada y con turno informatizado, el día y hora asignado.

Mientras, a partir de la entrevista médica quirúrgica, habría pacientes que serían resueltos de manera programada, solicitando una serie de estudios

complementarios (ver nota de estudios¹). En este momento se encontraba el primer desacople en la institución: uno era el recorrido de los pacientes y otro el de los profesionales de la salud.

Respecto de la realización de estos estudios, para concretar el proceso prequirúrgico los pacientes decidían resolverlo según sus propios criterios como la facilidad de acceso a los mismo en función de la cercanía al lugar donde realizarlos o según lo que les fuera comentado a través de consultar a otras personas que estaban o habían estado en su misma situación.

Regresaban a la institución a través de dos maneras diferentes:

1. Mediante la solicitud de una nueva cita con el especialista una vez culminados sus estudios.
2. Mediante una cita que disponía el especialista médico, sin que hubieran pasado previamente por su consultorio, en caso de que el mismo hubiera encontrado un turno disponible para la intervención.

Por lo tanto, los especialistas quirúrgicos contaban con las siguientes opciones para proceder con la cirugía:

1. O bien, antes de solicitar turno en el quirófano, esperaban a que el paciente retornara a la consulta (con o sin turno asignado) con los estudios ya informados para, una vez estudiados, recién comunicarse con la coordinadora de quirófano, quien evaluaba en una agenda manual una fecha posible para realizar la cirugía.

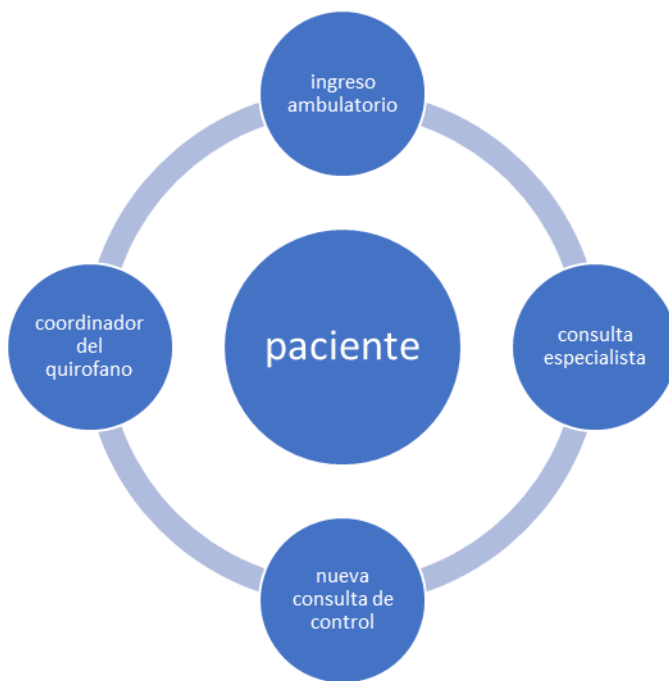
1

Nota de estudios complementarios: laboratorio con estudio de coagulación, un electrocardiograma con riesgo quirúrgico a evaluar una placa de tórax de frente y la reserva de sangre según la intervención.

2. O bien, se dirigían a coordinar el turno con la supervisora de quirófano una vez que el paciente salía del consultorio con todos los pedidos a realizar.

Llegada la fecha asignada, el médico se comunicaba con el paciente, en caso de que éste no hubiera asistido a su consultorio, para consultar si estaba en condiciones de operarse.

1- Flujograma del recorrido del paciente previo a la intervención



Como venimos observando, en este proceso la internación dependía de múltiples factores que operaban independientemente del paciente y del especialista.

Entre ellos, uno de los más importantes era el de la pensión diaria (cama de internación), la cual dependía de:

1. La disponibilidad sin previa asignación de una cama libre en el hospital.
2. La intervención del especialista en la búsqueda de una cama.
3. O la intervención de algún médico del hospital o directivo para conseguir una cama.

Dada esta variedad de condicionantes, resultaba complejo asegurar la obtención de la cama para un paciente en particular. Como consecuencia, era frecuente que al acudir el mismo al hospital, el día previo a su cirugía o aún durante el transcurso de la mañana del mismo día de la intervención, se encontrara con que se había suspendido y con que, luego de haberlo retenido en espera durante varias horas, se le reprogramara el turno para una fecha posterior.

Estas complicaciones secundarias (suspensiones, retrasos y reprogramaciones) relacionadas con la falta de coordinación comenzaron a ordenarse gracias a la intervención realizada mediante este TF.

Para ello, se realizaron las siguientes modificaciones:

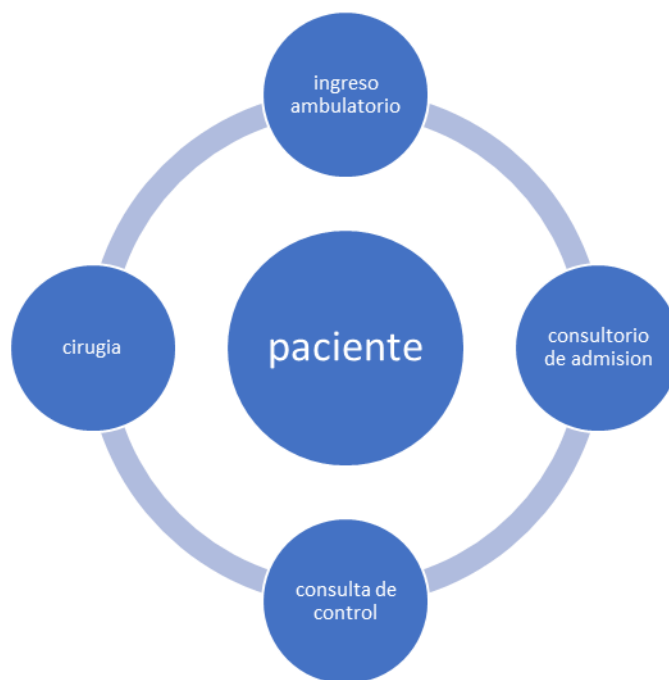
Se estableció que para la fecha en que se acordara la intervención quirúrgica se fijaría asimismo una internación programada, dejando un lapso de un día de internación según necesidad de la práctica (preparación colónica).

Para la asignación de turnos de quirófano, el personal de consultorio de admisión debería (y debe, todavía) hacer con anterioridad un seguimiento del paciente por vía telefónica para chequear que efectivamente esté realizándose sus estudios y para conocer el estado de los mismos.

Desde la primera consulta, se coordinaría con el jefe de instrumentación y, en paralelo, se consultaría al médico por la disponibilidad de horarios, a la

vez que se realizaría una entrevista con el paciente para recabar algunos datos en relación con el mismo que son: tipo de cirugía, médico responsable, teléfonos personales y datos filiatorios. Se confeccionaría, entonces, la autorización de la obra social PAMI necesaria para la facturación. Y se proveería al paciente de asesoramiento respecto de dónde pudiera realizar sus estudios.

2- Flujograma con la organización a partir de la intervención



No cabe duda de que los programas de mejoras continuas y de calidad de asistencia médica han constituido, en los últimos años, parte fundamental de los objetivos de salud.

En lo que respecta al marco normativo de la gestión de turnos quirúrgicos encontramos grandes dificultades para implementar un programa adecuado, que se ajuste de manera eficiente a estas regulaciones.

Dado que no es un tema menor el marco estructural y administrativo para arribar a una cirugía electiva, a continuación, realizaremos un punteo de lo que encontramos en este sentido en la normativa vigente, para poder acercar un panorama de lo que describimos:

Respecto de la Constitución Nacional y la Constitución Provincial en relación con el Derecho a la salud

Es ineludible que el derecho a la salud forma parte fundamental de nuestro sistema de atención a los pacientes. Este pilar básico debe ser considerado en la planificación estratégica de cualquier plan operativo dentro de una institución de salud pública.

El artículo 42 de la Constitución Nacional ha plasmado los derechos de los consumidores y usuarios, con interés primario en la educación para el consumo, imponiendo a las autoridades la obligación de proveer la misma. Enuncia los derechos a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección:

“Los consumidores y usuarios de bienes y servicios tienen derecho, en la relación de consumo, a la protección de su salud, seguridad e intereses económicos; a una información adecuada y veraz; a la libertad de elección, y a condiciones de trato equitativo y digno” (Artículo 42 CN)

En la constitución también se plasmó el derecho a la salud:

“Todos los habitantes de la Provincia gozan de los derechos y garantías reconocidos por la Constitución Nacional y la presente, con arreglo a las leyes que reglamentan su ejercicio. 1. A la vida desde su concepción y a la dignidad e integridad psicofísica y moral, las que son inviolables. Su respeto y protección es deber de los Poderes públicos y la comunidad. 2. A la protección de la salud.
“

(Constitución del Chubut. Artículo 18. DERECHOS ENUMERADOS)

De acuerdo con la Declaración de Quito (suscrita el 24 de julio de 1998 por un conjunto de organizaciones no gubernamentales, en relación con la exigibilidad y realización de los derechos económicos, sociales y culturales en América Latina y el Caribe.), los derechos económicos, sociales y culturales fijan límites a la discrecionalidad estatal en el manejo de sus políticas públicas. La delimitación del contenido del derecho a la salud que se desarrolla se fundamenta en tres tipologías de obligaciones del Estado frente a los derechos económicos, sociales y culturales:

- a. Obligaciones de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad.
- b. Obligaciones de respeto, protección y cumplir.
- c. Obligaciones con efecto inmediato y de cumplimiento progresivo.

Por todo lo expuesto, podemos considerar que en el hospital, al momento de la intervención, no se ejercía íntegramente el cumplimiento de los derechos contemplados en las constituciones nacionales y provinciales, en tanto que al no cumplirse eficientemente la asignación de turnos y, en consecuencia, generar demasiado tiempo de espera o cancelar y reprogramar cirugías, no se garantizaba plenamente el principio de la protección de la salud. Esta idea se refuerza teniendo en cuenta este último aporte de la Declaración de Quito, en la que se evidencia la relación directa entre el derecho y la incumbencia de la institución en relación con ese derecho; especialmente, para nuestro caso, en el ítem a) y c), que hablan de disponibilidad, accesibilidad, calidad, efecto inmediato y cumplimiento progresivo.

A continuación, se presentará una revisión de la normativa vigente a nivel nacional de la organización de quirófanos en el subsector público en Argentina:

El Ministerio de Salud de la Nación Argentina dentro de la Resolución Ministerial 573/2000 se encuentra en proceso de revisión las *Normas de*

Organización y Funcionamiento del Área quirúrgica (RM 573/2000.
Ministerio de Salud Argentina).

Esto no se encuentra estipulado en los formularios y el protocolo médico dentro de las normativas médicas del INSSJP (INSSJP Normas Médicas), siendo que un gran porcentaje de la población atendida en la institución pertenece a esta obra social.

Dentro del plano provincial, el Plan Estratégico para La Salud en la Provincia Del Chubut (2019) no tiene ningún apartado en el que englobe la actividad quirúrgica en los hospitales públicos. (Ministerio de Salud de la Provincia de Chubut. *Plan estratégico de Salud del Chubut 2017/2019.* Recuperado de: www.ministeriodeSalud.chubut.gov.ar)

El resultado de optimizar el circuito quirúrgico en una institución de salud define y garantiza una serie de estrategias de conducción de los pacientes en pos de reducir el tiempo que demanda a una persona concretar su cirugía desde el momento de su primera visita a un especialista quirúrgico hasta que es intervenido y eventualmente dado de alta. Su relevancia dentro del sistema asistencial público implicaría una evolución desde el punto de vista de la gestión, generando un camino administrativo que aportaría lineamientos fundados para la coordinación de los turnos quirúrgicos.

Todo lo cual generaría un orden teórico que avanzaría sobre la manera tradicional (artesanal como ya mencionamos) en que hasta entonces eran otorgados los turnos, la que acarreaba impedimentos por los que los pacientes acostumbraban ver retrasadas sus intervenciones.

Es decir, estaríamos hablando de un avance en lo que refiere al control de calidad.

Cabe destacar que esta mejora tiene una implicancia que resulta socialmente muy relevante dadas las particularidades del tipo de paciente que es atendido especialmente por el HZA, que prioriza la atención en los adultos mayores. El alcance de esta modificación sería de sumo provecho

en relación con la garantización de la calidad en el acceso a la salud tanto para la persona a intervenir como para su familia.

Y, considerando que no se detalla nada al respecto en el marco de la normativa vigente en el ámbito de la Provincia del Chubut (Ministerio de Salud de la Provincia de Chubut. *Plan estratégico de Salud del Chubut 2017/2019*. Recuperado de: www.ministeriodeSalud.chubut.gov.ar), podría presentarse, además, como una herramienta capaz de generar modificaciones a nivel ministerial con potencial de intervención en las unidades quirúrgicas de toda la provincia.

En un contexto más amplio, el propósito de la intervención apunta a mejorar la gestión de turnos quirúrgicos, dada la evaluación realizada del punto de vista estadístico de la operatividad del bloque quirúrgico del HZA. Considerando que, a los fines de la gestión de costos hospitalarios, debe existir una tendencia a conocer la real dimensión entre la demanda y la oferta hospitalaria.

Tomaremos por caso los indicadores estadísticos del HZA que provee la base datos del Servicio de Estadísticas y Censos del mismo, la cual recupera información a través de las historias clínicas de los pacientes, libros de ingresos y egresos de quirófano, censos diarios y mensuales.

Estos indicadores y ecuaciones para el análisis de la oferta son, en sí, un conjunto de fórmulas que se relacionan con el cálculo de necesidades, de los cuales se obtuvieron datos representativos de la producción del nosocomio. Esto, a su vez, permitió generar resultados sobre el desempeño del bloque quirúrgico.

Esta información que cuantifica la producción de la unidad quirúrgica permite realizar planteos para redefinir un aumento una vez definidas las variables y, por lo tanto, plantear hipótesis de crecimiento.

Estadísticas del quirófano

Se realizó una revisión estadística entre los años 2015 y 2020, utilizando particularmente los datos del año 2018, por ser un año en donde la programación quirúrgica no se vio afectada de manera tan sensible por las variables político-económicas (años 2015 y 2019) o por mejoras edilicias (año 2016 y 2017) en al año 2020 el impacto de la pandemia covid sars tampoco permitio el trabajo de manera habitual.

Se utilizaron como referencia indicadores y una ecuación para el análisis de la oferta tomados de la obra de Daccordi y Dalmazzo (2004):

El HZA es un nosocomio polivalente de cuidado progresivo destinado a atención del adulto mayor exclusivamente (afilados de PAMI). Posee un plantel de 13 especialistas quirúrgicos, 5 instrumentadores. Con capacidad de internación de 52 camas totales (38 camas de sala, 6 camas de terapia intermedia y 7 de terapia intensiva).

Tomando en consideración los datos de egresos quirúrgicos del mes de septiembre del año 2018, siendo este mes el que se corresponde con el promedio en cantidad de cirugías en ese año: la cantidad de cirugías fue de 84, siendo 57 ambulatorias y 27 con internación. Cabe recalcar que, pese al alto volumen de cirugías ambulatorias, se reserva una cama de internación previendo alguna complicación que requiera la internación de un paciente.

La correcta interpretación de los datos en función de la operatividad del quirófano es fundamental para establecer información sobre la eficiencia del bloque quirúrgico de la institución.

Los datos a obtener se recaban del censo diario y mensual del nosocomio, realizando el chequeo con la historia clínica y su respectiva epicrisis. (Departamento de Censo y Estadísticas del HZA de Comodoro Rivadavia)

Los datos necesarios son: número de egresos por día, ALOS (cantidad de días de internación promedio por cada egreso mensual), índice de

ocupación de camas en el hospital, días hábiles, necesidad de camas por internación.

Se establece el número de egresos día hospitalarios: 1 en 30 días.

ALOS: cantidad de días de internación por cada egreso de: 3, 4 días

El índice de ocupación (IO) es el 100% considerando que el hospital es polivalente, con una ocupación mensual del 93 % sumando la internación clínica y quirúrgica (esta estimación se toma por convenir que la cápita es de 22000 afiliados de la obra social).

Días hábiles, restando los feriados y fines de semana: 235.

En este año no se registraron eventos de desinfección que ocasionaran más días de inoperancia del quirófano.

NECESIDAD DE CAMAS:

(Egresos día x días hábiles) x ALOS = 1 x 235 x 3.4 = 2 camas día

365 x IO

365 x 100

Según la capacidad instaurada de camas del hospital solo el 4 %
es utilizado para prácticas quirúrgicas.

CÁLCULO DE QUIRÓFANOS NECESARIOS:

Cantidad de intervenciones:

cantidad de camas x periodos en días x IO =
ALOS

2 x 235 x 100 = 138 intervenciones que requieren internación
3.4

Cantidad de quirófanos:

núm. de intervenciones x duración de cirugías en hora = Días
quirúrgicos X horas quirúrgicas

138 x 0.84 = 0.82 un quirófano necesario
235 x 6

Tiempo de intervenciones:

- Tipo A: las cirugías con duración 45 minutos. 82 %
- Tipo B: cirugías con duración de 1,25 minutos. 18 %
- Promedio: 0.84 hrs

TNQ - tiempo necesario de quirófano:

Cantidad de egresos x cantidad de días quirúrgico x duración de
intervención en minutos x k =

60 minutos

K: es la cantidad de cirujanos por cirugía = 2

1 x 235 x 50.4 x 2 = 395 hrs
60 min

Son numerosos los datos a las que arribo según los cálculos realizados:

- La cantidad necesaria de camas para cirugías en el hospital diarias son 2
- Las cirugías que requieren internación son 138
- La capacidad instalada en el hospital para la realización de cirugías es ínfima, de un 4 %
- Apenas llega a 1 la cantidad de quirófanos necesarios por cantidad de cirugías, cuando hay 2 a disposición
- Es complejo, en un hospital polivalente con gran demanda de ocupación clínica, encontrar un índice de ocupación estándar para internar pacientes quirúrgicos.

Conjuntamente a estas conclusiones, cabe recuperar la siguiente tabla, que adjunto debajo para exponerlas con mayor claridad:

TABLA 1 DE CANTIDAD DE CIRUGÍAS POR ESPECIALIDAD.

(Departamento de Censo y Estadísticas del Hospital Pte. Alvear de Comodoro Rivadavia, septiembre 2018.)

ESPECIALIDAD	URGENCIAS	PROGRAMADAS	CIRUGÍA MENOR	CIRUGÍA MEDIA NA	CIRUGÍA MAYOR
TRAUMATOLOGÍA	0	18	3	3	12
CIRUGÍA GENERAL	2	29	13	2	16
GASTROENTEROLOGÍA	0	5	0	1	4

UROLOGÍA	0	1	0	0	1
NEUROCIRUGÍA	0	9	0	4	5
TOCOGINECOLOGIA	0	3	0	1	2
OTRAS ESPECIALIDADES	1	16	8	6	3

El propósito de la intervención fue el de realizar un cambio progresivo en la estructura de ordenamiento de los pacientes y los servicios médicos. Siempre intentando que el servicio de cirugía estableciera, documentara, implementara y mantuviera este sistema de gestión de calidad continua.

IV- MARCO CONCEPTUAL

En procura de definir la calidad en salud es necesario reconocer que estamos ante un concepto dinámico que acompañó al ser humano en el desarrollo mismo de su propia evolución, a lo largo de toda la historia. En este dinamismo, atravesó épocas en las que se tomaron conceptos claves (guerras civiles, revolución industrial) que permitieron, en conjunción con otras ciencias, alcanzar la actual definición.

A medida que la humanidad evolucionó, fue tomando peso la calidad en la manufactura de ropas, utensilios, etc.; lo que, a su tiempo, otorgó distinción y estatus social a la realización de los trabajos del artesano. En la edad media (aproximadamente entre los años 500 a 1500 dc), esta búsqueda de calidad llegó a los mercados y ferias en las que se hacía visible la construcción de un producto a manos de su creador, lo que, al dotarlo de mayor calidad, infería en su venta.

A partir de la segunda mitad del siglo XVIII y principios del siglo XIX, advino la revolución industrial que generó cambios profundos en la sociedad. La cultura se transformó sustancialmente al ocurrir la transición del taller del artesano y el trabajo manufacturado a la elaboración en serie y el aumento de la productividad en la confección de utilidades, fruto de la modernización y la aparición de las fábricas.

En las primeras décadas del siglo XX, el objetivo fundamental pasó a ser la producción masiva de bienes, lo que hizo necesaria una nueva modificación importante, que fue la división de las funciones de producción y las de inspección. Se designaron inspectores en la fábrica y estos comenzaron a supervisar el trabajo. Aquí se tornó relevante el concepto de “control de calidad”.

Varios autores contemporáneos pueden ser referidos como promotores del control de calidad. Entre ellos, nombraremos a:

W. A. Shewart (1891 - 1967), trabajador de los Bell Laboratories, en 1933 aplicó el concepto de control estadístico de proceso con propósitos

industriales, para mejorar en términos de costo - beneficio las líneas de producción.

Edwards Deming (1900-1993), estadista, profesor y fundador de lo que se conocerá como la "Calidad Total". Su aporte fue muy relevante porque se aplicó para un vasto número de intervenciones después de la Segunda Guerra Mundial. Un aporte destacado de este autor fue el desarrollo del Ciclo PDCA, o Ciclo de Deming, para alcanzar la calidad, que sistematizó las etapas: Planear (Plan) - Hacer (Do) - Verificar (Check) - Actuar (Act).

Joseph Juran, quien desarrolló el concepto de que todo se asienta sobre tres pasos: planear, controlar y mejorar la calidad ("Trilogía de la Calidad").

Kaoru Ishikawa (1915 - 1989), experto en el control de calidad aplicada a la industria y al ejército. Introdujo los conceptos de "Control de Calidad en toda la Compañía" (CWQC), los "Círculos de Control de Calidad" y los "Diagramas de Causa y Efecto".

Phillip B. Crosby, en 1961, planteó el concepto de "Cero defectos", en donde responsabilizaba al obrero por la calidad de las operaciones que se le confiaran, con lo que asumió la supresión de numerosos controles. El concepto suponía "hacerlo bien a la primera y siempre".

Ya específicamente dentro del campo de la salud, los primeros reportes presentan a Florence Nightingale. Ésta se desempeñaba en el frente de batalla en la guerra de Crimea, donde logró disminuir las tasas de mortalidad de los hospitales militares a través del "Control ambiental", de un 40 % a un 4 %. (Olshansky E., 2010). Para ello, utilizó herramientas gráficas y estadísticas (Coxcombs) para evaluar las causas de mortalidad en el frente, lo que le permitió arribar a la conclusión de que gran parte de la mortalidad era prevenible con el control del ambiente destinado a la atención y cirugía de pacientes. (Stanley D.,2007)

Abraham Flexner y Ernest Codman, en las primeras décadas del siglo 20, aportaron las bases de lo que hoy conocemos como "Acreditación de

instituciones” con una fuerte intervención entre el colegio de cirujanos americanos y canadienses para crear, en la década de 1950, el Consejo Canadiense de Acreditación de Hospitales y en 1951 en Estados Unidos la "Joint Comisión on Accreditation of Hospitals" (JCAH).

Avedis Donabedian, profesor de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan, en 1966 propuso la mirada tripartita de la evaluación de la calidad en salud, que se constituyó en un abordaje de referencia mundial para su evaluación: Proceso, Estructura y Resultado. Esto supone que en el campo de la salud se pueden diferenciar dos modelos: por un lado, un modelo con fuertes conceptos estadísticos, al que Donabedián llamó "Modelo industrial" ("industrial model") basado en efectos post Segunda Guerra Mundial en Japón y Estados Unidos; por otro, un "Modelo de atención a la salud" ("health-care model"), que es el que él desarrolló y que se basa en imperativos éticos y morales.

Hecho este recorrido, volvemos al presente y establecemos que:

“Para la evaluación del proceso de atención debemos partir de un desarrollo pormenorizado de la relación entre el paciente y su médico. Y que, por su parte, describir y evaluar los métodos necesarios para valorar las condiciones de la calidad de atención son prácticas difíciles de definir. Y que parten de reconocer que tenemos que poner en valor los métodos antes que los resultados, focalizando y poniendo énfasis en su evaluación metodológica. En primer lugar, entonces, se vuelve necesario determinar si el resultado de la atención es, en realidad, la medida que corresponde utilizar.” (Tobar F., 2013)

Según consideramos, la definición de buena atención médica, involucra, dentro del proceso mismo de prestación, un análisis del mismo y de los resultados en el que intervienen situaciones como el lugar, los medios y los procedimientos a través de los cuales se llega a un determinado resultado.

Si tenemos en consideración el proceso de atención en sí mismo, es inobjetable la evaluación de la estructura en la cual se desarrolla la atención.

Esta evaluación de los procesos administrativos colabora de manera adicional con la provisión del servicio y ayuda al componente asistencial.

En la intervención de la gestión de turnos quirúrgicos resultó preciso identificar y especificar estos parámetros para lograr una adecuación de las instalaciones y sus equipos, promoviendo así la idoneidad del equipo de salud interviniente y su organización. Todo esto, considerando que una correcta estructura administrativa condiciona de manera directa el proceso de atención en su totalidad.

Al haber realizado cambios en un modelo de atención de la programación de quirófano, es necesario reconocer que el hospital donde se desarrolló esta intervención es de autogestión. Y que, tratándose de una institución que forma parte del sistema de salud público de la ciudad, debe proporcionar prestaciones que no sólo ofrezcan calidad a la población a atender, sino que también garanticen eficiencia en los procesos de atención de la misma.

Este desafío va más allá de la atención per se. Delimita una búsqueda constante de la calidad de atención a partir de conocer los deseos de las personas atendidas en el hospital y de los esfuerzos por intentar satisfacerlos con respuestas concretas. Esto teniendo en cuenta que, de acuerdo con lo propuesto por Donabedian (Donabedian A.,1990), es la aceptación del consumidor lo que, inicialmente, valida la posibilidad de juzgar la atención como eficiente y de calidad.

Siguiendo a Donabedian, en lo que refiere a los recursos humanos y materiales que componen la atención técnica, encontramos que:

Entre las circunstancias locales que pueden influir en cómo se evalúa la atención técnica, se encuentran diferencias en la disponibilidad y las características de los recursos humanos y materiales. Desde luego, es

posible pasar tales diferencias por alto, basando nuestro juicio únicamente en la constatación de si el proceso efectivamente se ha diseñado y ejecutado de una manera tendiente a producir los mayores beneficios de salud que posibilitan la ciencia y la tecnología actuales. Esta es una norma importante que hay que establecer, pero en muchas situaciones no tiene relevancia inmediata. Más bien, puede haber necesidad de calificar el rendimiento de los proveedores de la salud comparándolo con los mejores resultados posibles a partir de los recursos de que éstos disponen.

Resulta fácil aceptar esta modificación de normas cuando existen recursos materiales limitados. Tal vez debería ser aceptada también cuando los proveedores del servicio padecen limitaciones de conocimiento y de capacidad que pueden atribuirse a causas sociales y ambientales generalizadas, y no a fallas individuales. (Evaluación en calidad de la atención médica. REV. CALIDAD ASISTENCIAL 2001. 16s 11s 27.)

En resumen, es preciso calificar la calidad tomando en cuenta lo que es razonablemente posible dentro de un ambiente determinado. Pero, al mismo tiempo, debe establecerse una norma más universalista, por lo menos como una meta que se propone alcanzar.

Mientras tanto, se podría aprender mucho al comparar lo que realmente ocurre con lo que razonablemente se podría esperar que ocurriese, y también con lo que debería suceder si se eliminaran las limitaciones de recursos.

Hechas todas las consideraciones necesarias respecto del concepto de calidad de la atención, pasaremos a continuación a describir los

V- OBJETIVOS DEL TRABAJO (OBJETIVOS DE LA INTERVENCIÓN)

Objetivos generales:

Implementar un instrumento técnico administrativo de gestión de turnos para cirugías programadas, utilizando como herramienta la intervención en el proceso de atención de pacientes quirúrgicos en el HZA de Comodoro Rivadavia que beneficie a los usuarios de prestaciones quirúrgicas.

Objetivos específicos:

1. Describir el proceso de atención de los pacientes que se encuentren realizando un procedimiento prequirúrgico, desde la admisión hasta la cirugía, identificando los factores que lo condicionan.
2. Identificar, estrategias de mejoras, a través de técnicas como la confección de flujogramas para la coordinación de las etapas a intervenir.
3. Elaborar encuestas de calidad que brinden pautas para mejorar la atención.y la confección de estadísticas que proporcionen datos e indicadores de salud.
4. Elaborar un manual de procedimientos operativos de gestión reproducible para su utilización en diversas dependencias del Ministerio de Salud de la provincia.

En función de los objetivos antedichos, pasamos, a continuación, a explicitar el diseño de la, propiamente dicha:

VI- PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Metodología

A partir de la Resolución GMC 1/2015 en el ámbito del Mercosur, se aprueban los “Requisitos de buenas prácticas para el funcionamiento de los servicios de salud”. Dicha Resolución prevé que los requisitos deben ser adoptados e incorporados a los servicios de salud de cada Estado parte.

Por RM 2212/2015 se incorpora al ordenamiento jurídico nacional, así mismo por RM 964- E/2017 los requisitos de buenas prácticas para el buen funcionamiento de servicios de salud se incorporan al Programa de Garantía de Calidad.

Estas recomendaciones de buenas prácticas entienden por servicios de salud “los establecimientos destinados al desarrollo de acciones relacionadas a la promoción, protección, mantenimiento y recuperación de la salud, cualquiera sea el nivel de complejidad, ya sea con régimen de internación o no, incluyendo la atención realizada en consultorio o domicilio, basado en la mejora de calidad, en la humanización de la atención y gestión”. (DNCSSYRS, 2021)

Las buenas prácticas de funcionamiento están orientadas principalmente a la reducción de riesgos inherentes a la prestación de servicios de salud y tienen como objetivo la promoción de la salud humana y, en consecuencia, la mejora de la calidad de vida.

El proyecto se enmarcó durante el comienzo de la Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud en un trabajo en conjunto con la Dirección del HZA de Comodoro Rivadavia, fue posible que, en tiempo real, se proporcionara de un instrumento piloto que fuera perfeccionándose para

garantizar la optimización del circuito de cirugías programadas para los/las pacientes en la institución.

Se proyectó un desarrollo intervencionista en la gestión de turnos quirúrgicos de este hospital, con la pretensión de que la propuesta alcanzara mejoras en la calidad del sistema de gestión de turnos de cualquier institución a nivel provincial.

De acuerdo con Tobar (2006) la función principal de todo proyecto es permitir el control sobre todas las actividades y garantizar que se va a llegar a los resultados esperados.. Para planificar y desarrollar eficientemente esta propuesta de intervención, se tomaron diferentes criterios teórico-prácticos.

La estrategia se apoyó sobre tres bases de actuación dentro de la estructura de turnos de un procedimiento prequirúrgico. Estas fueron, respectivamente: **Planificación, Desarrollo y Planeamiento de la evaluación.**

La primera fase, la **Planificación**, partiendo de un estudio minucioso del estado de situación, reconociéndose las problemáticas y poniendo énfasis en el conocimiento de los actores pertenecientes a la institución.

Las buenas prácticas refieren a acciones y normas de funcionamiento en los servicios de atención de salud, sin distinción por complejidad, especificidad, o dependencia, cuyo enunciado se encuentra inicialmente asociado a la reducción de riesgos durante la atención.

“Se consideran buenas prácticas aquellas acciones o intervenciones que responden a las necesidades de salud de las personas, relacionadas a estrategias de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación basada en el mejor conocimiento científico; que hayan demostrado ser efectiva, contribuyan a resultados positivos en ámbitos clínicos, de gestión y sean de valor para los usuarios.”
(DNCSSYRS, 2021)

Las fuentes que se han utilizado para la **Planificación** son trabajos, informes y análisis de especialistas en control de calidad; artículos y ensayos referidos específicamente a conceptos del quirófano: se recurrió, por ejemplo, como ya se mencionó, a información proporcionada por la Asociación Argentina de Cirugía General en el apartado “Mejora continua del bloque quirúrgico” del *Manual de Gestión para la mejora continua 2020*.

También se recuperaron conceptos de la publicación del Ministerio de Sanidad de España: *Bloque Quirúrgico, Estándares y Recomendaciones*.

La fase de **Desarrollo** se corresponde con la descripción de la propuesta de intervención, que en este TF fue desarrollada en el ítem **Descripción del contexto, formulación y construcción del problema**. Este apartado fue el más interesante debido a que, como en salud pública tenemos reducidas directivas ministeriales sobre la gestión de turnos quirúrgicos, tomamos como fuente ineludible la experiencia directa en la planificación, estructuración y desarrollo de la necesidad real del hospital a intervenir.

Para finalizar, las conclusiones emergentes durante el proceso fueron constituyendo la **Planificación de evaluación** a modo de compendio del desarrollo y estudio del TF de esta intervención. En esta fase final tuvieron lugar las reflexiones posteriores respecto de la resolución del trabajo. Reflexiones que giraron en torno a las limitaciones de aplicación de la propuesta, las bondades del cambio generado por la misma y su sostén en el transcurso del tiempo. Por otro lado, vale remarcar que la propuesta también fue creada como material y recurso que sirviera, además de para el caso concreto del HZA, para su posterior desarrollo e implementación en otras dependencias del estado provincial o del ámbito privado de la Provincia del Chubut.

Planificación

En lo pertinente a la planificación de una intervención quirúrgica, se diseñó un instrumento para facilitar, coordinar y optimizar los eslabones, que, en su conjunto, constituyen una atención de calidad. Los resultados esperados de la mejora en la gestión de turnos quirúrgicos apuntaron a la consecución de la eficiencia y eficacia del circuito hospitalario. Esto garantizaría al paciente un sistema sólido de trabajo en donde se le daría la contención necesaria para su camino hacia la intervención quirúrgica.

El diseño de la intervención se planteó sobre la estructura de los tres sectores en donde se moviliza el paciente (el consultorio medico, su paso en la internacion y quirofono).

Se planifica la propuesta de intervencion centrando la responsabilidad de la cobertura de coordinacion en el consultorio de admision de pacientes, el cual destinara el esfuerzo necesario en coordinar las actividades en torno a la atencion del usuario.

La destino un espacio fisico para la recepcion de los usuarios como para los medicos, adyacente al quirofono en el segundo piso del hospital, dotandolo de dos administrativos que dependen administrativamente de la coordinacion de quirofono, ofreciendo asi, un espacio de dialogo y coordinacion directa con en bloque quirurgico.

En este sentido, el interés por garantizar la calidad surge de la responsabilidad que el equipo de salud adquiere junto con el paciente y, especialmente de los gestores que dirigen la institución, en búsqueda de la mejor atención. Conocer cuán afectada se ve por las características de la sociedad, de la propia organización, de los equipos de salud y de los pacientes y sus familias.

Su objetivo final es la mejora en la atención y cuidado de la salud, y determinar en qué medida los criterios y buenas prácticas adoptados son efectivamente aplicados.

Desarrollo

Las evaluaciones de calidad en el sector salud, y la definición de sus criterios y estándares han sido diseñadas para fomentar el mejoramiento continuo. De este modo las instituciones pueden dar cuenta de la manera como han implementado sus procesos para el cumplimiento de las buenas prácticas, respetando su autonomía para elegir la manera más adecuada según sus condiciones específicas.

La intervención se plantea con la premisa de construir un circuito/ proceso técnico administrativo para la atención de pacientes que ingresan al hospital para cirugías programadas.

Se detalla a continuación el desarrollo y descripción.

El ingreso hospitalario se realiza con la asignación de un turno en mesa de entrada para una cita con un especialista. Esto se puede realizar de dos maneras: por gestión personal con las administrativas del hospital o por la reserva mediante llamado telefónico.

Luego, el/la paciente concurre a su turno programado y, según definición del médico encargado, es posible de una intervención quirúrgica de manera programada.

El propósito de nuestra intervención, desde un principio, fue el de accionar desde este momento en el camino que debe transitar el/la usuario.

A partir de esta mediación, en el CAP se trabajó en la confección de un prequirúrgico con recetarios preimpresos, en los que el especialista debería llenar los apartados necesarios para una intervención convencional; a saber: estudio de coagulación, estudio de laboratorio completo (hemograma, glucemia, ionograma, urea y creatinina), estudios cardiológicos con riesgo quirúrgico, radiografía de tórax y reserva de sangre (grupo y factor sanguíneo con los donadores de sangre según la intervención a realizar).

En caso de ser necesario otro estudio, se estipuló que esto lo definiera el médico tratante según características propias del paciente y cirugía a realizar.

A estos pedidos se sumó un recetario con derivación al CAD de pacientes en donde debería constar la firma del médico y la cirugía a realizar.

En este momento es donde comienza la implementación de una parte clave de la estrategia de diseño de la intervención: en este paso, el paciente sería convocado a una entrevista por un administrativo, a fines de que el mismo poseyera un mayor y mejor conocimiento de quien fuera a realizarse la cirugía. Este conocimiento por parte de la institución fue fundamental para la proyección de la intervención, dado que sería el factor que permitiría administrar los recursos para impulsar la eficiencia del quirófano. A su vez, en esta entrevista se lo incluiría en un conjunto de pacientes que estuvieran en su misma condición, desarrollando su camino de prequirúrgico.

Se impuso que, conjuntamente con los pedidos médicos, se comenzara a elaborar una ficha en donde se tomaran diferentes datos útiles de la persona: teléfonos personales, número de afiliado de PAMI, DNI. Paralelamente, se ofrecerían números telefónicos para que el paciente consultara en caso de que encontrara imposibilidades en la realización de sus estudios. Dado que en el HZA solo pueden realizarse los estudios radiográficos, se le informaría al paciente acerca de los lugares más convenientes según su domicilio o preferencia personal para la realización de los estudios electrocardiográficos, estudios de valores de sangre y estudios de coagulación.

El recurso estimado para constituir el consultorio de admisión de pacientes sería de dos administrativos que desarrollan su labor cotidiana desde 7 hasta las 14 hrs los días hábiles. Se define este número para contar con personal los 365 días del año, alternándose en períodos de vacaciones y considerando situaciones personales de ausencia.

En la entrevista con el personal administrativo también comenzaron a recabarse los datos que serían utilizados para programar la cirugía de los/las pacientes, consultando si hubieran podido realizar los estudios prequirúrgicos. Esto proporcionaría a los administrativos del consultorio de admisión la posibilidad de buscar fechas disponibles para la intervención quirúrgica o, en su defecto, adelantar una cirugía en caso de que algún paciente no pudiera concretar la suya por algún motivo. Siempre y cuando hubieran tenido la entrevista previa con el especialista encargado de su cirugía.

También, por otro lado, se le solicitaría al médico que, para el momento de esta última consulta, garantizara que el paciente tuviera ya confeccionado su ingreso, contando con su historia clínica completa, las indicaciones médicas del día previo a la intervención y el consentimiento informado. Esto sería requerido por el administrativo para evitar demoras y suspensiones por falta de información referida del paciente.

Es importante destacar que no sólo se regularía la acción del consultorio para favorecer, conocer, orientar y controlar los elementos pertinentes a los estudios prequirúrgicos sino que, además, por ser el hospital prestador de PAMI, es necesario, para cumplir con exigencias de facturación de esta prestación, que las órdenes estén autorizadas a tiempo, previo a la fecha de cirugía programada.

El CAP confecciona la OP (orden de prestación) para la carga en la página web de la obra social, con los estudios de imágenes solicitados por el sistema según la intervención que corroboran la patología que origina la cirugía primaria. Por este motivo, actualmente el servicio de arancelamiento de la institución trabaja de manera conjunta para evitar débitos secundarios por la falta de autorización de las órdenes de prestación.

El procedimiento seguiría su curso de la siguiente manera:

Una vez comprobado que se contaba con todos los apartados médicos y administrativos de cada paciente, se podría realizar la coordinación según la especialidad y el tipo de cirugía a realizar.

Se estableció que los días lunes, miércoles y viernes fueran destinados para los especialistas en cirugía general, urología, ginecología y gastroenterología. Y, los días martes y jueves, reservados para los especialistas en traumatología, neurocirugía y cirugía vascular periférica.

Este diagrama ahora suele ser tenido en cuenta para cirugías programadas pero dejando margen para algún turno quirúrgico según el que, opcionalmente, puedan ser intervenidos pacientes que se encuentren internados y que necesiten un tipo de cirugía que no necesariamente coincida con el día destinado a cada especialidad.

La coordinación de turnos sería programada por el Consultorio de Admisión, días previos a la práctica, en donde se realizaría la comunicación telefónica al paciente, a quien se le informaría el día de internación y se le indicarían las horas de ayuno.

Normalmente las cirugías programadas contemplan una internación desde la mañana del día de la intervención, con horario de ingreso al hospital a las 7 horas, en ayuno, habiéndose realizado cada paciente previamente, en su domicilio, el baño prequirúrgico con clorhexidina al 0,5 %, según las indicaciones dadas. Esta indicación es la misma para los pacientes que requieren preparación colónica, pero, en estos casos, se internan el día previo a la cirugía, por lo que emerge la demanda de cama disponible y de la medicación necesaria para suministrarle.

Para todos estos casos, desde nuestra intervención es requisito obligatorio que los administrativos completen previamente la hoja de preparación. (Ver ANEXO 2).

Sea que se trate de las cirugías que requieren internación como de las ambulatorias, las intervenciones ahora se gestionan según los mismos condicionamientos de rigurosidad médicos y administrativos. El CAP

asume la responsabilidad de coordinar con el quirófano, y de presentarle una lista con el nombre del paciente, la intervención quirúrgica a realizar y el nombre del cirujano encargado, 24 horas antes del día asignado.

Paralelamente, el personal del CAP se comunica telefónicamente o por mail con el médico que asiste al paciente para informarle de la proximidad de la intervención.

En el desarrollo de la secuencia de pasos a seguir, la confección de una ficha informatizada para cada paciente permitió (y permite, desde nuestra mediación) realizar un seguimiento y evaluación continua. El instrumento organiza y facilita la labor de todo el equipo que participa y se moviliza para la realización de una intervención.

Esta ficha la administraría el personal del consultorio de admisión, el que se cercioraría de entregar al paciente los instructivos para lavado de piel pre quirúrgico (ANEXO 2), junto con la encuesta de calidad.

Conclusión y planeamiento de la evaluación

Las evaluaciones de calidad en el sector salud, y la definición de sus criterios y estándares han sido diseñadas para fomentar el mejoramiento continuo y los procesos centrados en la vida, la salud y la seguridad de los pacientes.

Esta revisión de la intervención consideró todos los pasos asignados para un correcto devenir de una cirugía, tomando como inicio la primera entrevista médica con el presupuesto inicial de que el paciente será programado para una intervención quirúrgica en particular.

El CAP coordinaría no sólo el estado del prequirúrgico, que los involucra directamente, sino que además trabajaría en estrecha articulación con el quirófano, a fin de, en caso de ser necesario, poder adelantar y reprogramar a los mismos.

Una situación que puede ocurrir es la suspensión de la cirugía programada, como consecuencia de algún problema particular del paciente (personal o de salud) o de algún inconveniente dentro de la

institución (falta de camas, imposibilidad del cirujano, desperfecto de alguna máquina del quirófano o imposibilidad anestésica).

Es potestad la reprogramación de la cirugía, este hecho también es de vital importancia para evitar mayores retrasos en la cirugía. La pronta reprogramación, desde el punto de vista médico, es importante para evitar la patología retenida, es decir, que los/las pacientes que no sean intervenidos/as padezcan que, en algún momento de la historia natural de la enfermedad, atravesase una complicación de su misma enfermedad primaria.

Mencionado esto, la implicancia en la institución del CAP, generador de una coordinación eficiente y programada, favorecería para optimizar la organización interna y el acceso de/los usuarios a un camino mas sencillo para ser intervenido quirúrgicamente.

En este momento solo contamos con autoevaluación de la intervención, siendo esta misma dinámica y en conjunto con la dirección hospitalaria y el comité de calidad.

La herramienta para la autoevaluación de buenas prácticas se acompaña de un instrumento de evaluación, que se organiza en cuatro (4) dimensiones:

1. Organización del Establecimiento.
2. Gestión de Recursos Humanos
3. Gestión de Calidad
4. Seguridad de los Pacientes

Cada una de las dimensiones contiene criterios acciones y/o aspectos a evaluar.

Un apartado que cabe mencionar en este punto es que la elaboración de estadísticas en función de la capacidad operativa de la unidad quirúrgica

no sólo remite ya a valores absolutos de cantidad de cirugías, tipo de intervenciones, especialidad afectada a las mismas, sino que, desde la mediación de este TF, comenzaron a contemplar también las causas de suspensión de la mismas. Esto adquirió especial relevancia dado que se considera que los factores causales de la suspensión pueden tener que ver con causas institucionales (falta de camas, falta de personal necesario para la intervención, inadecuada coordinación entre el consultorio de admisión y coordinación del quirófano) o con causas propias de cada paciente, que pueden ser de índole personal o por alguna afección de salud que imposibilite su ingreso al hospital para el día programado.

Para poder relevar, entonces, de manera más completa los datos de estas estadísticas, se decidió entregar una encuesta de satisfacción a cada paciente, hecho novedoso en la gestión y coordinación de turnos quirúrgicos en la provincia del Chubut. La misma sería anónima y, como ya se anticipó, sería entregada en el consultorio de admisión durante la primera entrevista con el paciente.

Para esto, se esperaba reconocer paulatinamente información que permita considerar cambios a medida que se evaluarán los logros en función de las modificaciones incorporadas.

Se medirán indicadores que afectaban directamente en la planificación como el: aumento de cirugías mensuales, disminución de suspensiones y reprogramaciones.

Considerando por el momento el número de cirugías anuales totales el indicador de mejora más importante, evaluando de manera indirecta la planificación del CAP y los factores que afectan la correcta coordinación del recorrido prequirúrgico, las autorizaciones médicas y la facilidad en la obtención de camas.

Se considera también como fuente de información la encuesta de satisfacción que se les comenzó a brindar a los/las pacientes, que hasta entonces no se había realizado en la institución.

Intervención en el Proceso de atención de pacientes quirúrgicos en el Hospital Zonal
Presidente Alvear. Gustavo Blanco

Resultados

La evaluación de gestión en control de calidad en el bloque quirúrgico es un tema significativo de discusión cuando se pondera la eficiencia de la programación de cirugías.

El establecimiento de salud debe ser capaz de ofrecer prestaciones dentro de los estándares de calidad requeridos, cumpliendo con los requisitos de la normativa vigente.

Para ello requiere en primer lugar la decisión de ordenar, sistematizar y medir procesos y resultados. Valorar una amplia gama de recursos humanos, tecnológicos materiales, y económicos. Estos elementos se congregan en conjuntos integrados, donde la estructura sostiene los procesos y éstos los resultados. En este conjunto todo está ligado y lo que afecte a un elemento tiene repercusión en el conjunto y en el producto final.

Como problemática está atravesada por un sinnúmero de factores que van desde la falta de visibilización institucional al no ser considerada como un problema de salud pública, hasta la falta de herramientas, ya sea informáticas como protocolares, para mejorar los circuitos institucionales.

Generar un dispositivo normativo y regulador del circuito pre quirúrgico, en consecuencia, facilitó el procedimiento para los/las pacientes a la vez que les brindó un acompañamiento más integral en las diferentes etapas del mismo.

Como resultado de esta medida de intervención a la fecha permanece, formalmente, en funciones, el **Consultorio de Admisión de Pacientes (CAP)**, cuya dinámica de trabajo, que ya describimos más arriba, contribuyó sustancialmente a la mejora de uno de los factores más importantes de esta problemática, que era la desconexión entre el consultorio médico y los turnos quirúrgicos programados del hospital. El CAP optimizó el recurso humano para coordinar los turnos quirúrgicos y las camas de las cirugías programadas. Lo que no es un tema menor,

dado que una cirugía dentro de una institución de salud moviliza a una gran cantidad de agentes para su realización: desde el equipo quirúrgico interviniente, compuesto por anestesistas, instrumentadores, cirujanos, hasta el equipo de limpieza y personal de esterilización dentro de la unidad quirúrgica, pasando por personal CAP, enfermeros y camilleros fuera del bloque quirúrgico.

Otro elemento que se vio modificado considerablemente fue el tiempo de espera para la intervención. Como consecuencia, al optimizar el recorrido de los pacientes y disminuir el tiempo transcurrido entre la entrevista primaria y el desenlace quirúrgico, se ha generado una disminución de los reclamos por parte de pacientes y familiares.

Otro elemento nuevo y de gran valor que apareció con esta intervención fue la disposición para el afiliado/a de un lugar de referencia en donde los pacientes poder consultar de manera efectiva no sólo lo concerniente a la realización del prequirúrgico, sino también lo referido a la reprogramación de cirugías suspendidas.

Como vimos hasta aquí, la ausencia de normas hacía dificultosa la evaluación de los pacientes puesto que faltaba una regulación respecto del seguimiento de los estudios prequirúrgicos para poder autorizar las cirugías propiamente dichas. Quedaba a responsabilidad del médico tratante chequearlos y evaluarlos de forma correcta. En este sentido, también la creación del CAP mejoró el control sobre estos parámetros que, en definitiva, suponían otro factor de retraso en las cirugías, porque se logró prevenir un gran número de suspensiones debidas a irregularidades en este sentido (como la falta de algún resultado). Y, dado el número total de cirugías anuales (1022 aproximadamente, como ya referimos más arriba), esto también significó un factor de mejora sobresaliente a raíz de la intervención de este TF.

Por último, la confección de la encuesta de calidad (ANEXO 1) permitió tener en cuenta la opinión de la población en estudio, compuesta íntegramente por personas jubiladas, mayoritariamente de edad

avanzada, que habitan el sur de la Provincia de Chubut concerniente al Área Programática Sur.

Resumiendo, el desarrollo del CAP permitió la realización de una gestión adecuada de turnos de quirófano del hospital, optimizando el recorrido de los pacientes para concretar su cirugía programada. Replanteó todo el sistema de atención en este sentido, desde el consultorio, y en cada una de las etapas del recorrido de la/los pacientes.

Se motivó la creación de dispositivos como una ficha informatizada, el control telefónico, la coordinación con el quirófano y especialistas, la revisión del criterio de reserva de camas según complejidad, la encuesta de calidad y la revisión de criterios respecto de las decisiones de las reprogramaciones por cirugías suspendidas.

Estos factores detallados se plantearon dentro de los objetivos de la intervención, favoreciendo con ello la eficiencia del bloque quirúrgico.

Consideraciones éticas y conflictos de intereses

Tomando como referencia el marco normativo en materia de Justicia, Derechos Humanos y Ética Pública, y dada la naturaleza de esta intervención, no se me hizo presente ningún conflicto de intereses vinculado con la realización de la presente la misma intervención.

Discusión

Enfrentado con la realidad cotidiana y analizando las problemáticas de la asignación de turnos quirúrgicos en el HZA de Comodoro Rivadavia, no podía interpretar que la complejidad del problema únicamente debía considerar la eficiencia y eficacia como parámetros generales a modificar en la intervención.

El análisis de la realidad exhibía una amplia y múltiple deficiencia, también en factores como: la asignación de turnos, su coordinación, el ingreso a la unidad quirúrgica de la institución, los estudios prequirúrgicos, la coordinación del personal, la seguridad del paciente, la ausencia de normativas, la falta de estadísticas y encuestas de satisfacción, la falta de personal, la carencia en la aptitud para una correcta diagramación de las cirugías, suspensiones y reprogramaciones y, finalmente, la falta de seguimiento de los pacientes intervenidos quirúrgicamente.

Los pacientes, al no contar con un lugar definido para la coordinación, recibían la programación de sus turnos de la mano del cirujano interviniente y el coordinador del quirófano, quienes no disponían de información precisa respecto de, por ejemplo, las camas disponibles en el hospital, por lo que no podían prever posibles suspensiones por superposición de turnos.

Para dar respuesta a estos conflictos y priorizar el orden de atención a cada uno de los factores, se realizó una búsqueda de sistemáticas de trabajo de coordinación de turnos quirúrgicos en los hospitales públicos de la provincia, y, consultando el *Plan estratégico de Salud del Chubut*, no fue posible hallar una referencia clara y explícita de cómo realizarlo.

Una de las primeras conclusiones a las que se arribó, en consecuencia, fue que la falta de información e instrumentos administrativos que individualizaran la problemática dejaron en evidencia que la gestión de turnos quirúrgicos no es considerada un problema en salud pública.

Desde la implementación de la intervención este TF, por lo tanto, también se pretendió dejar de manifiesto la relevancia del asunto para la salud pública provincial.

Como ya se dijo, el HZA realiza su trabajo mayoritariamente con los afiliados de la obra social PAMI del área programática sur de Chubut. Agregamos aquí que la insistencia con este dato radica en que esta población requiere de manera singular una interacción entre el centro asistencial, la familia y la obra social del afiliado/a, dadas las características propias de esta población.

Hay variables que de forma conjunta y particular interpelan a los/las adultos/as mayores, como lo son las enfermedades preponderantes en esta etapa de la vida (hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades cardíacas, enfermedades osteomioarticulares degenerativas). Además de los condicionantes socioeconómicos, que no pueden dejar de mencionarse.

Tomando como población en estudio esta franja de la sociedad que comprende a los/as adultos/as mayores afiliados de PAMI, resaltamos que estos presentan particularidades propias:

- Están próximos a un extremo (etario) de la vida
- Presentan ingresos económicos bajos, por lo que presentan desventajas, disparidad económica respecto del resto de la población
- Demandan una atención diferenciada de salud (en Comodoro Rivadavia, tienen hospital propio de atención que es precisamente el HZA, donde desarrollamos la experiencia de este TF).
- Conllevan otros riesgo de exposición a enfermedades propias de esa altura de la vida, y por lo tanto,
- Suponen una mayor vulnerabilidad.

Todo lo reunido da cuenta del interés y de la significación del impacto positivo dentro del sistema de salud pública que implicaría la mejora en la calidad de la gestión de turnos.

Otro de los asuntos relacionados con la funcionalidad de la institución y la eficiencia dentro del sistema de salud pública es un tema, no menor, que refiere al sistema de facturación.

El HZA transmite y factura las prestaciones realizadas a la obra social PAMI a través del Ministerio de Salud de la provincia, incorporando de manera directa las prácticas de tercer nivel de atención (es decir, las cirugías de alta complejidad) al departamento contable (tesorería) del Alvear. Lo que nos permite considerarlo, parcialmente, como una institución de autogestión. Este ingreso económico provee al HZA de una dinámica de financiamiento imprescindible para la funcionalidad de la institución. Razón por la que, según mi opinión, la producción del bloque quirúrgico en lo que respecta a su coordinación y su capacidad de generar ingresos, debió ser tenida en cuenta con anterioridad.

Esta asimetría en la calidad de atención en la coordinación de turnos quirúrgicos se ve manifiesta de mayor manera entre entidades públicas y privadas dentro del mismo sistema de salud. Lo que da cuenta, de manera directa, de cómo la producción condiciona los ingresos económicos de las instituciones.

Teniendo presente la siguiente tabla, denominada TABLA 1, en donde se distingue a las personas con y sin cobertura de obra social separadas por grupos etarios, se observa un cambio significativo entre los 65 y 69 años (edad en la cual comienzan a jubilarse). En personas que están por debajo de este rango, el número entre individuos/as con y sin cobertura es similar. Mientras que, luego de los 65 años, se evidencia un predominio de habitantes en la provincia con obra social.

TABLA 2

EDAD	TOTAL DE HABITANTES	CON PENSIÓN	SIN PENSIÓN
60 -64	17357	8041	9316
65 -69	12582	10487	2095
70 - 74	9267	8651	616
75 - 79	6779	6408	371
80 O MÁS	7547	7154	393

(Datos recuperados del *Cuadro P13-P Chubut. Población en Viviendas Particulares por percepción de Jubilación o Pensión, según Sexo y Grupo de Edad. 2010*)

El beneficio en la atención a esta población se ve directamente relacionado con el hecho sobresaliente de que en la provincia de Chubut, desde el punto de vista epidemiológico, la cobertura social es un factor determinante en la expectativa de vida. Se selecciona la edad de los pacientes como variable independiente, considerando que la fluctuación de enfermedades en el extremo mayor de la vida aumenta la exigencia en las condiciones de los servicios de salud, que tienen que ser acordes para poder suministrar una atención adecuada.

VII- CONCLUSIÓN FINAL

Dentro del sistema de salud la coordinación de turnos quirúrgicos ha tenido diferentes procesos de implementación en función del tipo de establecimiento y de las características intrínsecas de cada lugar de asistencia. Esto ha permitido una gran diversidad de programas de atención al paciente, que en la gran mayoría de los casos se adapta a las características de la institución donde se presta el servicio. Por lo tanto, es posible encontrar desde centros altamente informatizados con gran capacidad de eficiencia y eficacia en pos de reducir al mínimo el tiempo de demora para la realización de una cirugía programada hasta centros de atención en donde los inconvenientes estructurales y de organización no han podido avanzar en este estamento, condicionando la programación quirúrgica.

La intervención realizada en este TF se centró en atender a esta demanda concretamente en el HZA, elaborando un sistema de regulación y perfeccionamiento del circuito que trasladara a los pacientes desde los consultorios de los especialistas quirúrgicos hacia un Consultorio de Admisión, el cual funcionaría como organizador dado que abarcaría no sólo el ingreso de un/a paciente a la institución sino también la regulación de cada uno de los pasos a seguir hacia su cirugía, lo que involucra incluso la nueva consulta con su cirujano, la programación de la intervención, la internación, el suministro de camas y medicación para los casos necesarios.

Para la concreción de este objetivo, el TF se basó en la posibilidad de aplicar los conocimientos e instrumentos aprendidos en el transcurso del cursado de la Maestría en Gestión de Sistemas y Servicios de Salud y en la propia experiencia como parte del equipo quirúrgico del HZA.

Y, como resultado de esta tarea de optimización del circuito quirúrgico en esta institución de salud, se fijaron estrategias de conducción de los pacientes en función de acortar el tiempo que transcurre desde que una

persona concreta su primera consulta con un especialista quirúrgico, hasta que es intervenida y eventualmente dada de alta.

Para ello, se tuvieron en cuenta especialmente las características propias de las personas atendidas en el nosocomio: adultos mayores que presentan enfermedades acordes a su edad, lo que generó una necesidad peculiar de coordinar de manera eficiente no sólo a los pacientes, sino también a la familia que los contiene.

Una actividad de gestión de calidad como ésta utiliza herramientas y principios para comprender y abordar las deficiencias del sistema, para aumentar las fortalezas y mejorar los procesos de atención. Este fundamento permitió personalizar la intervención a realizar en la institución.

El pilar que sostuvo la intervención fue la planificación de una hipótesis de crecimiento basada en los datos estadísticos del año 2018. Esto permitió la reforma en la estructura de la atención de consultorio y la instrumentación de un consultorio prequirúrgico que volviera operativo y eficiente el paso de una persona para realizar una intervención.

Adjunto, al final de esta conclusión, la demostración de esta hipótesis.

Mejorar la calidad del servicio de salud implica utilizar métodos adecuados para cerrar la brecha entre los niveles alcanzados y los niveles esperados. En este caso, como ya explicitamos, los métodos se orientaron a mejorar el circuito prequirúrgico y a optimizar los tiempos para cada paciente en particular.

En mi condición de cirujano y siendo parte del sistema a intervenir, considero que los resultados de la intervención no se acotan a una mejora en el número de cirugías anuales, sino también, y especialmente, a aumentar la calidad en la atención y a disminuir los tiempos del procedimiento en beneficio de los pacientes.

Este correcto engranaje de etapas debe contar con un diseño en conjunto con los otros servicios hospitalarios. Debe ser integral y utilizar los recursos disponibles de la mejor manera posible.

HIPÓTESIS DE CRECIMIENTO

Una forma de intentar aumentar el número de cirugías estaría dada con la utilización plena del segundo quirófano. Planteando también el aumento de camas para intervenciones quirúrgicas.

1- Número de intervenciones respecto a la cantidad de quirófanos =

días quirúrgicos x horas quirúrgicas x número de quirófanos =

duración de intervención en hrs

$$\frac{235 \times 6 \times 2}{0.84} = 3357 \text{ cirugías anuales}$$

0.84

2- Número de camas necesarias según en número de intervenciones =

número de intervenciones x ALOS = 3357 x 3.4 = 49 camas

Cantidad días del período x IO 235 x 100

Se observa que operativamente se puede aumentar de manera significativa no solo la cantidad de camas requeridas sino también un aumento de la cantidad de cirugías anuales.

Desde el punto de vista edilicio/organizacional se plantea también una hipótesis de crecimiento que consiste en la ocupación de una instalación en el mismo piso del nosocomio en donde funcionaba la terapia intensiva de adultos, de una capacidad de internación de seis pacientes.

Cabe recordar lo desarrollado respecto del funcionamiento de internación de cirugías programadas en la institución, teniendo en cuenta que habitualmente la internación de cirugías programadas se realiza en el mismo día de su operación, durante la mañana (con excepción de las personas que requieren preparación abdominal para intervenciones en el colon, que concurren el día anterior), y el modo como el Consultorio de Admisión de pacientes administra conjuntamente con la coordinadora de enfermería la disponibilidad de camas.

Hasta el desarrollo de esta hipótesis y la consecuente intervención, el caso ideal consistiría en tener la cama reservada el día anterior y que permanezca vacía durante la noche, pero esto a menudo no se cumplía ante la necesidad de utilizar esas camas para guardias médicas.

Por lo que, a veces, se complicaba la realización de las cirugías al no contar con las reservas de camas correspondientes para la intervenciones, lo que obligaba a reprogramar. Previo a esta intervención, como solución en caso de no contar con la cama disponible a primera hora, se habituaba esperar que se concretara alguna alta médica en el transcurso de la mañana. Pero no era una solución definitiva y, en ocasiones, no funcionaba o retrasaba de todas maneras la intervención, perjudicando al paciente y al cronograma de cirugías.

Está de más convenir que esto atentaba no solo con la gestión de calidad de atención en el hospital, sino también con las normas propias de atención y resguardo de un paciente.

En función de estas contingencias se propuso un plan de intervención, que se desagrega de la principal intervención de este TF, pero que refiere estrictamente al uso de las instalaciones que se encuentran en el hospital.

Se planteó la conformación de un Hospital de Día, proponiendo la utilización de las camas disponibles de dos maneras:

Por un lado, utilizando las camas pertinentes para realizar cirugías de manera ambulatoria, internando a los pacientes en el Hospital de día y, luego de realizada la intervención quirúrgica, haciéndolos regresar a la misma unidad para su alta definitiva según su evolución postoperatoria.

Se requeriría de personal de enfermería en proporción de un enfermero cada cuatro pacientes internados.

Otra opción para aumentar la eficiencia y eficacia del circuito de internación pre quirúrgico era contemplar el ingreso de los pacientes que requirieran cama de internación durante su postoperatorio en el Hospital de Día. Esto conllevaría que directamente ingresaran todos los pacientes a la unidad de día, reduciendo así el tiempo previo a la cirugía y evitando la demora de los pacientes en su ingreso en el hospital.

Durante este tiempo de internación se colocan las vías con sueros y se realiza el "check in" prequirúrgico.

Esto, vigente todavía, permite que los pacientes, coordinados por el Consultorio de Admisión, cumplan con su internación, y que, tras el alta de algún/a paciente en el transcurso de la mañana, se comience de inmediato con otra intervención quirúrgica programada, evitando tiempo ocioso en el quirófano y la suspensión de intervenciones.



En última instancia: mientras se habilita la cama en el piso de internación, el paciente puede esperar en el hospital de Día hasta llegar a su lugar definitivo.

IX- BIBLIOGRAFÍA

- AAC Mejora continua de Gestión de Quirófano.2020 (p.3)
- Bloque quirúrgico estándares y recomendaciones. Gobierno de España. Ministerio de sanidad. 2005
- CNA Art 42
- Constitución Provincia de Chubut art 18
- Daccordi y Dalmazzo. Manual de Gerenciamiento en Empresas de Salud.Editorial Proa XXI. 2004 capítulo 14.
- Departamento de Censo y Estadísticas del Hospital "Ptre Alvear" de Comodoro Rivadavia. 2020
- Donabedian A. La dimensión internacional de la evaluación y garantía de la calidad. Salud pública de México. VOL. 32, MUN. 2 (1990)
- Donabedian A. Quality assessnlcnt: The industrial inodel and the hcalih care niocl. Clinical Performiance and Quality llealth Care 1993;1(1):51-52. Traducción: Angel Otero. Revisión Técnica: Dra. Bcairiz Zurita. Escuela de Salud Pública de la Universidad de Michigan.
- Evaluación en calidad de la atención médica. REV. CALIDAD ASISTENCIAL 2001. 16s 11s 27.
- FLEURY, Sonia; BICUDO, Valéria; RANGEL, Gabriela. Reacciones a la violencia institucional: estrategias de los pacientes frente al contraderecho a la salud en Brasil.
- H. Mintzberg. Diseño de Organizaciones eficientes. Ed. El Ateneo, Argentina, 1991, p., 6.
- Herramientas para la autoevaluacion de buenas practicas para la mejora de la calidad en los servicios de salud. DNCSSyRS, marzo 2021.
- INSSJP NORMAS MEDICAS.
- Informes UGL 17 Pcia CHUBUT 2020.

- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos Ética pública y conflictos de intereses. Capítulo IV. Pag 62
- Ministerio de Salud de la Provincia del Chubut. Plan estratégico HZA, Área Programática Sur de Comodoro Rivadavia, 2012
- Ministerio de Salud de la Nación Argentina. RM 573/2000 se encuentra en proceso de revisión las Normas de Organización y Funcionamiento del Área quirúrgica.
- Olshansky E. In celebration of Florence Nightingale: 2010 as the year of the nurse. J Prof Nurs 2010; 26: 197-8.
- Plan estratégico HOSPITAL PTE ALVEAR, ÁREA PROGRAMÁTICA COMODORO RIVADAVIA, MINISTERIO DE SALUD, PROVINCIA DEL CHUBUT. JUNIO 2012
Plan estratégico de Salud del Chubut 2017/2019.
www.ministeriodeSalud.chubut.gov.ar
- Tobar Federico. Cómo sobrevivir a una tesis en salud. 2006. Ed Isalud. , pag 4
- Stanley D. Lights in the shadows: Florence Nightingale and others who made their mark. Contemp Nurse 2007; 24: 45-51.
- Resolución 1 / 2015. GRUPO DEL MERCADO COMUN. REQUISITOS DE BUENAS PRATICAS PARA EL FUNCIONAMIENTO DE LOS SERVICIOS DE SALUD.

ANEXO 1

 ENCUESTA DE CALIDAD 							
Agradecemos su colaboración con la confección de esta encuesta que nos ayuda a mejorar el servicio. Por favor sea claro en sus observaciones. Muchas gracias.							
Fecha:	Edad:	sexo:					
			MUY BUENO	BUENO	REGULAR	MALO	MUY MALO
ACCESO A TURNOS							
Tiempo que le insume sacar un turno							
Cantidad de turnos disponibles							
Sistema telefonico / informatico							
Consentimiento de las obras sociales							
Por necesidad de traslados							
ESTUDIOS PRE-QUIRURGICOS							
Acceso a los mismos							
Acceso a exámenes de laboratorios							
ADMINISTRACION DE LA INSTITUCION							
Trato en la recepcion							
Informacion sobre normativas de la institucion							
Claridad y precision al hablar/explicar							
Dedicacion puesta en su atencion							
Respuestas ante inconvenientes							
PROFESIONALES DE LA SALUD							
Trato del profesional medico							
Onformacion brindada por el profesional medico							
Tato del personal de enfermeria							
Dedicacion del personal de enfermeria							
Rapidez en la atencion de su llamado							
Tiempo de espera previo a la hospitalizacion							
SERVICIO DE LIMPIEZA							
Limpieza y presentacion de la habitacion a su ingreso							
Limpieza y reposicion de insumos durante su estadia							
Limpieza en zonas comunes							
Trato del personal de limpieza							
INFRAESTRUCTURA							
Señalizacion de la institucion							
Comodidad de las salas de espera							
Comodidad del servicio							
Condiciones del equipamiento de la habitacion							
Servicio de comidas							
SUGERENCIAS							
Agradecemos su confianza, y desde ya nos encontramos a su entera disposicion para cualquier otra consulta.							
LA DIRECCION							

ANEXO 2



Nombre Y Apellido:

Nº de Historia:

Edad:

Procedimiento Quirúrgico:

Instrucciones para pacientes. Preparación de la piel para cirugía.

Preparación de la piel. La piel normal contiene bacterias que no representan un riesgo mientras no existan heridas, quemaduras u otras lesiones en la piel. Dado que toda cirugía implica la práctica de una lesión en la piel, existe siempre un cierto riesgo de infecciones. Una de las precauciones que recomendamos para reducir este riesgo es la adecuada preparación de la piel antes de la cirugía. Esto se logra por medio de baños combinados con el uso de jabones o soluciones antisépticas.

En los CINCO días anteriores a la cirugía debe bañarse una vez al día usando una solución antiséptica. Si Ud. prefiere tomar más de un baño por día es suficiente que uno de ellos se haga con jabón antiséptico. De ser posible, la ducha es preferible al baño por inmersión o en cama. El último baño debe realizarse el día de la cirugía, antes de salir de su casa o lugar de estancia.

La solución recomendada es la clorhexidina jabonosa. Luego de mojar la piel enjabónela con el antiséptico y frote suavemente haciendo hincapié en los pliegues axilares, inguinales, cuello y dedos de pies y

manos. El baño debe incluir el lavado de cabeza para cirugías de esa zona, cuidando que el antiséptico no entre en contacto con las mucosas y los ojos. Enjuague bien la piel para que no queden restos de antisépticos que puedan irritarla. Las uñas de los pies se cortan al ras (cuidando de no producir lastimaduras) y se cepillan suavemente si ha quedado suciedad atrapada bajo las mismas.

Ud puede pedir que se le entregue en el consultorio de cirugía frascos de 100 ml de solución jabonosa de clorhexidina, o bien adquirirla en una farmacia.

Si Ud. no pudiera bañarse normalmente, las soluciones recomendadas pueden aplicarse en la cama. Para ello, se pueden diluir en un recipiente en partes iguales de agua tibia y aplicar con un paño o esponja suaves y nuevos. Enjuagar con agua limpia y secar bien.

La clorhexidina puede manchar la ropa y las sabanas. Para evitarlo, lave inmediatamente las prendas afectadas con agua fría sola y recién luego de enjuagar podrá lavar con jabón y/o lavandina.

No se rasure ya que las hojas de afeitar pueden producir lesiones que aumentan el riesgo de infecciones. De ser necesario, nuestro personal afeitara la zona indicada inmediatamente antes de la cirugía.

Maquillaje y accesorios. Recomendamos que concurra a la cirugía sin maquillaje y sin esmalte de uñas ya que disminuyen la eficacia de los antisépticos y pueden afectar el funcionamiento de algunos instrumentos médicos. También recomendamos que concurra sin alhajas, las cuales no pueden usarse dentro de los quirófanos.

Además, Ud deberá aplicarse durante CINCO días en la nariz, de ambos lados y en forma profunda, una crema llamada mupirocina (nombre comercial Bactroban). Al igual que los baños con clorhexidina, una vez al día es suficiente.
