

INFORME FINAL DE AUDITORÍA

Con informe ejecutivo

Proyecto N° 3.08.08 b

**Gestión del Hospital General de Agudos
Dr. Juan Antonio Fernández**

Período Bajo Examen: 2007

Buenos Aires, noviembre de 2009

AUDITORIA GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Av. Corrientes 640 - 5to. Piso -Ciudad Autónoma De Buenos Aires

Presidenta

Dra. Sandra Bergenfeld

Auditores Generales

Dr. Santiago de Estrada

Dr. Alejandro Fernández

Ing. Adriano Jaichenco

Dra. Paula Oliveto Lago

Lic. Josefa Prada

Dr. Juan Carlos Toso

CÓDIGO DEL PROYECTO: 3.08.08 b

NOMBRE DEL PROYECTO: Gestión del Hospital General de Agudos Dr. Juan Antonio Fernández

PERÍODO BAJO EXÁMEN: 2007

EQUIPO DESIGNADO:

Director de Proyecto
Dr. C.P. Pedro Cottone

Auditor Ayudante a cargo de tareas de campo
Dra. C.P. Patricia Campana

OBJETIVO: Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia y eficiencia, en el Hospital General de Agudos Dr. Juan Antonio Fernández.

"2009 Año de los Derechos Políticos de la Mujer"

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, Mayo de 2009.							
Código del Proyecto	3.08.08 b)							
Denominación del Proyecto	Gestión del Hospital Dr. Juan A. Fernandez.							
Período examinado	Año 2007							
Objetivo de la auditoría	Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia y eficiencia, en el Hospital General de Agudos Dr. Juan Antonio Fernández.							
Presupuesto Distributivo 2007 (expresado en pesos)	Jur	UE	Pro	Spr	Act	Descripción	Importe	
	40	418				HTAL. JUAN A. FERNANDEZ	111.805.310	
	40	418	52			ATENCIÓN MÉDICA GENERAL	111.805.310	
	40	418	52	18	1	Conducción y Administración	7.809.827	
	40	418	52	18	2	Servicios de Internación	44.880.560	
	40	418	52	18	3	Atención Ambulatoria en Consultorios Externos	13.621.524	
	40	418	52	18	4	Servicios de Diagnóstico y Tratamiento	11.628.700	
	40	418	52	18	5	Servicios Generales de Limpieza, Vigilancia y Mantenimiento	10.009.529	
	40	418	52	18	6	Acciones de Promoción y Prevención en Salud- Centros de Salud y Acción Comunitaria	5.573.670	
	40	418	52	18	7	Urgencias	18.281.500	
Limitaciones al alcance	No fue posible calcular el indicador “Tiempo de Espera Quirúrgico” dado que, el Hospital no confecciona Historias Clínicas de Consultorio Externo que posibiliten la obtención del dato “fecha de diagnostico”.							
	Tampoco cuenta con una lista de espera quirúrgica única, que recoja el dato “Tiempo Máximo de Espera Quirúrgica por Patología”, información clave para la planificación de la actividad quirúrgica.							
	De 117 cirugías realizadas en los meses de Abril, Agosto y Noviembre, no fue posible obtener información del tiempo insumido en horas de Quirófano, dado que no se tuvo a la vista el respaldo documental de los antecedentes de cada una de ellas.							

	Para la evaluación de plazos de adquisición de Prótesis en cirugías Traumatológicas, a través del circuito de compra por Ayuda Medica, se solicitaron las Historias Clínicas de los pacientes que requirieron de tal modalidad. No obstante, del total de registros (76 Historias Clínicas) sólo se pudieron verificar 36 Historias Clínicas, dado que el resto no se encontraron en Archivo.
Período de desarrollo de tareas de auditoría	Las tareas de auditoria se desarrollaron entre el 20 de Agosto de 2008 y el 29 de Noviembre de 2008.
Aclaraciones previas	El sistema de salud esta conformado por distintos establecimientos organizados en niveles de complejidad, de acuerdo al modelo de atención definido. Se distinguen así, tres niveles de complejidad: ▪ Primer nivel: constituido por equipos interdisciplinarios, centros de salud y puestos comunitarios. ▪ Segundo nivel: constituido por hospitales generales con las cuatro clínicas básicas (cirugía, tocoginecología, clínica medica y pediatría) y servicios de urgencias y emergencias que operan con sus áreas programáticas. ▪ Tercer nivel: constituido por hospitales universitarios y centros especializados. Otra mirada posible, es la enunciada desde la óptica propia de los niveles de atención: ▪ El primer nivel de atención está constituido por: los recursos humanos, en infraestructura y tecnológicos y los programas y actividades destinados a desarrollar las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud en régimen ambulatorio, de atención domiciliaria, emergencia y urgencia. ▪ El segundo nivel de atención está constituido por: los recursos humanos, en infraestructura y tecnológicos para la atención médica en régimen de hospitalización, continua o parcial, de diversos niveles de complejidad. Incluye especialidades clínicas, quirúrgicas y odontológicas. ▪ El tercer nivel de atención está constituido por: los recursos humanos, en infraestructura y tecnológicos

	destinados al diagnóstico y tratamiento de las afecciones que requieran servicios de alta especialización. A partir de las definiciones indicadas, podemos enmarcar al Hospital Dr. Juan A. Fernández como una institución del tercer nivel de atención y del tercer nivel de complejidad. Desde esta perspectiva, se evalúa el proceso de utilización de los recursos, teniendo en cuenta los objetivos asistenciales planteados y la oferta sanitaria brindada. Es importante señalar, que el volumen de información que maneja el Hospital, nos lleva a efectuar recortes -determinación de una muestra- que conducen a que los exámenes de auditoria, se conviertan -aún a pesar del predominio del análisis cuantitativo- en "estudios de casos" que posibilitan la comparación -benchmarking- y que además, articuladas sus observaciones, recomendaciones y conclusiones, permiten tomar decisiones a fin de superar las dificultades, que sufre el sistema en su conjunto. En el análisis del caso Hospital Dr. J. A. Fernández, para la aplicación de determinados procedimientos de auditoria, la selección de la muestra obedece a meses que no coinciden con los períodos vacacionales tradicionales, según criterio del auditor. De esta manera, fueron seleccionados los meses de abril, agosto y noviembre del año en estudio.
Principales observaciones detectadas	1. La demanda de internación excede la disponibilidad del recurso "cama". Su utilización en niveles que superan el óptimo de ocupación (90,37% promedio anual), el promedio ponderado de días de estada (10,76 días) y el promedio de pacientes en lista de espera (128,40 casos), repercuten en los tiempos de espera para la internación del paciente. 2. El recurso humano destinado al centro quirúrgico no alcanza para asistir la actual demanda de cirugías; ocho de los nueve quirófanos de utilización diaria no disponen de personal de planta para el turno vespertino que posibilite la programación de cirugías (solo un quirófano cuenta con personal de planta por la tarde), implicando ello, capacidad instalada ociosa del recurso "quirófano". 3. La organización de los turnos de consulta ambulatoria, no

	responde a la necesidad del paciente. La programación de los mismos no están pensados para facilitar la accesibilidad. No hay turnos programados, el turno vespertino se entrega en su mayoría por la mañana y falta difusión de la consulta vespertina. Ello deriva, en la subutilización del recurso "consultorio" en el turno vespertino. 4. La oferta de turnos ambulatorios y las consultas realizadas, reflejaron desvíos significativos (17.193,50 turnos ofrecidos promedio mensual¹, contra 12.294,67 consultas realizadas promedio mensual²). La diferencia originada no se explica con el porcentaje de ausentismo a la consulta ambulatoria, dado que la misma fue del 4%³ sobre el total de turnos ofrecidos promedio mensual. Este desvío, se traduce en ociosidad del recurso humano disponible para la demanda asistida. 5. Las consultas de los CESACs, resultan escasas (8,63%) en relación a la totalidad de la consulta ambulatoria del Hospital más los propios CESACs. El nivel de atención de los CESACs a lo largo de los años, se incrementa muy lentamente, centralizándose la consulta ambulatoria en el Hospital. Ello implica la debilidad de la estrategia de Atención Primaria de la Salud en los centros asistenciales. 6. El hospital no cuenta con Historias Clínicas de Consultorio Externo ni con una lista de espera quirúrgica única, que recoja datos claves (fecha de diagnóstico, tiempo máximo de espera quirúrgica por patología, entre otros) para la planificación de la actividad asistencial, debilitando así, la organización quirúrgica del ente. De esta forma, no fue posible verificar 117 Historias Clínicas de Consultorio Externo, que posibiliten el cálculo del Indicador Tiempo de Espera Quirúrgico. 7. La internación de pacientes a través de la Guardia representó el 71,50% del total de internaciones promedio mensual. Esta modalidad, garantiza la internación del paciente pero no responde a un modelo de gestión eficiente, al desconocer las prioridades de una lista de espera quirúrgica única.
--	--

¹ Dato extraído del Cuadro 4 del cuerpo principal del Informe.

² Dato extraído del Cuadro 5 del cuerpo principal del Informe.

³ Dato extraído del Cuadro 8 del cuerpo principal del Informe.

	8. El plantel de Enfermería con tareas asistenciales (391 agentes), es escaso en comparación a la dotación necesaria que requeriría el hospital (730 agentes), resultando necesario la designación de horas correspondientes a 157 agentes, teniendo en cuenta las horas trabajadas de planta más las horas trabajadas por Módulos. Si se excluyera las horas trabajadas por Módulos, el déficit de agentes ascendería a 339.
Recomendaciones	1. Programación de Altas y Gestión de Camas: a) Replantear la internación de pacientes, programando las altas hospitalarias a través de protocolos de estancias por patologías. Para el caso de patologías menos previsibles, se podría utilizar un promedio de "previsión de días de alta". b) Revisar el modelo de gestión de asignación de camas, a fin de buscar un equilibrio entre ingresos programados y urgentes. La ocupación de camas de las distintas salas de internación por la Guardia, debería tener un límite a fin de no desprogramar la actividad quirúrgica. Por encima del límite establecido, debería pensarse en mantener a los pacientes en salas de observación o proceder a su traslado. c) La gestión de asignación de camas, debería ser automatizada y centralizarse en el área de Admisión y Egresos. d) Jerarquizar el área de Admisión y Egresos, a fin de ejercer la autoridad en la gestión de camas, salvo alguna situación de excepción en la que el Jefe de Guardia asuma tal responsabilidad. e) Implementar mecanismos (contratos, acuerdos, etc.), desde el Ministerio de Salud, que permita la articulación con el sector privado, a fin de incrementar la disponibilidad de plazas. 2. Gestión del Paciente Quirúrgico: a) Centralizar e informatizar las listas de espera quirúrgica, en el Servicio de Admisión y Egresos. b) Unificadas las listas de espera de quirófano, los servicios quirúrgicos y el área de Admisión, deberían acordar el método de programación para la gestión del paciente (prioridades por patologías, tiempos máximos de espera quirúrgica por patología, reprogramación de cirugías

	suspendidas, etc.). c) Evaluar la eficiencia en el tratamiento de los pacientes para cada tipología de paciente, que atienda el hospital. En este sentido, se pretende la medición del case mix, a través de alguno de los instrumentos de medición como lo son, los Grupos Relacionados de Diagnósticos (GRD). Esta medición permitiría conocer la complejidad del case mix, y organizar y distribuir de manera más eficiente los recursos físicos y humanos. 3. Gestión del Paciente Ambulatorio: a) Definir, conjuntamente con el Ministerio de Salud, la población que debe cubrir el hospital, para la adecuada organización de los recursos asistenciales. b) Replantear el número de población que se proyecta asistir, a fin de poder aproximarse al cálculo de los recursos necesarios (físicos y humanos) basados en la demanda. c) Evaluar la eficiencia en el tratamiento de los pacientes para cada tipología de paciente, que atienda el hospital. En este sentido, se pretende la medición del case mix, a través de alguno de los instrumentos de medición como lo son, los Grupos Relacionados de Diagnósticos (GRD). Esta medición permitiría conocer la complejidad del case mix, y organizar y distribuir de manera más eficiente los recursos físicos y humanos. d) Replantear la estrategia de Atención Primaria a fin de dar mayor respuesta en los Centros de Salud, a la población con patologías de menor complejidad. 4. Maximizar la utilización del Centro Quirúrgico, y de otros Servicios que así lo requieran, a través de la incorporación del recurso humano necesario. Para ello, el Ministerio de Salud, deberá estimar conjuntamente con el hospital el Recurso Humano faltante (médico, técnico, de enfermería y otros), y generar los medios necesarios para la apertura de concursos que posibiliten la incorporación inmediata del personal requerido.
Conclusión	La actividad asistencial que evidencia el Hospital Dr. Juan A. Fernandez, se orienta hacia una gestión eficiente. No obstante, es posible mencionar algunas acciones de índole general que podrían contribuir a optimizarla. De esta manera, se resalta que, la determinación de un

	equilibrio entre el número de pacientes programados para internación y los procedentes del servicio de Guardia, la centralización e informatización de las listas de espera quirúrgica en un único centro de admisión, y la adecuada cuantificación de los recursos necesarios (físicos y humanos) en función a la demanda que se proyecta asistir, son algunos de los campos a trabajar en pos de una mejora. Asimismo, podría corregirse el accionar del Ministerio de Salud en temas relativos, a la mejora de la calidad de la actividad hospitalaria. Finalmente, la evaluación de los servicios asistenciales debería ser un procedimiento habitual y cotidiano en la gestión, dado que ésta, integra la planificación y a su vez, es indispensable en el proceso de toma de decisión. En este sentido, la utilización de la herramienta Cuadro de Mando Integral, permitiría de manera integrada y participativa, la definición de parámetros, indicadores y límites, que posibiliten monitorear la actividad hospitalaria y tomar medidas correctivas ante desvíos significativos que afecten el normal funcionamiento del hospital.
--	--

**Informe Final de Auditoría
Gestión del Hospital General de Agudos Dr. Juan Antonio Fernández
Proyecto N° 3.08.08 b**

DESTINATARIO

**Sr. Vicepresidente 1°
Legislatura Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Cdor. Diego Santilli
Ciudad Autónoma de Buenos Aires**
S / D

En uso de las facultades conferidas por los artículos 131, 132 y 136 de la Ley 70 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, y conforme a lo dispuesto en el artículo 135 de la Constitución de la Ciudad, la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires ha procedido a efectuar un examen en el ámbito del Ministerio de Salud, con el objeto detallado en el apartado I) siguiente.

I) OBJETO

Debilidades y áreas críticas detectadas en el Hospital General de Agudos Dr. Juan Antonio Fernández.

II) OBJETIVO

Evaluar la adecuación de los recursos al cumplimiento de los objetivos institucionales y operativos, en términos de eficacia y eficiencia, en el Hospital General de Agudos Dr. Juan Antonio Fernández.

III) ALCANCE

El examen fue realizado de conformidad con las normas de auditoría externa de la Auditoría General de la Ciudad de Buenos Aires, aprobadas por la Ley N° 325.

Para evaluar el cumplimiento del presupuesto físico aprobado, de los objetivos institucionales previstos y de otros indicadores de gestión en áreas críticas del Hospital Dr. Juan A. Fernández, detectadas en la auditoría de relevamiento, se practicaron los siguientes procedimientos:

- Analizar y evaluar la orientación del Hospital a partir de la concepción de niveles de complejidad y niveles de atención.
- Analizar y evaluar la utilización de los recursos, camas, quirófanos y consultorios.

- Evaluar el acceso y el proceso de atención ambulatoria, matutina y vespertina -productividad, ausentismo, entre otros-.
- Evaluar la relación de la consulta del primer nivel de atención (Cesac) y la consulta externa del Hospital, como así también la consulta por Guardia con la consulta ambulatoria del nosocomio.
- Evaluar la calidad de atención, a través de una Encuesta de Satisfacción a pacientes de servicios asistenciales detectados como áreas críticas.
- Evaluar el acceso y el proceso de intervención quirúrgica -productividad, suspensiones, tiempo de espera y acceso a prótesis-.
- Evaluar el acceso y el proceso de internación, los casos de intervención del Servicio Social y su interrelación con otros organismos gubernamentales y no gubernamentales, y los casos de ingresos por Guardia.
- Verificar el circuito de facturación del paciente internado.
- Analizar y evaluar los contratos de servicios vencidos.
- Evaluar la dotación y distribución por áreas, del recurso humano de Enfermería y la utilización racional de horas módulos.
- Evaluar la dotación de personal médico y la utilización racional de las horas Guardia Fuera de Dotación.
- Identificación de Indicadores cualitativos y cuantitativos de la Gestión.

Las tareas de auditoria se desarrollaron entre el 20 de Agosto de 2008 y el 29 de Noviembre de 2008.

IV) LIMITACIONES AL ALCANCE

No fue posible calcular el indicador "Tiempo de Espera Quirúrgico" dado que, el Hospital no confecciona Historias Clínicas de Consultorio Externo que posibiliten la obtención del dato "fecha de diagnostico".

Tampoco cuenta con una lista de espera quirúrgica única, que recoja el dato "Tiempo Máximo de Espera Quirúrgica por Patología", información clave para la planificación de la actividad quirúrgica.

De 117 cirugías realizadas en los meses de Abril, Agosto y Noviembre, no fue posible obtener información del tiempo insumido en horas de Quirófano, dado que no se tuvo a la vista el respaldo documental de los antecedentes de cada una de ellas.

Para la evaluación de plazos de adquisición de Prótesis en cirugías Traumatológicas, a través del circuito de compra por Ayuda Medica, se solicitaron las Historias Clínicas de los pacientes que requirieron de tal modalidad. No obstante, del total de registros (76 Historias Clínicas) sólo se pudieron verificar 36 Historias Clínicas, dado que el resto no se encontraron en Archivo.

V) ACLARACIONES PREVIAS

El sistema de salud esta conformado por distintos establecimientos organizados en niveles de complejidad, de acuerdo al modelo de atención definido.

Se distinguen así, tres niveles de complejidad⁴:

- Primer nivel: constituido por equipos interdisciplinarios, centros de salud y puestos comunitarios.
- Segundo nivel: constituido por hospitales generales con las cuatro clínicas básicas (cirugía, tocoginecología, clínica medica y pediatría) y servicios de urgencias y emergencias que operan con sus áreas programáticas.
- Tercer nivel: constituido por hospitales universitarios y centros especializados.

Otra mirada posible, es la enunciada desde la óptica propia de los niveles de atención⁵:

- El primer nivel de atención está constituido por: los recursos humanos, en infraestructura y tecnológicos y los programas y actividades destinados a desarrollar las acciones de promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud en régimen ambulatorio, de atención domiciliaria, emergencia y urgencia.
- El segundo nivel de atención está constituido por: los recursos humanos, en infraestructura y tecnológicos para la atención médica en régimen de hospitalización, continua o parcial, de diversos niveles de complejidad. Incluye especialidades clínicas, quirúrgicas y odontológicas.
- El tercer nivel de atención está constituido por: los recursos humanos, en infraestructura y tecnológicos destinados al diagnóstico y tratamiento de las afecciones que requieran servicios de alta especialización.

A partir de las definiciones indicadas, podemos enmarcar al Hospital Dr. Juan A. Fernández como una institución tendiente al tercer nivel de atención y al tercer nivel de complejidad.

⁴ Lemus, J. D. y colaboradores, "Salud Pública, Epidemiología y Atención Primaria de la Salud", capítulo 9 Pág. N°153, Ed. Cides, Buenos Aires, 2005.

⁵ Prof. Dr. Guida C., "Niveles de atención en salud", Curso dictado en la Facultad de Psicología, UBA, Buenos Aires.

Desde esta perspectiva, se evalúa el proceso de utilización de los recursos, teniendo en cuenta los objetivos asistenciales planteados y la oferta sanitaria brindada.

Es importante señalar, que el volumen de información que maneja el Hospital, nos lleva a efectuar recortes -determinación de una muestra- que conducen a que los exámenes de auditoria, se conviertan -aún a pesar del predominio del análisis cuantitativo- en "estudios de casos" que posibilitan la comparación -benchmarking- y que además, articuladas sus observaciones, recomendaciones y conclusiones, permiten tomar decisiones a fin de superar las dificultades, que sufre el sistema en su conjunto.

En el análisis del caso Hospital Dr. J. A. Fernández, para la aplicación de determinados procedimientos de auditoria, la selección de la muestra obedece a meses que no coinciden con los períodos vacacionales tradicionales, según criterio del auditor. De esta manera, fueron seleccionados los meses de abril, agosto y noviembre del año en estudio.

1. Perfil de utilización de los recursos

El volumen de actividad que puede desarrollar un hospital, y dentro de éste cada servicio, está determinado por los recursos disponibles y por su nivel de utilización.

El nivel de utilización de los recursos traduce la relación entre el uso real de los recursos y su capacidad máxima teórica. La eficiencia en la utilización de los recursos asignados traduce la relación entre el logro de los objetivos (actividad asistencial) y el consumo de los recursos empleados⁶.

Se analizan a continuación tres recursos físicos fundamentales para la gestión hospitalaria: las camas de hospitalización, los quirófanos y los consultorios.

1.1 Ocupación de camas

La cama de hospitalización constituye el recurso físico principal del hospital. Se pretende establecer una relación entre el uso real de las camas y su máximo uso teórico.

Se utiliza para ello, el indicador porcentaje ocupacional, que establece el porcentaje de camas que en promedio estuvieron ocupadas diariamente durante el año.

⁶ Cuervo J., Varela J., Belenes R., "Gestión de Hospitales", capítulo 7 Pág. 263, Ed. Vicens Vives, Barcelona, 1994.

- **Porcentaje ocupacional = Total de pacientes día del período⁷ / Total de días camas disponibles del período⁸ x 100**

Porcentaje ocupacional año 2007 = $110.257^9 / 132.473^{10} \times 100 = 83,23 \%$

Se considera como índice de ocupación óptimo el 85% dado que, permite disponer de un número determinado de camas desocupadas, que dan un margen de maniobra correcto para los ingresos desde el servicio de Urgencias¹¹.

Si se analiza el índice de ocupación por servicio se verifica que, los niveles de ocupación varían significativamente en comparación con el óptimo:

Cuadro 1. Porcentaje ocupacional, listas de espera, días de estada y camas disponibles.

Especialidades	% Ocup.	% Óptimo	Desvío	Lista de pacientes en espera quirúrgica	Promedio días de estada	Cantidad de camas disponibles
Cirugía						
Cirugía General	93,16	85	8,16	157	11,89	44
Ginecología	70,01	85	-14,99	33	5,45	20
Neurocirugía	90,79	85	5,79	15	10,34	12
Ortopedia y Traumatología	89,5	85	4,5	402	15,76	42
Urología	95,53	85	10,53	35	Sin dato	10
Medicina						
Cardiología	87,66	85	2,66	-----	5,86	12
Clínica Médica	94,92	85	9,92	-----	16,06	78
Urgencias						
Terapia Intermedia	96,64	85	11,64	-----	10,88	12
Terapia Intensiva	95,14	85	10,14	-----	9,83	10
Promedio	90,37	85	5,37	128,40	10,76	27

Fuente: Elaboración propia sobre la base del Movimiento Hospitalario año 2007 e Informe de Relevamiento del Hospital J. A. Fernández Proyecto N° 3.08.08.a.

Si bien el índice de ocupación general, arroja niveles óptimos de ocupación (83,23%), el análisis de este indicador por Servicio¹², arroja niveles disímiles al óptimo.

⁷ Indica el número de pacientes que en promedio estuvieron hospitalizados diariamente.

⁸ Indica el número de camas que en promedio estuvieron disponibles diariamente.

⁹ Movimiento hospitalario año 2007.

¹⁰ Movimiento hospitalario año 2007.

¹¹ Dr. Aranguren E. y. Rezzonico R, "Auditoría Médica" capítulo 7 pág. 296, Ed. CEEF, Buenos Aires, 1998; Cuervo J., Varela J., Belenes R., "Gestión de Hospitales", capítulo 6 pag. 257. Ed. Vicens Vives, Barcelona, 1994.

Los valores que superan el 90 o 95 %, pueden ser indicativo de que se rechace pacientes y por lo tanto se trabaja bajo el concepto de "cama caliente"¹³. Es el caso de los Servicios de Cirugía General (93,16 %), Neurocirugía (90,79 %), Urología (95,53 %), Clínica Médica (94,92 %) y Terapia Intensiva (95,14 %) e Intermedia (96,64 %). Puede considerarse también en este subgrupo, al Servicio de Ortopedia y Traumatología (89,50 %). **Observación 1**

Además, analizados los días de estada (10,76 días promedio ponderado) y las listas de espera (128,40 pacientes promedio), se concluye que existe baja disponibilidad de camas para la demanda de internación. **Observación 1**

La disponibilidad de este recurso, puede obedecer a una multiplicidad de causas: los nuevos procedimientos médicos, el creciente costo en salud, la creciente demanda registrada en el área de Internación por tratarse de un hospital de referencia, el incremento de la población sin cobertura social y la de cobertura que opta por el sistema público de salud y el aumento de la expectativa de vida que genera mayor requerimiento de atención de los adultos mayores.

Por el contrario, los valores inferiores al 70 o 75 %, dan cuenta de la subutilización de los elementos disponibles, por exceso de recursos en relación a la demanda asistida¹⁴, que se da solamente, en el Servicios de Ginecología.

1.2 Rendimiento de los quirófanos

La programación de quirófanos es un aspecto fundamental para obtener un rendimiento óptimo. De ahí la importancia de disponer de dotación de recurso humano propio, de planta física acorde, de quirófanos compartidos y específicos para Urgencias y para otras especialidades necesarias, como así también horarios de funcionamiento acordes y la posibilidad de su incremento.

Por ello, la utilización del indicador rendimiento quirúrgico, que establece una relación entre el tiempo de utilización de los quirófanos y el tiempo teórico de funcionamiento, nos orientará en el rendimiento del uso de este recurso.

Se trabajó sobre una muestra de cirugías realizadas según el Libro de Registro Diario de Quirófano, de los meses de Abril, Agosto y Noviembre del año 2007.

¹² Se exceptúa el Departamento Materno Infantil y Pediatría por tratarse de áreas con atención de casos que requieren un análisis por separado.

¹³ Dr. Aranguren E. y Rezzonico R., "Auditoria Médica", capítulo 7 Pág. 296, Ed. CEEF, Buenos Aires, 1998.

¹⁴ Dr. Aranguren E. y Rezzonico R., "Auditoria Médica", capítulo 7 Pág. 296, Ed. CEEF, Buenos Aires, 1998.

Para el calculo del tiempo de utilización de los quirófanos, se analizaron los Libros de Quirófanos y Libros de Anestesia, a fin de extraer los siguientes datos: hora de ingreso a quirófano, hora de inicio de cirugía y hora de finalización de cirugía.

Para el cálculo del tiempo quirúrgico teórico, se tuvo en cuenta las horas en que los quirófanos disponen de horas profesionales para su utilización, según lo informado por el Jefe de Coordinación Quirófano (planificación de la utilización del centro quirúrgico). Se optó por este criterio, a fin de no generar distorsiones que puedan ocasionar ambigüedad de interpretación.

Se incluyen en el análisis los quirófanos de utilización diaria (nueve). Se excluye del análisis el quirófano destinado a Urgencias.

Las horas contempladas en el tiempo quirúrgico teórico (horas semanales) fueron convertidas a mensuales, previo cálculo de descuento de semanas no trabajadas por distinta índole. Las semanas no trabajadas no comprenden los sábados y domingos dado que, la planificación de la utilización del centro quirúrgico contempla horarios de lunes a viernes.

Calculo de semanas no trabajadas¹⁵ :

Ferriados	8 días
Licencia anual	25 días
Otras licencias ¹⁶	10 días
Total	43 días

Si se divide el total de días no trabajados por los 5 días de la semana laborables, se obtiene el total de semanas no trabajadas.

43 días / 5 días (semana laboral) = 8,6 semanas no trabajadas

Si 8,6 semanas no trabajadas corresponden a 12 meses del año, 1 mes corresponderá a la división entre semanas no trabajadas al año y los meses del mismo.

8,6 / 12 = 0,72 semanas

¹⁵ Adaptado de: Dr. Aranguren E.y Rezzonico R., "Auditoria Médica", capítulo 14 pág. 523, Ed. CEEF, Buenos Aires, 1998.

¹⁶ Enfermedad, ausencias, etc.

Por lo tanto, las horas semanales se multiplicaron por 3,28 semanas al mes (4 semanas – 0,72 semanas no trabajadas) obteniendo un total real de horas ofrecidas mensuales ($225 + 20 \times 3,28 = 803,60$).

Componentes de la fórmula:

- Tiempo quirúrgico utilizado = Promedio mensual de sumatoria de tiempos reales de intervenciones quirúrgicas.

465 hs con 29 minutos promedio mensual¹⁷

Cuadro 2. Utilización de los quirófanos

Meses de la muestra	Horas de quirófano	Cirugías realizadas	Cirugías realizadas sin registro de horarios
ABRIL	459:01:00	262	29
AGOSTO	484:41:00	253	63
NOVIEMBRE	452:46:00	320	25
TOTAL TRIMESTRE	1396:28:00	835	117
PROMEDIO MENSUAL	465:29:00	278	39

Fuente: Elaboración propia sobre la base de las planillas diarias de Quirófano de los meses de la muestra.

Se consideraron además, una hora por cirugía, en conceptos de preparación del paciente por anestesia, como así también, limpieza, asepsia y disposición del quirófano (aparatorología e instrumental).

465 hs con 29 minutos + 278 hs = 743 hs promedio mensual

- Tiempo quirúrgico teórico = N° de quirófanos (del periodo) x horas de funcionamiento al mes

Cabe señalar que, el 14% de las cirugías realizadas promedio mensual ($39 \times 100 / 278$), no registran información sobre horarios de utilización del quirófano.

Tiempo teórico matutino:

9 quirófanos x 5 hs diarias = 45 hs diarias
 45 hs x 5 días semanales = 225 hs semanales
 225 hs x 3,28 semanas al mes = 738 hs mensuales

¹⁷ Detalle de obtención de horas promedio mensual en Anexo 1.

Tiempo teórico vespertino:

1 quirófanos x 4¹⁸ hs diarias = 4 hs diarias
4 hs x 5 días semanales = 20 hs semanales
20 hs x 3,28 semanas del mes = 65,60 hs mensuales

Tiempo teórico mensual total:

738 hs mensuales matutinas + 65,60 hs mensuales vespertinas =
803,60 hs mensuales

- **Rendimiento quirúrgico = Tiempo quirúrgico utilizado / Tiempo quirúrgico teórico x 100**

743 hs / 803,60 hs x 100 = 92,45 %

De acuerdo a la cantidad de recurso humano con disponibilidad de horas asistenciales en el centro quirúrgico –preferentemente matutino- y según los quirófanos utilizables (nueve), la relación tiempo quirúrgico utilizado, con el tiempo teórico, resulta óptimo (92,45 %) en función al tiempo máximo que pueden utilizarse los mismos, en la franja horaria con disponibilidad de profesionales de planta.

No obstante, si se tiene en cuenta las listas de espera que cada Servicio lleva (Ortopedia y Traumatología 402 pacientes, Cirugía General 157 pacientes, entre otros), y que el turno vespertino no tiene personal de planta asignado, se deduce que, el recurso humano destinado al centro quirúrgico, no alcanza para asistir a la demanda actual. **Observación 2**

1.3 Rendimiento de los consultorios

La organización de este recurso cumple un papel fundamental en la ejecución de niveles óptimos de utilización. Se aplica para ello, el indicador rendimiento de consultorios externos, que relaciona el tiempo de consulta utilizado y el tiempo teórico disponible.

Para el cálculo del tiempo teórico disponible, se tuvo en cuenta las horas en que los consultorios disponen de horas profesionales para la atención, según lo informado por los Jefes de Consultorio Externo, Matutino y Vespertino, (agenda médica). Se optó por este criterio, a fin de no generar distorsiones que puedan ocasionar ambigüedad de interpretación.

¹⁸ Información suministrada por el Jefe de Coordinación Quirófano.

Para el cálculo del tiempo de consulta utilizado, se tuvo en cuenta las horas asistenciales realizadas, que surgen del análisis de Planillas Diarias de Consultorio Externo, de las que se obtienen, los días efectivamente trabajados. De estos días, se contó las horas efectivamente ofrecidas, que surgen del calculo de las horas que trabaja cada profesional, según la agenda médica,¹⁹ por cada día de trabajo, según consta en la Planilla Diaria de Consulta Ambulatoria.

En este último caso, se trabajó sobre una muestra de planillas diarias de consulta ambulatoria, de los meses de abril, agosto y noviembre del año 2007.

Las horas asistenciales según agenda médica (horas semanales) fueron convertidas a mensuales, previo calculo de descuento de semanas no trabajadas por distinta índole. Las semanas no trabajadas no comprenden los sábados y domingos dado que, la agenda médica contempla horarios de lunes a viernes.

Calculo de semanas no trabajadas²⁰ :

Ferados	8 días
Licencia anual	25 días
Otras licencias ²¹	10 días
Total	43 días

Si se divide el total de días no trabajados por los 5 días de la semana laborables, se obtiene el total de semanas no trabajadas.

$43 \text{ días} / 5 \text{ días (semana laboral)} = 8,6 \text{ semanas no trabajadas}$

Si 8,6 semanas no trabajadas corresponden a 12 meses del año, 1 mes corresponderá a la división entre semanas no trabajadas al año y los meses del mismo.

$8,6 / 12 = 0,72 \text{ semanas no trabajadas mensualmente}$

Por lo tanto, las horas semanales se multiplicaron por 3,28 semanas al mes (4 semanas – 0,72 semanas no trabajadas) obteniendo un total real de horas ofrecidas mensuales, según agenda médica.

Componentes de la fórmula:

- Tiempo de consulta utilizado = Horas asistenciales realizadas promedio mensual.

¹⁹ Horas ofrecidas exclusivamente a consultorio externo.

²⁰ Adaptado de: Dr. Aranguren E.y Rezzonico R., "Auditoria Medica", capitulo 14 Pág. 523, Ed. CEEF, Buenos Aires, 1998.

²¹ Enfermedad, ausencias, etc.

- Tiempo de consulta teórico = Horas asistenciales ofrecidas mensuales según agenda medica (descontadas las semanas no laborables).

Cuadro 3. Horas realizadas y horas ofrecidas en consultorios externos por especialidad

Especialidad	Horas Asistenciales Realizadas Promedio Mensual	Horas Asistenciales Ofrecidas según Agenda Medica Promedio Mensual	Desvio En horas	Desvio en %
Clínica Médica	275,38	293,48	-18,10	-6,17
Clínica Médica vespertina	182,67	246,00	-63,33	-25,75
Cardiología	168,99	166,51	2,47	1,48
Cardiología vespertina	46,00	49,20	-3,20	-6,50
Dermatología	139,53	129,59	9,93	7,67
Dermatología vespertina	112,10	95,12	16,98	17,85
Gastroenterología	80,20	91,29	-11,09	-12,15
Gastroenterología vespertina	22,43	21,87	0,57	2,59
Subtotal Medicina	1.027,30	1.093,07	-65,77	-6,02
Cirugía General	101,67	115,89	-14,23	-12,28
Cirugía General vespertina	7,00	4,37	0,29	6,71
Ginecología	103,61	120,28	-16,67	-13,86
Ginecología vespertina	270,23	278,75	-8,52	-3,06
Urología	66,77	65,07	1,70	2,61
Urología vespertina	6,00	4,37	-0,37	-8,54
Ortopedia y Traumatología	236,53	221,95	14,59	6,57
Ortopedia y Traumatología vesp.	61,00	38,27	2,40	6,27
Oftalmología	122,05	108,21	13,84	12,79
Oftalmología vespertina	61,15	90,21	-29,06	-32,22
Otorrinolaringología	188,20	200,93	-12,74	-6,34
Otorrinolaringología vespertina	78,48	101,71	-23,24	-22,84
Neurocirugía	4,67	8,75	-4,08	-46,65
Neurocirugía vespertina	7,33	6,56	0,77	11,79
Vascular Periférico	20,33	29,52	-9,19	-31,12
Subtotal Cirugía	1.335,00	1.394,83	-84,50	-6,06
Pediatría	424,57	499,54	-74,97	-15,01
Pediatría vespertina	262,04	267,29	-5,24	-1,96
Subtotal Pediatría	686,62	766,83	-80,21	-10,46
Obstetricia	217,43	325,27	-107,83	-33,15
Obstetricia vespertina	222,61	240,53	-17,92	-7,45
Subtotal Tocoginecología	440,05	565,80	-125,75	-22,23
Total General	3.488,96	3.820,54	-331,57	-8,68

Fuente: elaboración propia sobre la base de la información contenida en la Agenda Médica y en las planillas de consultas ambulatorias de los meses de la muestra.

- **Rendimiento de consultorios externos = Tiempo de consultorio utilizado / Tiempo de consultorio teórico x 100**

$$3.488,96 \text{ horas} / 3.820,54 \text{ horas} \times 100 = 91,32 \%$$

El rendimiento de los consultorios externos, en función de las horas ofrecidas, resulta óptimo. No obstante, el análisis no contempla la demanda insatisfecha, porque la misma no se registra. Ello podría influir significativamente en el resultado del indicador analizado, dado que, en función de la demanda real se planifica el tiempo de consultorio teórico necesario para cubrir dicha demanda.

Asimismo, cabe mencionar que las horas asistenciales ofrecidas superan las horas asistenciales efectivamente consumidas, sobre todo en el turno vespertino.

Observación 3

2. Proceso de atención médica ambulatoria

2.1 Oferta asistencial

La adecuación de la oferta a la demanda es uno de los retos a los que se enfrenta el sistema sanitario, en pos de ofrecer servicios de calidad.

Bajo una perspectiva técnico-médica y desde la concepción de la necesidad aplicada a la asistencia sanitaria, se evalúa la oferta asistencial.

A tal efecto, se trabajó sobre una muestra aleatoria de Panillas de Atención Ambulatoria Diaria (entregado por la División Estadísticas del nosocomio), de los Servicios con atención matutina y vespertina²² (Clínica Médica, Cardiología, Dermatología, Gastroenterología, Cirugía General, Ginecología, Urología, Ortopedia y Traumatología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Neurocirugía, Vascular Periférico, Pediatría y Obstetricia), en los meses de Abril, Agosto y Noviembre de 2007.

Se analizaron 3.583 registros sobre un universo indeterminado de Panillas de Atención Ambulatoria Diaria, con el fin de conocer: la población que accede a un turno, los turnos libres (no dados) por especialidad, el porcentaje de ausentismo a la consulta y la productividad de los Servicios.

²² El sector Vascular Periférico no brinda atención vespertina; no obstante, se incluyó en la muestra dada la importancia de ésta especialidad.

Para el cálculo de la productividad, se trabajó sobre las horas profesionales dedicadas a la atención ambulatoria, de cada profesional -personal de planta permanente-, informadas por el Jefe de Consultorio Externo Matutino y Vespertino (agenda médica). La opción de este criterio recae en la utilización de la Agenda Médica -y por ende los horarios contenidos en la misma- como instrumento, para el ofrecimiento de turnos a los pacientes (según lo expresado por el Jefe de Mesón de Turnos).

Queda excluido del análisis, la atención ambulatoria asistida por médicos concurrentes y residentes.

Se desarrollaron indicadores de tiempo, de resultado y de proceso, cuyos valores se exponen por especialidad en cuadros continuos a cada indicador.

2.1.1 Indicadores de Tiempo

▪ Razón Horas profesionales asistenciales ofrecidas

$\frac{\text{Horas ofrecidas al mes}}{\text{Turnos ofrecidos}^{23} \text{ al mes}} \times 60 = \text{Tiempo de atención ofrecido (minutos)}$

Cuadro 4. Minutos por turnos ofrecidos

Especialidad	Turnos Ofrecidos Promedio Mensual	Horas Ofrecidas según agenda Promedio Mensual	Minutos por Turno ofrecido Promedio Mensual	Parámetros de rendimiento Sector Ambulatorio (minutos por consulta) ²⁴
Clínica Médica	1.185,33	293,48	14,52	20,00
Clínica Médica vespertina	665,67	246,00	22,17	20,00
Cardiología	832,67	166,51	12,00	20,00
Cardiología vespertina	152,33	49,20	19,23	20,00
Dermatología	979,00	129,59	7,56	15,00
Dermatología vespertina	378,67	95,12	15,04	15,00
Gastroenterología	398,00	91,29	13,46	20,00
Gastroenterología vespertina	68,67	21,87	19,07	20,00
Subtotal Medicina	4.660,33	1.093,07	15,38	18,75
Cirugía General	1.223,00	115,89	5,41	15,00
Cirugía General vespertina	27,00	4,37	9,43	15,00
Ginecología	1.778,00	120,28	4,04	15,00
Ginecología vespertina	1.592,00	278,75	10,31	15,00
Urología	822,00	65,07	4,45	20,00
Urología vespertina	20,00	4,37	13,70	20,00
Ortopedia y Traumatología	1.079,33	221,95	12,20	20,00
Ortopedia y Traumatología vesp.	251,50	38,27	9,08	20,00
Oftalmología	720,00	108,21	9,01	15,00

²³ Oferta de turnos. Incluye turnos no tomados y turnos ausentes.

²⁴ Dr. Aranguren E. y Rezzonico R., "Auditoría Médica", capítulo 7 Pág. 305. Ed. CEEF, Buenos Aires, 1998.

"2009 Año de los Derechos Políticos de la Mujer"

Especialidad	Turnos Ofrecidos Promedio Mensual	Horas Ofrecidas según agenda Promedio Mensual	Minutos por Turno ofrecido Promedio Mensual	Parámetros de rendimiento Sector Ambulatorio (minutos por consulta) ²⁴
Oftalmología vespertina	290,67	90,21	18,37	15,00
Otorrinolaringología	706,33	200,93	17,04	15,00
Otorrinolaringología vespertina	285,33	101,71	21,23	15,00
Neurocirugía	21,33	8,75	24,36	20,00
Neurocirugía vespertina	41,33	6,56	9,31	20,00
Vascular Periférico	129,00	29,52	13,44	15,00
Subtotal Cirugía	8.986,83	1.394,83	12,09	17,00
Pediatría	1.350,33	499,54	22,12	15,00
Pediatría vespertina	884,67	267,29	18,08	15,00
Subtotal Pediatría	2.235,00	766,83	20,10	15,00
Obstetricia	658,67	325,27	29,38	15,00
Obstetricia vespertina	652,67	240,53	22,07	15,00
Subtotal Tocoginecología	1.311,33	565,80	25,73	15,00
Total General	17.193,50	3.820,54	18,32	16,44

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Agenda Médica y de las Panillas de Atención Ambulatoria Diaria de los meses de la muestra.

En relación a los minutos ofrecidos por consulta, se utilizan parámetros para la planificación y programación de la cantidad de turnos que deben ofrecerse diariamente.

La cantidad mínima de tiempo por consulta que se establece, contempla al acto médico desde lo técnico hasta lo relacional, es decir, tiene en cuenta que se debe realizar la anamnesis, el examen físico, la historia clínica, el diagnóstico y la emisión de una orden para estudios o tratamiento según lo requiera cada caso.

El incumplimiento de este tiempo, sugiere la realización incompleta o nula de algunos de estos puntos, repercutiendo directamente en la calidad de atención médica y consecuentemente en la salud de la población atendida.

Desde la percepción de la oferta, los Servicios por debajo de los parámetros establecidos para la consulta ambulatoria, fueron: Ginecología (4,04 minutos por consulta), Urología (4,45 minutos por consulta), Cirugía general (5,41 minutos por consulta), Dermatología (7,56 minutos por consulta), Oftalmología (9,01 minutos por consulta) y Ortopedia y Traumatología (12,20 minutos por consulta). Relación que se da, mayormente, en el turno matutino. **Observación 3**

▪ Razón Horas profesionales asistenciales consumidas

"2009 Año de los Derechos Políticos de la Mujer"

$\frac{\text{Horas asistenciales realizadas al mes}}{\text{Consultas realizadas}^{25} \text{ al mes}} \times 60 = \text{Tiempo de atención consumido (minutos)}$

Cuadro 5. Minutos por consultas realizadas

Especialidad	Consultas Realizadas Promedio Mensual	Horas Asistenciales Realizadas Promedio Mensual	Minutos por Consulta Realizada Promedio Mensual	Parámetros de rendimiento Sector Ambulatorio (minutos por consulta) ²⁶
Clínica Médica	1.122,67	275,38	15,00	20,00
Clínica Médica vespertina	526,00	182,67	20,50	20,00
Cardiología	781,33	168,99	12,59	20,00
Cardiología vespertina	121,00	46,00	22,49	20,00
Dermatología	968,67	139,53	8,38	15,00
Dermatología vespertina	328,00	112,10	20,31	15,00
Gastroenterología	391,33	80,20	12,18	20,00
Gastroenterología vespertina	56,00	22,43	24,02	20,00
Subtotal Medicina	4.295,00	1.027,30	17,14	18,75
Cirugía General	351,33	101,67	17,22	15,00
Cirugía General vespertina	25,00	7,00	16,48	15,00
Ginecología(**)	538,00	103,61	11,34	15,00
Ginecología vespertina	447,00	270,23	36,16	15,00
Urología	258,67	66,77	15,29	20,00
Urología vespertina	5,50	6,00	65,27	20,00
Ortopedia y Traumatología	1.074,67	236,53	13,13	20,00
Ortopedia y Traumatología vesp.	183,50	61,00	19,57	20,00
Oftalmología	713,67	122,05	10,16	15,00
Oftalmología vespertina	267,00	61,15	13,44	15,00
Otorrinolaringología	668,00	188,20	16,54	15,00
Otorrinolaringología vespertina	201,33	78,48	23,23	15,00
Neurocirugía	18,33	4,67	15,16	20,00
Neurocirugía vespertina	40,33	7,33	10,55	20,00
Vascular Periférico	123,33	20,33	9,53	15,00
Subtotal Cirugía	4.915,67	1.335,00	19,76	17,00
Pediatría	1.306,33	424,57	19,30	15,00
Pediatría vespertina	656,67	262,04	23,56	15,00
Subtotal Pediatría	1.963,00	686,62	21,72	15,00
Obstetricia	637,33	217,43	20,28	15,00
Obstetricia vespertina	483,67	222,61	27,37	15,00

²⁵ Consultas Realizadas: son los pacientes efectivamente atendidos; se excluyen los pacientes ausentes.

²⁶ Dr. Aranguren E. y Rezzonico R., "Auditoria Medica", capítulo 7 Pág. 305. Ed. CEEF, Buenos Aires, 1998.

"2009 Año de los Derechos Políticos de la Mujer"

Especialidad	Consultas Realizadas Promedio Mensual	Horas Asistenciales Realizadas Promedio Mensual	Minutos por Consulta Realizada Promedio Mensual	Parámetros de rendimiento Sector Ambulatorio (minutos por consulta) ²⁶
Subtotal Tocoginecología	1.121,00	440,05	23,83	15,00
Total General	12.294,67	3.488,96	15,67	16,44

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Agenda Médica y de las Panillas de Atención Ambulatoria Diaria de los meses de la muestra.

Desde la percepción de la demanda asistida, los minutos por consulta realizada se asemejan en mayor proporción a los valores estándares.

No obstante, si se analiza el indicador propuesto según consultas matutinas y vespertinas, se aprecian Servicios del turno vespertino con importantes desvíos en relación al estándar.

Ello puede obedecer, a que se trata de Servicios con menor demanda vespertina y por lo tanto, los minutos por consulta parecieran aumentar, cuando en realidad lo que disminuye son las cantidades totales de consultas.

En tal sentido, se ubican en esta categoría los siguientes Servicios vespertinos: Urología (65,27 minutos por consulta), Ginecología (36,16 minutos por consulta), Obstetricia (27,37 minutos por consulta), Pediatría (23,56 minutos por consulta) y Gastroenterología (24,02 minutos por consulta). **Observación 3**

Sin embargo, si se cruzan los datos de consultas vespertinas realizadas con lo enunciado en la encuesta de satisfacción al usuario ambulatorio, respecto a disponibilidad para atenderse en el turno vespertino (74 % de encuestados respondieron por sí), se puede concluir que, existe subutilización de los Servicios vespertinos y/o que los mismos no tienen la difusión adecuada para su uso. **Observación 3**

Por otro lado, se verifica que, la oferta asistencial y lo efectivamente realizado, varían significativamente (17.193,50 turnos, para 3.820,54 hs. ofrecidas, contra 12.294,67 consultas realizadas, para 3.488,96 hs. realizadas), comprobándose la ociosidad del recurso humano disponible, en relación a la demanda asistida. **Observación 4**

2.1.2 Indicadores de Resultado

▪ Productividad de la consulta externa

"2009 Año de los Derechos Políticos de la Mujer"

$$\frac{\text{Nº de Consultas realizadas al mes}}{\text{Nº de Horas dedicadas a la consulta ambulatoria al mes}} = \text{Consulta por hora médica}$$

Cuadro 6. Consulta por hora médica

Especialidad	Consultas Realizadas Promedio Mensual	Horas Asistenciales Realizadas Promedio Mensual	Consulta por hora médica trabajada Promedio Mensual
Clínica Médica	1.122,67	275,38	4,08
Clínica Médica vespertina	526,00	182,67	2,88
Cardiología	781,33	168,99	4,62
Cardiología vespertina	121,00	46,00	2,63
Dermatología	968,67	139,53	6,94
Dermatología vespertina	328,00	112,10	2,93
Gastroenterología	391,33	80,20	4,88
Gastroenterología vespertina	56,00	22,43	2,50
Subtotal Medicina	4.295,00	1.027,30	3,93
Cirugía General	351,33	101,67	3,46
Cirugía General vespertina	25,00	7,00	3,57
Ginecología	538,00	103,61	5,19
Ginecología vespertina	447,00	270,23	1,65
Urología	258,67	66,77	3,87
Urología vespertina	5,50	6,00	0,92
Ortopedia y Traumatología	1.074,67	236,53	4,54
Ortopedia y Traumatología vesp.	183,50	61,00	3,01
Oftalmología	713,67	122,05	5,85
Oftalmología vespertina	267,00	61,15	4,37
Otorrinolaringología	668,00	188,20	3,55
Otorrinolaringología vespertina	201,33	78,48	2,57
Neurocirugía	18,33	4,67	3,93
Neurocirugía vespertina	40,33	7,33	5,50
Vascular periférico	123,33	20,33	6,07
Subtotal Cirugía	4.915,67	1.335,00	3,87
Pediatría	1.306,33	424,57	3,08
Pediatría vespertina	656,67	262,04	2,51
Subtotal Pediatría	1.963,00	686,62	2,79
Obstetricia	637,33	217,43	2,93
Obstetricia vespertina	483,67	222,61	2,17
Subtotal Tocoginecología	1.121,00	440,05	2,55
Total General	12.294,67	3.488,96	3,29

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Agenda Médica y de las Panillas de Atención Ambulatoria Diaria de los meses de la muestra.

La relación consulta por hora medica se verifica alta en los Servicios de Dermatología (6,94 consultas por hora medica), Oftalmología (5,85 consultas por hora medica), Neurocirugía vespertina (5,5 consultas por hora medica) y Vascular Periférico (6,07 consultas por hora medica). Un número elevado de consultas por hora médica, podría recaer en una menor calidad de la atención médica, teniendo en cuenta, que no se respetaría los minutos por consulta previstos como estándares.

Asimismo, aquellos Servicios con baja cantidad de consultas por hora médica, como es el caso de Gastroenterología vespertina (2,5 consultas por hora médica), Ginecología vespertina (1,65 consultas por hora médica), Obstetricia vespertina (2 consultas por hora médica) y Urología vespertina (0,92 consulta por hora médica), demuestran nuevamente la subutilización de Servicios vespertinos. Se aclara que las consultas analizadas no incluyen las consultas por prácticas, que habitualmente realizan estos Servicios. **Observación 3**

2.1.3 Indicadores de Proceso

Proporción consulta turno vespertino - consulta ambulatoria total del servicio

$$\frac{\text{Nº Consultas Externas por servicio turno vespertino} \times 100}{\text{Nº Consultas Externas total del mismo servicio}} = \% \text{ de la consulta vespertina}$$

Cuadro 7. Proporción de la consulta vespertina

Especialidad	Consultas realizadas Promedio Mensual	Consultas Vespertinas Realizadas Promedio Mensual	% de Consulta Vespertina Promedio Mensual
Clínica Médica	1.648,67	526,00	31,90
Cardiología	902,33	121,00	13,41
Dermatología	1.296,67	328,00	25,30
Gastroenterología	447,33	56,00	12,52
Subtotal Medicina	4.295,00	1.031,00	24,00
Cirugía General	376,33	25,00	6,64
Ginecología	985,00	447,00	45,38
Urología	264,17	5,50	2,08
Ortopedia y Traumatología	1.258,17	183,50	14,58
Oftalmología	980,67	267,00	27,23
Otorrinolaringología	869,33	201,33	23,16
Neurocirugía	58,67	40,33	68,75
Subtotal Cirugía	4.792,33	1.169,67	24,41
Pediatría	1.963,00	656,67	33,45
Subtotal Pediatría	1.963,00	656,67	33,45
Obstetricia	1.121,00	483,67	43,15

"2009 Año de los Derechos Políticos de la Mujer"

Especialidad	Consultas realizadas Promedio Mensual	Consultas Vespertinas Realizadas Promedio Mensual	% de Consulta Vespertina Promedio Mensual
Subtotal Tocoginecología	1.121,00	483,67	43,15
Total General	12.171,33	3.341,00	27,45

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Agenda Médica y de las Panillas de Atención Ambulatoria Diaria de los meses de la muestra.

La atención de los Consultorios Externos vespertinos se realiza principalmente con profesionales Residentes (asignación de oferta de horas médicas para la atención). Es el caso del consultorio de Neurocirugía.

Cuadro 8. Proporción del turno no dado y turno ausente

Especialidad	Turnos Ofrecidos Promedio Mensual	Turnos no dados	Turnos Ausentes	% Turnos no dados	% Turnos Ausentes
Clínica Médica	1.185,33	32,00	30,67	2,70	2,59
Clínica Médica vespertina	665,67	36,33	103,33	5,46	15,52
Cardiología	832,67	21,33	30,00	2,56	3,60
Cardiología vespertina	152,33	14,33	17,00	9,41	11,16
Dermatología	979,00	4,00	6,33	0,41	0,65
Dermatología vespertina	378,67	14,67	36,00	3,87	9,51
Gastroenterología	398,00	4,33	2,33	1,09	0,59
Gastroenterología vespertina	68,67	8,00	4,67	11,65	6,80
Subtotal Medicina	4.660,33	135,00	230,33	2,90	4,94
Cirugía General	1.223,00	165,00	4,00	13,49	0,33
Cirugía General vespertina	27,00	2,00	0,00	7,41	0,00
Ginecología	1.778,00	91,00	73,00	5,25	1,62
Ginecología vespertina	1.592,00	44,00	207,00	2,76	13,00
Urología	822,00	43,00	3,00	5,23	0,36
Urología vespertina	20,00	14,50	0,00	72,50	0,00
Ortopedia y Traumatología	1.079,33	0,00	4,67	0,00	0,43
Ortopedia y Traumatología vesp.	251,50	37,00	31,00	14,71	12,33
Oftalmología	720,00	5,33	1,00	0,74	0,14
Oftalmología vespertina	290,67	16,67	7,00	5,73	2,41
Otorrinolaringología	706,33	33,33	5,00	4,72	0,71
Otorrinolaringología vespertina	285,33	63,33	20,67	22,20	7,24
Neurocirugía	21,33	2,67	0,33	12,50	1,56
Neurocirugía vespertina	41,33	1,00	0,00	2,42	0,00
Vascular Periférico	129,00	1,67	4,00	1,29	3,10
Subtotal Cirugía	8.986,83	520,50	360,67	5,21	2,74
Pediatría	1.350,33	36,00	8,00	2,67	0,59

"2009 Año de los Derechos Políticos de la Mujer"

Especialidad	Turnos Ofrecidos Promedio Mensual	Turnos no dados	Turnos Ausentes	% Turnos no dados	% Turnos Ausentes
Pediatría vespertina	884,67	187,67	40,33	21,07	5,20
Subtotal Pediatría	2.235,00	223,67	48,33	9,98	2,42
Obstetricia	658,67	16,00	5,33	2,43	0,81
Obstetricia vespertina	652,67	126,33	42,67	19,36	6,54
Subtotal Tocoginecología	1.311,33	142,33	48,00	10,85	3,66
Tota General	17.193,50	1.021,50	687,33	5,94	4,00

Fuente: Elaboración propia sobre la base de la Agenda Médica y de las Panillas de Atención Ambulatoria Diaria de los meses de la muestra.

El porcentaje de ausentismo a la consulta representa el 4% del total de turnos ofrecidos, mientras que el porcentaje de turnos no tomados por los pacientes representa el 6% del total de los turnos ofrecidos.

Los casos de ausentismos en el turno mañana representan el 26% (177 casos) promedio mensual del total de turnos ausentes, mientras que el turno vespertino representa el 74% restante (510 casos). Cabe señalar que, este ultimo turno, consigna dicha información en las planillas de consulta ambulatoria, mientras que el turno matutino, solo lo consigna en algunos casos.

En tal sentido se resalta que, el porcentaje de ausentismo puede obedecer a que los turnos vespertinos se otorgan por la mañana, quedando una brecha de tiempo larga, hasta la efectivización de la consulta ambulatoria. **Observación 3**

▪ Porcentaje de Consultas CESACs

$$\frac{\text{Total de Consultas CESACs} \times 100}{\text{Total de Consultas Externas del hospital y Consultas CESACs}} = \% \text{ de Consultas CESACs}$$

Cuadro 9. Evolución de la consulta CESACs y consulta Hospital

Consultas	Consultas por Año ²⁷		
	2005	2006	2007
Total Consultas CESACs	40.527	43.440	43.989
Total Consultas Externas	442.232	479.536	465.474
Total Consultas Externas y CESACs	482.759	522.976	509.463
Porcentaje de Consultas CESACs	8,39	8,31	8,63

Fuente: Elaboración propia sobre la base del Movimiento Hospitalario Año 2007.

La proporción expuesta resulta insuficiente y demuestra que, pese a los esfuerzos por aplicar un sistema de referencia y contrarreferencia eficaz, la consulta del primer nivel de atención a lo largo de los años se incrementa muy lentamente, centralizándose la atención en el Hospital. **Observación 5**

- **Proporción Consulta de Urgencia / Consulta Externa:** Total de consultas de urgencia año 2007 / Total de consultas ambulatoria año 2007

$$133.614^{28} / 331.860^{29} \times 100 = 40,26\%$$

La cantidad de consultas atendidas por Guardia, representan el 40,26% de las consultas asistidas por Consultorio Externo.

2.2 Calidad de la atención ambulatoria

La calidad puede referirse a diferentes aspectos de la actividad de una organización en salud: el producto o servicio, el proceso, la producción o el sistema de prestación del servicio. Para nuestro análisis, consideraremos la calidad desde el sistema de prestación del servicio.

Para ello, se apreciará el conocimiento respecto de las necesidades del paciente, que el nosocomio debió tener en cuenta para planificar los recursos sanitarios.

2.2.1 Encuesta de satisfacción

²⁷ Movimiento hospitalario años 2007, 2006 y 2005.

²⁸ Dato extraído del Movimiento hospitalario año 2007.

²⁹ Dato extraído del Movimiento hospitalario año 2007, se excluye la consulta del área de atención primaria.

El propósito de la encuesta de satisfacción es de carácter valorativo constituyendo uno de los elementos de juicio que integra el control de la calidad de la atención médica. Su objetivo es conocer la opinión del paciente respecto a la calidad de atención brindada.³⁰

A tal efecto, se diseñó una encuesta de satisfacción con variables que relevan aspectos como: acceso a turnos, tiempos de espera, atención recibida por parte de los profesionales médicos, enfermeros y personal administrativo, entre otros.

Para la selección de Servicios se utilizó el criterio de mayor cantidad de consultas ambulatorias³¹ durante el periodo auditado (2007); para la determinación de la muestra (191.438 consultas, universo seleccionado³²), se aplicó la formula de muestreo estadístico aprobada por la AGCBA.

Se realizaron 100 encuestas en 15 Servicios con prestación de consulta ambulatoria. Se obtuvieron los siguientes resultados:

El 76 % de los turnos otorgados fueron espontáneos (76 encuestas) y sólo el 24 % programado (24 encuestas).

Turnos Programados (24 encuestas)		
Tiempo de espera	Casos	%
Menos de 15 días	12	50
Entre 15 y 30 días	7	29
Entre 30 y 45 días	3	13
Más de 45 días	2	8
Total	24	100

El 50 % de los encuestados indicaron que, sus turnos programados los obtuvieron dentro de los primeros 15 días, contados desde la fecha en que fue a sacar el turno. Un 21 % indicó que, el tiempo de espera para la obtención del turno pedido, fue de más de 30 días.

Turnos Espontáneos (76 encuestas)		
Hora de ingreso al Hospital	Casos	%
Menos de 5 AM	16	21
Entre 5 y 6 AM	10	13

³⁰ Dr. Aranguren E. y Rezzonico R., "Auditoria Medica", capitulo 13 Pág. 439. Ed. CEEF, Buenos Aires, 1998.

³¹ Dato extraído del Movimiento hospitalario año 2007.

³² Ver determinación de tamaño muestral en Anexo 2.

"2009 Año de los Derechos Políticos de la Mujer"

Turnos Espontáneos (76 encuestas)		
Hora de ingreso al Hospital	Casos	%
Entre 6 y 7 AM	10	13
Más de 7 AM	40	53
Total	76	100

Para la obtención de un turno espontáneo, el 21 % los pacientes encuestados, debieron concurrir al Hospital antes de las 5 de la mañana.

Turnos Espontáneos (76 encuestas)		
Hora en que se le asignó el turno	Casos	%
De 8 a 9 AM	0	0
De 9 a 10 AM	15	20
De 10 a 11 AM	21	28
De 11 a 12 AM	14	18
Turno Tarde	26	34
Total	76	100

Pese a que el 47 % de los usuarios respondieron que debieron concurrir al Hospital antes de las 7 de la mañana, los turnos fueron asignados a partir de la 9 de la mañana. Al 34 % se le otorgó un turno para la tarde.

Esto remarca que, los turnos vespertinos son entregados por la mañana. El usuario que concurre luego del mediodía, solo tiene posibilidad de obtener un turno vespertino para el mismo día, si durante la mañana esos turnos no fueron agotados.

Turnos Vespertinos (100 encuestas)		
	Sí	No
Disponibilidad del paciente	74	26
Hospital ofreció Turno Vespertino	38	62

El 74% de los pacientes encuestados expresaron tener disponibilidad para concurrir al Hospital en el turno vespertino.

Tiempo de espera del paciente desde el horario del turno hasta ser atendido en ambas modalidades de otorgamiento (100 encuestas)		
Tiempo de espera	Casos	%
Entre 0 y 15 minutos	26	26
Entre 16 y 30 minutos	37	37

"2009 Año de los Derechos Políticos de la Mujer"

Tiempo de espera del paciente desde el horario del turno hasta ser atendido en ambas modalidades de otorgamiento (100 encuestas)		
Tiempo de espera	Casos	%
Entre 31 minutos y 60 minutos	13	13
Entre 61 minutos y 90 minutos	8	8
Entre 91 minutos y 120 minutos	7	7
Más de 120 minutos	9	9
Total	100	100

El 24 % de los encuestados declararon que, desde que le entregaron el turno hasta la consulta efectiva, demoraron más de 60 minutos.

Conceptos	Trato Administrativo	Trato Enfermero	Trato Médico/Técnico	Sala de Espera
Muy Buena	36	14	63	17
Buena	45	5	34	58
Regular	11	0	3	25
Mala	3	0	-	-
No Aplica	5	81	-	-
Total	100	100	100	100

En relación al trato percibido, 14 encuestados respondieron que el trato del personal administrativo fue regular o malo. Solo 25 casos consideraron que la comodidad de la sala de espera era regular.

▪ Indicador Grado de Satisfacción de pacientes ambulatorios:

Para la elaboración de este indicador se asignó un puntaje a cada pregunta de la encuesta de satisfacción, cuyos valores se presentan con un máximo de 2,5 y un mínimo de 0,5 según la mejor o peor variable que el usuario haya dado como respuesta³³.

La asignación del puntaje y los valores deseables como óptimos, fueron determinados a criterio del auditor.

$$\text{Grado de Satisfacción} = \frac{\text{Puntaje Hallado} \times 100}{\text{Puntaje Máximo}} = \frac{11 \times 100}{16,25} = 67,69$$

³³ Ver detalle de valoración de la encuesta de satisfacción en Anexo 2.

El grado de satisfacción del paciente ambulatorio es del 67,69 %, considerándose al mismo bueno³⁴ en relación a los valores deseables.

2.2.2 Análisis de las quejas médicas y administrativas

El objetivo de este análisis es aproximarnos a la comprensión de los motivos de los pacientes, que registraron quejas médicas o administrativas. Se desarrolla un análisis cualitativo de las quejas registradas.

Es menester señalar que, a diferencia de la encuesta, el análisis de la queja conlleva la expectativa del paciente en cuanto a la resolución del problema manifestado³⁵.

El hospital cuenta con un Libro de Quejas como estipula la Ley 2.247/06; según esta Ley en las dependencias oficiales, el Director y/o responsable designa el sector donde se exhibe el Libro, es responsable del mismo, y elevará todas las intervenciones producidas (...) y determina que deberá existir un cartel ubicado en lugar visible por el público, donde se informará a cerca de la existencia del Libro de Quejas, sugerencias y reclamos (art. 1, 6 y 8 de la Ley).

Se relevó un total de 35 quejas, sugerencias y reclamos (clasificación según Ley Nº 2.247/06) y 3 agradecimiento.

La queja más representativa es la referida a mala atención y malos tratos, representando el 37% (13 casos) del total de quejas relevadas.

En orden de menor significatividad siguen los reclamos por diversos motivos: falta de profesional, falta de turnos, excesiva espera para la atención, falta de sillas para la espera, desaparición de pertenencias de pacientes, falta de información y ausencia de seguridad.

Asimismo se destaca que, en nuestra observación in situ no se constató la existencia del cartel indicativo a cerca de la existencia del Libro de Quejas.

3. Proceso de atención Quirúrgica

³⁴ Valores deseables: entre el 100% y 95% Excelente, entre el 94% y 80 % Muy Bueno, entre 79 % y 65 % Bueno.

³⁵ Investigación cualitativa de los Servicios de Salud. Maria Lucia Magalhaes Bosi y Francisco Mercado, capítulo 5. Ed. Lugar Editorial S.A, Buenos Aires, 2007.

3.1 Cirugías realizadas

Se analizó la productividad del centro quirúrgico, verificándose las suspensiones quirúrgicas y sus causas.

A tal efecto se trabajo sobre una muestra de Planillas de Parte Quirúrgico, de los meses de Abril, Agosto y Noviembre de 2007.

Cuadro 10. Cirugías realizadas

Meses de la muestra	Cirugías realizadas
ABRIL	262
AGOSTO	253
NOVIEMBRE	320
TOTAL Trimestre	835
Promedio mensual	278,33
Proyectado anual	3.340

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Partes quirúrgicos de los meses de la muestra.

Durante el año 2007 se realizaron 278,33 cirugías promedio mensual. Sobre un total de 4.128 cirugías anuales programadas, se realizaron 3.340 (80,91 %).

- **Porcentaje de cirugías efectivas:** Total de cirugías efectivas año 2007 / Total de cirugías programadas año 2007 x 100 =

$$3.340^{36} / 4.128^{37} \times 100 = 80,91 \%$$

3.2 Cirugías suspendidas

- **Porcentaje de suspensiones:** Total de cirugías suspendidas año 2007/ Total de cirugías programadas año 2007 x 100 =

$$792^{38} / 4.128 \times 100 = 19,18 \%$$

El 19,18 % de las cirugías programadas fueron suspendidas, detallándose sus causas, en el cuadro siguiente:

³⁶ Datos obtenidos del promedio mensual proyectado anual, sobre información del año 2007.

³⁷ Dato que surge de la suma entre cirugías realizadas y cirugías suspendidas promedio mensual proyectado al año.

³⁸ Dato proyectado anual. No incluye aquellas suspensiones de cirugías condicionales.

Cuadro 11. Cirugías suspendidas agrupadas por causas

Motivo de Suspensión	Promedio Mensual	Proyectado Anual	Porcentaje
Causa hospital ³⁹	42	504	64
Causa paciente ⁴⁰	19	228	29
Causa ajena al hospital ⁴¹	5	60	7
TOTAL	66	792	100

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Partes Quirúrgicos de los meses de la muestra.

El promedio anual más alto de cirugías suspendidas, corresponden a causas inherentes a la Institución, con un total de 504 suspensiones, que representa el 64% del total. Influye sobre ello, la falta de camas, la falta de disponibilidad de sangre, decisiones del médico anestesista o decisiones del servicio y errores administrativos.

Observación 17

3.3 Tiempo de espera quirúrgico

- **Tiempo de espera quirúrgico:** días transcurridos entre el diagnóstico y la práctica quirúrgica

A pesar de la importancia de este indicador, no fue posible determinarlo dado que el Hospital, no confecciona historias clínicas de consultorio externo que posibiliten la obtención del dato "fecha de diagnóstico". **Observación 6**

Tampoco cuenta con una lista de espera quirúrgica única, que recoja el dato "tiempo máximo de espera quirúrgica por patología", información clave para la planificación de la actividad asistencial. **Observación 6**

De 117 cirugías realizadas en los meses de Abril, Agosto y Noviembre, no fue posible obtener información del tiempo insumido en horas de Quirófano, dado que no se tuvo a la vista el respaldo documental de los antecedentes de cada una de ellas.

Observación 6

3.4 Análisis de las cirugías del Área de Traumatología que requirieron prótesis

³⁹ Se incluye en causas del hospital, aquellas relacionadas con decisiones propias del nosocomio: falta de camas, falta de disponibilidad de sangre, decisión del anestesista o decisión del servicio y error administrativo.

⁴⁰ Se incluye en causas del paciente, aquellas relacionadas con decisiones propias del paciente: el paciente no se presentó, paciente asintomático y paciente sin condiciones clínicas.

⁴¹ Se incluye en causas ajenas al hospital, la falta de material en reparaciones óseas (placa de osteosíntesis).

Entre los diversos factores que diariamente se observan como responsables de la postergación del acto quirúrgico, se encuentra el tiempo para obtener elementos protésicos a aplicar en dicho acto.

A fin de evaluar los plazos del circuito de compra de prótesis por ayudas medicas, se analizaron las Órdenes de Compra del año 2007, relativas a los pedidos de insumos del área de Ortopedia y Traumatología.

Se incluye el paciente con residencia en la Ciudad de Buenos Aires. Queda excluido del análisis el paciente con residencia en la Provincia de Buenos Aires o en otras Provincias, dado que el circuito de compra contiene otro mecanismo de adquisición de prótesis.

Se verificaron 53 Órdenes de Compra y sus respectivas rendiciones, a partir de las cuales se obtuvieron 76 registros de pacientes solicitantes –una orden de compra, podía tener más de un pedido de ayuda médica-.

Para evaluar el plazo entre el pedido del insumo y la compra del mismo, se analizó las fechas consignadas en los registros de cada rendición de ayuda médica, obteniéndose que el plazo promedio transcurrido entre el pedido y la compra fue de 54,94 días corridos en promedio⁴².

La obtención del dato fecha de operación, surge de la Historia Clínica del paciente. No obstante, del total de registros (76 Historias Clínicas), sólo se pudieron verificar 36 Historias Clínicas, dado que el resto no se encontraron por diversas causas: historias clínicas ilegibles por inundación del archivo, historias clínicas en sector legales, historias clínicas secuestradas, historias clínicas de pacientes del Programa PROCA⁴³, entre otros. **Observación 8**

De las Historias Clínicas verificadas, se desprende que el tiempo promedio transcurrido entre la fecha de emisión de la Orden de Compra del material y la fecha en que se realizó la operación, fue de 89,11 días corridos en promedio⁴⁴.

El tiempo total del circuito, contado desde la fecha del pedido hasta la operación del paciente, fue de 144,06 días corridos en promedio. **Observación 8**

Asimismo, de las 36 Historias Clínicas relevadas, se observaron 17 casos, que siendo el estado clínico del paciente estable, consignaba el dato "aguarda turno

⁴² Ver detalle en Cuadro Anexo 3.

⁴³ Programa de cirugía ambulatoria.

⁴⁴ Ver detalle en Cuadro Anexo 3.

quirúrgico". Para estos casos, el promedio de días de Internación preoperatorio, fue de 15,18 días.

Desde la percepción de la calidad, se resalta que, el acortamiento del tiempo preoperatorio disminuye el riesgo de contraer infecciones hospitalarias, a la vez que señala la eficacia en la utilización de los recursos.

Asimismo, la demora en el circuito del pedido de prótesis podría tener un efecto negativo sobre la evolución de la enfermedad, generando complicaciones tanto en la etapa pre como post-quirúrgica, aumentando así, tanto la utilización de los servicios de diagnóstico y tratamiento como los de Internación, significando esto mayores costos hospitalarios.

4. Proceso de Internación

4.1 Pacientes internados por causas sociales

La internación es uno de los rubros que inciden fuertemente en los costos hospitalarios. Sin embargo, existen casos donde se prolonga la internación del paciente, en circunstancias que permitirían tener un tratamiento adecuado bajo otra modalidad de atención.

Desde esta perspectiva, se aborda esta problemática con una mirada social, a través del análisis e identificación de pacientes que permanecieron internados en el hospital por causas sociales durante más de dos meses, aún con alta médica.

Se señala que, un "caso social" se transforma en "problema social" cuando obtenida el alta clínica, existen motivos sociales (falta de familia, situación de abandono, hogares dependiente de la CABA sin cupos para admisión, entre otros) que impide al nosocomio, externar al paciente. Dichos motivos escapan a la multiplicidad de acciones que el hospital puede llevar a cabo.

El interés por esta temática, se funda en que los tiempos para la resolución de los problemas sociales son demasiados prolongados, lo que hace que se ocupen camas, con el consiguiente deterioro de la calidad de vida de los pacientes, y que esa cama no sea ocupada por personas que si presentan problemas de salud.

A tal fin, se analizaron las historias sociales de pacientes entrevistados por el Servicio Social del Hospital, durante el año 2007. Se verificaron 6.328 registros, obteniéndose los siguientes resultados.

Del total de registros, sólo 14 casos presentaron problemas sociales (según el criterio de la auditoría, explicado con anterioridad).

No obstante, si se analizan los casos en función a las camas hospitalarias disponibles, se deduce que, estos 14 pacientes representaron el 5,19 % de las camas totales del nosocomio (se consideraron 270⁴⁵ camas ya que no se tuvieron en cuenta las camas de terapia intensiva, terapia intermedia, unidad coronaria y recuperación postoperatoria), siendo clínica médica el área más afectada por estos casos (12,82 %). **Observación 9.-**

Cuadro 12. Casos sociales y disponibilidad de camas

Internación	Nro. de Camas	Nro. de Pacientes	Porcentaje de Pacientes en relación a las camas disponibles
Traumatología	42	2	4,76
Clínica Médica	78	10	12,82
Pediatría	16	-----	-----
Ginecología	20	-----	-----
Obstetricia	36	1	2,78
Cirugía Gral.	44	1	2,27
Urología	10	-----	-----
Neurocirugía	12	-----	-----
Cardiología	12	-----	-----
Totales	270	14	5,19

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historias Sociales del periodo bajo análisis y de datos del Informe de Relevamiento Dr. J. A. Fernández 3.08.08.a.

Verificado el tiempo de internación de los 14 pacientes detectados, se obtuvo que: 7 pacientes estuvieron internados entre 2 y 6 meses, 3 pacientes estuvieron internados entre 7 y 12 meses, y 4 pacientes estuvieron internados entre 13 y 24 meses.

Las problemáticas de tipo social que presentan estos pacientes, se resuelven consiguiendo las derivaciones a instituciones que respondan a la necesidad de cada paciente (Hogares de la CABA, Instituciones Nacionales, Provinciales, ONG, PAMI, etc). También, el trabajo con las redes familiares permite, que estas familias tomen la iniciativa de albergar a los pacientes en tales condiciones.

Sin embargo, dichos organismos no otorgan las autorizaciones para las derivaciones correspondientes en tiempo y forma, siendo ésta una de las principales

⁴⁵ Dato extraído del Informe de relevamiento del Hospital J. Fernández Proyecto N° 3.08.08 a.

causas por las cuales permanecen internados más tiempo, de lo que el problema de salud requeriría. **Observación 9**

En este sentido, la franja etárea con mayor dificultad para su derivación, es la comprendida entre los 19 años y 65 años.

Asimismo, la ocupación de camas por Casos Sociales, repercute negativamente en la disponibilidad del mismo.

4.2 Embarazo adolescente

En línea con la perspectiva social, se evaluó la dimensión de la problemática social y de alto riesgo, del parto adolescente.

El embarazo adolescente constituye por si mismo un factor de riesgo para la evolución del proceso de maternidad. Asimismo, la mortalidad infantil se duplica cuando el niño es hijo de una madre menor de 20 años⁴⁶.

Es por ello, que se estableció la cantidad de partos por rango de edad, la relación entre partos adolescentes y total de partos del año 2007, y se verificó el porcentaje de niños que requirieron internación neonatal.

Cabe señalar que, el servicio de Obstetricia tiene un perfil orientado al Alto Riesgo, el 50% de las pacientes que se internan portan alguna patología asociada o producida por el embarazo. Asimismo, el hospital actúa como centro de referencia de derivaciones (conurbano, otras provincias del nuestro país y países limítrofes)⁴⁷.

A tal fin, se analizaron las Historias Sociales de menores de 21 años entrevistados por el Servicio Social del Hospital, durante el año 2007. Se verificaron 3.099 registros, obteniéndose los siguientes resultados.

Las madres menores de 19 años (adolescentes) que pasaron por el Servicio Social del hospital, fueron 168 casos.

Cuadro 13. Casos de madres adolescentes

Edad de la madre adolescente	Cantidad de madres adolescentes	Cantidad de hijos que debieron ser atendidos en el servicio de Neonatología
De 15 a 19 años	164	65
De 10 a 14 años	4	3
Total	168	68

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Historias Sociales del periodo bajo análisis.

⁴⁶ Situación de la salud de la mujer en Argentina. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, año 1998.

⁴⁷ Informe Final de Relevamiento Hospital Dr. Juan A. Fernández. Proyecto N° 3.08.08.a

Total de partos del año 2007⁴⁸: 1.988
 Total de partos adolescentes detectados⁴⁹: 168
% de madres adolescentes: 8,45

El 8,45% de las parturientas que pasaron por el Servicio Social durante el año 2007, fueron detectadas como partos de madres adolescentes. Teniendo en cuenta que, el parto adolescente es considerado como un problema de salud en si mismo, el porcentaje obtenido, resulta suficiente para reconocer la implicancia del riesgo en la salud física y psíquica de la adolescente y del bebe, que conlleva la problemática planteada. **Observación 16.**

Total de partos adolescentes: 168
 Total de bebes con internación en Neonatología: 68
% de bebes internados en Neonatología: 40,48

El 40,48 % de los niños cuyas mamás eran adolescentes, estuvieron internados en el servicio de Neonatología, debido a los problemas detectados al nacer o durante el embarazo. **Observación 16**

No obstante, si se analiza el parto adolescente según los datos del Departamento Materno Infantil, la cantidad de madres adolescentes difiere con relación a las que pasan por el Servicio Social del Hospital.

Cuadro 14. Casos de madres adolescentes

Edad de la madre adolescente	Cantidad de madres adolescentes
De 15 a 19 años	287
De 10 a 14 años	5
Total	292

Fuente: Departamento Materno Infantil.

Total de partos del año 2007⁵⁰: 1.988
 Total de partos adolescentes detectados⁵¹: 292
% de madres adolescentes: 14,69

El 14,69% de los partos realizados durante el año 2007, fueron partos de madres adolescentes. **Observación 16**

⁴⁸ Partos clasificados por hospital y tipo de parto, año 2007. Dirección de Estadísticas para la Salud.

⁴⁹ Dato extraído de las Historias Sociales analizadas.

⁵⁰ Partos clasificados por hospital y tipo de parto, año 2007. Dirección de Estadísticas para la Salud.

⁵¹ Historias Sociales analizadas.

4.3 Internaciones por Guardia

Desde la perspectiva del usuario, la percepción de necesidad y prioridad de atención, respecto a la inmediatez en la respuesta, marcan aspectos centrales para poder analizar el perfil de la demanda y la utilización del servicio de Urgencia.

Asimismo, desde la estrategia de ingresos, el proceso de internación requiere de la programación sistemática de pacientes en listas de espera y en prioridades de internación, ya que la falta de programación, puede forzar a que se utilice inadecuadamente la puerta de Urgencias para ingresar.

Por consiguiente, evaluar el porcentaje de la internación por Guardia respecto del total de internaciones, permitirá determinar la ocupación de camas por vía de la urgencia o emergencia, y en que medida esta modalidad de internación, interfiere en la planificación diaria de la practica quirúrgica o inicio de tratamiento, del paciente que requiere de una internación programada.

Se analiza para ello, las Planillas de Ingresos a las distintas áreas de internación, obtenidas del Sector Admisión y Egresos del hospital. Se trabajó sobre una muestra de los meses de Abril, Agosto y Noviembre del año 2007. El criterio del muestreo recae, en trabajar sobre los meses que no coinciden con los períodos vacacionales tradicionales.

Se excluye del análisis, las internaciones por Guardia que corresponden al Departamento Materno Infantil, Terapia Intermedia e Intensiva y Unidad Coronaria.

Cuadro 15. Casos de Internación por Guardia

Servicios	Promedio mensual	Porcentaje de pacientes que ingresan por Guardia en cada Área de Internación
Clínica Medica	81,33	30,01
Quemados	25,00	9,23
Cirugía General	59,00	21,77
Ortopedia y Traumatología	34,33	12,67
Ginecología	28,33	10,46
Cardiología	24,67	9,10
Neurocirugía	12,67	4,67
Urología	5,67	2,09
Total Ingresos por Guardia	271,00	100,00
Total de Ingresos	379,00	
% de Internación de Guardia sobre el total	71,50	

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Planillas de Ingresos a Internación de los meses de la muestra.

Los resultados obtenidos muestran que, los ingresos a las distintas Salas de Internación por Guardia, fueron del 71,50 % sobre el total de internaciones (379 promedio mensual). **Observación 7**

Los Servicios que mayor impacto tuvieron en relación a estas internaciones fueron: Clínica Medica (30,01%) y Cirugía General (21,77%).

En tal sentido se concluye que, ante la necesidad de atención del paciente y la escasa disponibilidad de camas, se recurre a la Internación por Guardia como modalidad de resolución del problema. **Observación 7**

Esta informalidad recarga la tarea y la responsabilidad de los profesionales médicos, restándole tiempo a la asistencia sanitaria.

Por otro lado, no contar con una lista de espera única, a disposición de Admisión y Egresos, da lugar a que la utilización de mecanismos informales genere arbitrariedades, ya que se desconoce las prioridades de la lista de espera. **Observación 7**

Asimismo cabe señalar que, teniendo a disposición los insumos (giro cama, porcentaje ocupacional, días de estada, entre otros) para la programación y planificación de los Servicios, no se utilizan, a fin de disminuir problemas tales como los planteados.

4.4 Facturación de la prestación del paciente internado

Desde una visión económica financiera, la significatividad del costo de internación, orientó el análisis hacia la evaluación de la gestión de la facturación de prestaciones, del paciente internado.

La gestión de facturación en salud, mayormente queda delimitada por un recorte de actividades, destacándose las acciones de atención al público, procesamiento de la información proveniente de Auditoría Médica y facturación de las prestaciones médicas.

Se entiende por atención al público, al conjunto de acciones que directa o indirectamente tienen como propósito satisfacer las demandas del público, en carácter de usuario de servicios de salud.

El procesamiento de la información médica para la posterior facturación, consiste en la suma de acciones destinadas a la revisión y compilación de documentación que permitan realizar su tarea con eficiencia.

La facturación resulta del conjunto de acciones vinculadas al procesamiento de la información relacionada con distintas prestaciones.

Con esta visión, se trabajó sobre una muestra (328 casos), de los meses de Abril, Agosto y Noviembre del año 2007 de facturación de prestaciones a pacientes internados.

Se analizó la información contenida en el Libro Auditoria Medica, en el listado de ingresos a internación (donde se detecta la obra social), en el listado de pacientes con cobertura social del área de Facturación, como así también las facturas resumen de prestaciones facturadas según indicaciones de las historias clínicas, y los recibos de cobranzas.

En tal sentido, se verificó el tiempo transcurrido entre el egreso del paciente, hasta la recepción de la Historia Clínica en la Unidad de Auditoria Médica para su nomenclatura, así como el tiempo transcurrido desde que la Unidad de Auditoria Médica entrega la Copia de la Historia Clínica nomenclada, a la Sección Facturación, obteniéndose los siguientes resultados:

Cuadro 16. Promedio de días para facturar una prestación de internación

MESES	PROMEDIO DIAS SALAS DE INTERNACION A AUDITORIA MEDICA	PROMEDIO DIAS AUDITORIA MEDICA A FACTURACIÓN
Abril	38	24
Agosto	20	21
Noviembre	27	36
Total Trimestre	85	81
Promedio Mensual	28	27

Fuente: Elaboración propia sobre la base del Libro de Auditoria Médica y Planillas de Ingresos a Internación de los meses de la muestra.

El promedio de días transcurridos desde que la historia clínica sale de la Sala de Internación y llega a Auditoria Medica para su catalogación, es de 28 días. Asimismo, el paso siguiente, es el envío de la historia clínica desde Auditoria Medica hasta Facturación, donde transcurre un tiempo promedio de 27 días. Vale decir que, el tiempo que transcurre desde el alta del paciente hasta que se factura la prestación, es de 55 días promedio mensual (28 + 27 días). **Observación 10**

Cabe señalar que, el tiempo indicado para la facturación de una prestación a una obra social, es de 60 días corridos. Posterior a este termino, la fecha para su facturación caduca⁵².

⁵² Información suministrada por la Jefe del área Facturación.

"2009 Año de los Derechos Políticos de la Mujer"

Cuadro 17. Prestaciones de Internación facturadas y no facturadas

MESES	FACTURADO	NO FACTURADO	TOTAL
Abril	57	21	78
Agosto	74	32	106
Noviembre	118	26	144
Total Trimestre	249	79	328
Promedio Mensual	83	26	109
Promedio Porcentual	76,15	23,85	100

Fuente: Elaboración propia sobre la base del Libro de Auditoria Médica, Planillas de Ingresos a Internación y facturas resumen de los meses de la muestra.

A tal efecto, se verificó que de los 109 casos de la muestra, que representa el 23,85% del promedio mensual, no se facturó. **Observación 10**

De los casos no facturados (79 trimestral) se volvió a verificar el tiempo transcurrido desde el alta médica hasta su facturación, a fin de determinar una relación entre lo no facturado y el tiempo de demora.

Cuadro 18. Promedio de días de demora de facturación de prestaciones de internación

MES	PROMEDIO DIAS SALAS DE INTERNACION A AUDITORIA MEDICA	PROMEDIO DIAS AUDITORIA MEDICA A FACTURACIÓN	TOTAL DIAS DESDE ALTA PACIENTE HASTA LA FACTURACION
Abril	28	52	80
Agosto	26	7	33
Noviembre	32	37	69
Total Trimestre	86	96	182
Promedio mensual	29	32	61

Fuente: Elaboración propia sobre la base del Libro de Auditoria Médica y Planillas de Ingresos a Internación de los meses de la muestra.

Se concluyó que, los casos no facturados coinciden con las Historias Clínicas que demoraron en promedio 61 días desde el alta médica hasta su Facturación. **Observación 10**

Según lo informado por la encargada del área Facturación, las causales de la no facturación de las prestaciones brindadas, obedecen a:

Cuadro 19. Causas de no facturación

CAUSALES	Nº CASOS	PORCENTAJE
Sin Obra Social	29	36,71%
Verificación de Obra Social tardía	24	30,38%
Historia Clínica a verificar (Incorrecta)	14	17,72%
Baja Obra Social	4	5,06%
Fallecimiento con Obra Social	3	3,80%

"2009 Año de los Derechos Políticos de la Mujer"

CAUSALES	Nº CASOS	PORCENTAJE
Falta Orden de Prestación	2	2,53%
Documentación incompleta para facturar	2	2,53%
Orden de Prestación vencida	1	1,27%
TOTAL	79	100,00%

Fuente: División Facturación.

La causa mas representativa de prestaciones no facturadas (29 casos que representan el 36,71%), es la detección incorrecta de pacientes que figuraban en el padrón de obras sociales, con una obra social asignada, cuando en realidad, el paciente ya no disponía de la misma.

Cuadro 20. Facturación y cobranza

MES	MONTO FACTURADO	MONTO NO COBRADO	PORCENTAJE NO COBRADO RESPECTO DE LA FACTURACION
Abril	\$ 76.735,38	\$ 10.423,72	13,58%
Agosto	\$ 198.556,45	\$ 26.755,18	13,47%
Noviembre	\$ 396.822,41	\$ 35.586,71	8,97%
Total Trimestre	\$ 672.114,24	\$ 72.765,61	10,83%
Promedio mensual	\$ 224.038,08	\$ 24.255,20	10,83%

Fuente: Elaboración propia sobre la base de información suministrada por la División Tesorería.

Respecto de la Cobranza, se verificó que del total facturado promedio mensual \$ 224.038,08, no se cobró \$ 24.255,20, que representa el 10,83 %.

5. Contratación del Servicio de recolección, transporte, tratamiento y disposición de Residuos Líquidos Peligrosos

El manejo de los residuos líquidos en establecimientos de salud, requiere de una especial atención dado que, estos residuos presentan un alto riesgo potencial, real o percibido, para la salud de los pacientes y para el personal profesional y técnico, de los Servicios que los producen.

El riesgo proviene fundamentalmente de la presencia eventual de sustancias toxicas, reactivas, inflamables y radiactivas de baja intensidad.

En este sentido, se analiza el estado del contrato del servicio de recolección, transporte, tratamiento y disposición de los residuos peligrosos categorizados como Y16 e Y6.

Los denominados residuos Y16, son desechos resultantes de la producción, preparación y utilización de productos químicos y materiales para fines fotográficos -

fijador y revelador- (hidroquinona, hidróxido de potasio, plata, ácido acético y glutaraldehído).

Estos líquidos corresponden al servicio de Radiología, y reciben un tratamiento de operación in situ (instalación de filtros), a través del cual se permite su eliminación por la red cloacal. Se producen aproximadamente 1.500 litros por mes. A partir de fines de Noviembre de 2008, el Hospital prevé su recolección en bidones.

En este sentido cabe señalar que, existía un Convenio de Colaboración entre la Ex Secretaria de Salud CABA y la firma CTyT a través del cual, la firma realizaba el tratamiento de los residuos Y16, en establecimientos asistenciales bajo la órbita de la ex secretaria.

En abril de 2007, se venció el certificado ambiental anual de la empresa CTyT, en calidad de operador con equipo transportable de residuos peligrosos, emitido por la Secretaria de Ambiente y Desarrollo Sustentable de la Nación, que autoriza la prestación del servicio. A partir de tal fecha, la empresa solicitó prórroga para seguir prestando el servicio hasta tanto la Secretaria en cuestión, se expida sobre el certificado ambiental. **Observación 14**

Recién en marzo de 2008, la Secretaria de Ambiente y Desarrollo Sustentable se expide, rechazando la renovación del certificado. No obstante, el Hospital permitió que dicha empresa continué prestando el servicio, desde Abril de 2007 hasta la fecha de finalización de las tareas de campo del equipo de auditoría, Noviembre de 2008. **Observación 14**

Cabe señalar que, la empresa en cuestión era la única en la Ciudad, que realizaba el tratamiento de los residuos in situ; su no tratamiento, hubiese implicado el almacenamiento de tales residuos en bidones, hasta tanto surgiera una nueva contratación del Servicio de recolección, transporte, tratamiento y disposición de Residuos Líquidos Peligrosos. **Observación 14**

Los denominados residuos Y6, son desechos resultantes de la producción, preparación y utilización de disolventes orgánicos, en especial del servicio de Anatomía Patológica (xilol, alcohol, ácido nítrico, colorantes y formol).

Estos residuos se colocan en bidones, no existiendo un lugar específico para su guarda. Actualmente se los acopia en un extremo del depósito de Residuos Patogénicos. Se produce aproximadamente 70 litros por mes. **Observación 15**

Cabe mencionar que, en la actualidad las empresas radicadas en la Provincia de Buenos Aires, se encuentran imposibilitadas para tratar los residuos líquidos

peligrosos generados en la Ciudad de Buenos Aires, por cambios en las normas vigentes. **Observación 15**

En consecuencia, cada Hospital debe contratar para el servicio de recolección, transporte, tratamiento y disposición final de residuos líquidos peligrosos un operador con planta instalada en las Provincias de Santa Fe o Córdoba o en su defecto un transportista que presente certificado de tratamiento de operadores radicados en las provincias mencionadas. **Observación 15**

En el caso de que el Hospital, no haya contratado un servicio con las características descriptas precedentemente, el Ministerio de Salud de la CABA, a través de la Coordinación del Programa Residuos de Establecimientos de Salud, recomienda la acumulación de los mismos en bidones adecuados par tal fin, almacenándolos en espacios restringidos al acceso del publico, hasta tanto se haga efectiva la contratación.

6. Análisis del Recurso Humano

6.1 Utilización de Horas Módulo de Enfermería

A fin de evaluar la eficiencia en el uso de horas de enfermería con relación a la tarea asistencial, se verificó la utilización de horas planta y horas módulo de enfermería.

A tal efecto se trabajo sobre una muestra de Planillas de Liquidación de Módulos de Enfermería y Planilla Individual de Horas Trabajadas por Módulos, de los meses de Abril, Agosto y Noviembre de 2007.

Se estableció la cantidad de horas módulo de enfermería computadas para su liquidación, por especialidad médica o área de trabajo.

Cuadro 21. Horas Módulos de Enfermería

SERVICIO	HORAS EFECTIVAMENTE TRABAJADAS PROMEDIO MENSUAL	HORAS COMPUTADAS PARA SU LIQUIDACION PROMEDIO MENSUAL	AGENTES QUE REALIZARON MODULOS PROMEDIO MENSUAL
Clínica Medica	2.213,33	3.930,00	38,33
Guardia	1.310,67	2.214,33	30,33
Terapia Intermedia	1.160,67	1.838,00	28
Cirugía	916,67	1.723,33	27,33
Neonatología	783,67	1.406,00	24
Obstetricia	642,33	1.211,67	18,33

"2009 Año de los Derechos Políticos de la Mujer"

SERVICIO	HORAS EFECTIVAMENTE TRABAJADAS PROMEDIO MENSUAL	HORAS COMPUTADAS PARA SU LIQUIDACION PROMEDIO MENSUAL	AGENTES QUE REALIZARON MODULOS PROMEDIO MENSUAL
Depto. Enfermería	579,67	1.111,33	10,67
Traumatología	557	1.052,33	13,33
Pediatría	460,67	820	10
Consultorios Externos	451,33	453,33	14,33
Terapia Intensiva	449,67	722	12,33
Ginecología	397,67	771,67	12,67
Unidad Coronaria	369	632	11
Urología	353,67	647,33	8
Neurocirugía	348,33	668,67	7,67
Cardiología	330,67	601,67	8,67
Quemados	324	589,33	14,33
CESACs	280,67	312,67	6
Recuperación Anestésica	264,67	268,67	4
Cuidados Especiales	261	407,67	4,33
Infectología	195,67	207,67	2,67
Laboratorio	193	231	2,33
Hemodinamia	169,67	212	7,67
Oncología	136,67	150	2,33
Hospital de Día	130,67	130,67	2
Radiología	128,67	131,33	4
Vacunación	126,67	140,67	5,33
Diálisis	126	192	4,67
Otros	65,33	77,33	2,33
Gastroenterología	44	44	2,33
Neumonología	19,67	19,67	1
TOTALES	13.791,38	22.918,34	340,31

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Planillas Diarias de Módulos de Enfermería.

Las horas módulos promedio mensual computadas para el calculo de la liquidación mensual, fueron de 22.918,34⁵³, mientras que las horas efectivamente trabajadas por tal concepto, ascendieron a 13.791,38 promedio mensual.

Asimismo, se analizó la necesidad del personal de Enfermería, a fin de verificar, si debe ser considerado como un recurso crítico.

⁵³ La diferencia de horas computadas para la liquidación y horas efectivamente trabajadas, surge de la modalidad de pago establecida por normativa vigente (turno noche, fines de semana y feriados, se computan el doble de horas trabajadas).

a) Cálculo horas anuales de trabajo de cada enfermera.

Para calcular las horas anuales de trabajo de una enfermera se procedió a descontar a los 365 días del año, el total de días no trabajados.

Francos semanales ⁵⁴	104 días
Licencia anual ordinaria (promedio)	20 días
Enfermedad (promedio)	15 días
Feriados	10 días
Total	149 días

$$365 - 149 = 216 \text{ días}^{55}$$

Multiplicando días trabajados por horas diarias⁵⁶ de labor, se obtiene el total de horas anuales de una enfermera.

$$216 \times 7 = 1512 \text{ hs anuales}$$

b) Determinación de camas reales.

Para establecer camas reales, se puede multiplicar las camas de dotación por el porcentaje ocupacional. En nuestro caso, se tomó como dato directo el número de camas disponibles.

Cuadro 22. Camas disponibles.

Internación	Nro. de Camas	Nro. de Cunas	Nro. de Incubadoras
Traumatología	42	-----	-----
Clínica Médica A y B	78	-----	-----
Pediatría	16	-----	-----
Ginecología	20	-----	-----
Obstetricia	36	22	-----
Neonatología	-----	10	20
Cirugía Gral.	44	-----	-----
Urología	10	-----	-----
Neurocirugía	12	-----	-----
Cardiología	12	-----	-----
Unidad Coronaria	10	-----	-----

⁵⁴ Ajustado según Acta de Paritaria Dr. J. Rezzonico año 2003.

⁵⁵ Dr. Rezzonico R. y Aranguren, E., "Auditoria Médica", capítulo 21 Pág.1109, Ed. CEFF, Buenos Aires 1998.

⁵⁶ Se considera un promedio de 7 hs diarias .

"2009 Año de los Derechos Políticos de la Mujer"

Internación	Nro. de Camas	Nro. de Cunas	Nro. de Incubadoras
Terapia Intermedia	12	-----	-----
Terapia Intensiva	10	-----	-----
Recuperación postoperatoria	6	-----	-----
Totales	308	32	20

Fuente: Informe Final de Relevamiento, Hospital J. A. Fernández, periodo 2007.

c) Índice de calidad (que se quiere brindar) según la especialidad.

El índice que se desea brindar estará con relación a la calidad de atención que se dará a los pacientes.

Cuadro 23. Índice por Especialidad⁵⁷

Especialidades	Hs/paciente
Clínica	2:30 Hs.
Clínica quirúrgica	4 Hs.
Obstetricia	2:30 Hs.
Pediatría	4 Hs.
Neonatología	10 Hs.
Terapia Intensiva	10 Hs.
Unidad Coronaria	10 Hs.
Terapia Intermedia	6 Hs.
Nefrología	4 Hs.
Infectología	4 Hs.
Emergencias	9 Hs.
Total	66 Hs.

Fuente: Resolución Ministerial N° 194/95 Anexo.

Total de horas promedio de atención de enfermera por paciente día / cantidad de especialidades = índice promedio

$$66 / 11 = 6$$

d) Si ajustamos dicho índice por el porcentaje de ausentismo (40%)⁵⁸ se obtiene el índice ajustado por ausentismo.

$$6 \times 40\% = 2,4$$

⁵⁷ Índice ajustado según la Resolución Ministerial 194/95 Anexo Metodología para la planificación de planteles de enfermería, calculo de hora de enfermería en base a un índice de atención.

⁵⁸ Dato extraído de la Resolución Ministerial 194/95, Anexo Metodología para la planificación de planteles de enfermería, calculo de hora de enfermería en base a un índice de atención.

$$6 + 2,4 = 8,4$$

e) Multiplicando el número de camas reales, por el índice que se quiere brindar, se obtiene la cantidad de horas de enfermería que se necesita en un día.

$$360 \times 8,4 = 3.024 \text{ hs de enfermería}$$

f) Multiplicando el resultado obtenido por 365 días, se obtiene la cantidad de horas de enfermería necesarias en un año.

$$3.024 \times 365 = 1.103.760 \text{ hs anuales de enfermería}$$

g) Dividiendo la cantidad de horas de enfermería necesarias en un año por las horas reales de trabajo de una enfermera, determinamos el total de enfermeras.

$$1.103.760 / 1.512 = 730 \text{ enfermeros}$$

Si se compara la dotación necesaria con la dotación existente, se obtiene que:

Dotación enfermería según el servicio	436
Personal de conducción	<u>- 45</u>
Total de enfermeros con tareas asistenciales	391
 Total de enfermeras con tareas asistenciales	 391
Total de enfermeras necesarias	<u>- 730</u>
Diferencia resultante	-339

Según los valores de referencia el personal de enfermería necesario es de 730 agentes, mientras que la dotación real es de 436 agentes. No obstante, la estructura destina 45 agentes a la función de conducción.

Asimismo, si se consideran las horas adicionadas por horas modulo que realiza el personal de enfermería (22.918,34 horas módulo promedio mensual x 12 meses = 275.020,08 horas modulo promedio anual), la diferencia negativa de 339 agentes, sólo disminuye en 181,89 agentes (275.020,08 horas modulo promedio anual / 1.512 horas anuales necesarias de enfermería = 181,89 agentes), quedando así un déficit de enfermería de 157,11 agentes promedio (339 agentes menos 181,89 agentes promedio correspondiente a horas módulos). **Observación 11**

Por otro lado, el porcentaje de ausentismo (40%) que forma parte del cálculo de dotación de Enfermería según la Resolución Ministerial N° 194/95, valida dicho dato, en vez de atacar las causas que lo originan. **Observación 12**

6.2 Utilización de Guardias Fuera de Dotación

A fin de evaluar la eficiencia en el uso de horas hombre con relación a la tarea asistencial, se verificó la utilización de horas de Guardias Fuera de Dotación.

A tal efecto se trabajó sobre una muestra de Planillas de Guardia Fuera de Dotación de los meses de Abril, Agosto y Noviembre de 2007. Se utilizó también un mes al azar (Mayo de 2007), de los sueldos brutos devengados (horas planta) del personal que realiza Guardia Fuera de Dotación.

Se analizaron las Guardias Fuera de Dotación discriminando: personal de planta y personal con nombramiento de Suplente de Guardia, personal que cumple las Guardias Fuera de Dotación en el mismo Servicio que cumple sus horas de planta, y personal de planta de Guardia cuyas horas de Guardia Fuera de Dotación las cumple en otras áreas asistenciales.

Se estableció la cantidad de Guardias Fuera de Dotación que se consumen por especialidad médica, como así también su valorización monetaria para su comparación con un mes de sueldo normal, proyectado anualmente.

Asimismo, se determinó cuántas horas por Guardia Fuera de Dotación trabajaron los profesionales de las distintas áreas y cuántas horas plantas trabajaron los mismos profesionales que realizaron horas por Guardia Fuera de Dotación.

Cabe señalar que, la figura de Guardia Fuera de Dotación no se encuentra reglamentada. No obstante, ante la necesidad de recurso humano y la demora en las designaciones, el Ministerio de Salud autoriza la realización de suplencias de guardia en planta fuera de las dotaciones que se encuentran contempladas por la normativa vigente para el área de Urgencias.

Con relación a la liquidación de las retribuciones percibidas por los profesionales suplentes de guardia, por resolución 375/06/SSySHyF, anexo I se fijaron en la suma de \$ 430.

Cuadro 24. Horas Guardia Fuera de Dotación y Planta de los mismos profesionales

SERVICIOS	Horas por Guardia Fuera de Dotación Promedio Mensual	Horas Planta de Profesionales que realizan Guardia Fuera de Dotación Promedio Mensual	Horas Totales
A. PROGRAMATICA	724,67	1.216,00	1.940,67
ANATOMIA PATOLOGICA	32,00	128,00	160,00
ANESTESISTA	656,00	288,00	944,00
CARDIOLOGIA	256,00	120,00	376,00
CIR. CARDIOVASCULAR	1.064,00	205,33	1.269,33
CIR. GENERAL	64,00	0,00	64,00
CLINICA MEDICA	512,00	520,00	1.032,00
ECODOPLER	48,00	0,00	48,00
EMERGENTOLOGIA ⁵⁹	704,00	656,00	1.360,00
FARMACIA	432,00	496,00	928,00
GINECOLOGIA	120,00	0,00	120,00
HEMODINAMIA	1.332,00	0,00	1.332,00
HEMOTERAPIA	16,00	0,00	16,00
KINESIOLOGÍA	744,00	448,00	1.192,00
LABORATORIO	880,00	1.416,00	2.296,00
MAMOGRAFIA	104,00	0,00	104,00
NEFROLOGIA	248,00	0,00	248,00
NEONATOLOGIA	272,00	0,00	272,00
NEUMONOLOGIA	64,00	64,00	128,00
OBSTETRICIA	248,00	0,00	248,00
PROCA	116,00	0,00	116,00
QUIROFANO ⁶⁰	284,00	600,00	884,00
RESONANCIA ⁶¹	120,00	0,00	120,00
T. INTENSIVA	268,00	277,33	545,33
TOMOGRFIA	1.380,00	1.208,00	2.588,00
TRAUMATOLOGIA	1.104,00	96,00	1.200,00
PROMEDIO MENSUAL	11.792,67	7.738,67	19.531,33

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Planillas de Guardia Fuera de Dotación de los meses de la muestra

Los resultados obtenidos muestran que, el hospital computó 11.792,67 horas promedio mensuales en concepto de Guardia Fuera de Dotación, para cubrir o

⁵⁹ Profesionales médicos o técnicos que forman parte de la Guardia del día, pero con dependencia funcional de otras áreas del hospital.

⁶⁰ Profesionales instrumentadoras.

⁶¹ Profesional médico y técnico del Servicio de Diagnostico por Imágenes con funciones en Resonancia (servicio tercerizado).

ampliar la oferta de horas en los Servicios que así lo necesitaron. El gasto devengado por tal concepto ascendió a \$ 217.938,33 promedio mensual.

Paralelamente, los mismos profesionales que computaron horas por Guardia Fuera de Dotación, trabajaron 7.738,67 horas planta promedio mensual, devengando \$ 248.649,95 en concepto de sueldo bruto promedio mensual.

Cuadro 25. Horas trabajadas por Guardia Fuera de Dotación y Planta valorizadas

Conceptos	Cantidad de Guardias Fuera de Dotación	Conversión Horas de Guardia Fuera de Dotación	Sueldo por Guardias Fuera de Dotación	Horas de Planta Mensual	Sueldo Bruto Planta
Total Trimestre	1.520,50	35.378,00	653.815,00	23.216,00	745.949,85
Promedio Mensual	506,83	11.792,67	217.938,33	7.738,67	248.649,95
Anual	6.081,96	141.512,00	2.833.198,29	92.864,00	3.232.449,35

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Planillas de Guardia Fuera de Dotación de los meses de la muestra.

El análisis pormenorizado de las horas computadas en el año, demuestran que:

$$\text{Proporción de horas GFD: } \frac{\text{Hs. por GFD}^{62} \times 100}{\text{Hs. Totales}^{63}} = \frac{141.512 \times 100}{234.376}^{64} = 60,37\%$$

Los profesionales de los Servicios analizados, computaron por Guardia Fuera de Dotación el 60,37 % del total de horas trabajadas. **Observación 13**

Tomografía y Cirugía Cardiovascular fueron las áreas cuyos profesionales computaron mayor cantidad de horas Guardias Fuera de Dotación, teniendo estos profesionales, asignadas horas de planta.

Si sumamos las horas plantas y las horas Guardia Fuera de Dotación de los profesionales que trabajaron en dichas áreas⁶⁵, obtenemos que:

Cuadro 26. Horas trabajadas por Módulos y Planta en Tomografía

Concepto	Total de Horas por Guardia Fuera de Dotación y Horas Planta Semanales	Total de Horas por Guardia Fuera de Dotación y Horas Planta Diarias
Profesional Médico	162,00	32,40
Profesional Médico	138,00	27,60
Profesional Médico	132,00	26,40

⁶² Horas trabajadas como Guardia Fuera de Dotación.

⁶³ Horas por Guardia Fuera de Dotación más horas planta, según lo indicado por el Jefe de cada Servicio. Se consideró las horas que el personal efectivamente presta en el Servicio en el cual realiza las horas de Guardia Fuera de Dotación. No se consideraron las horas que prestan los Suplentes de Guardia.

⁶⁴ (141.512 + 92.864)

⁶⁵ Sólo se consideraron profesionales médicos, ya que los profesionales técnicos que trabajan en esta área no tienen designación en planta. Los mismos sí están contemplados en el análisis del Cuadro 24.

"2009 Año de los Derechos Políticos de la Mujer"

Concepto	Total de Horas por Guardia Fuera de Dotación y Horas Planta Semanales	Total de Horas por Guardia Fuera de Dotación y Horas Planta Diarias
Profesional Médico	144,00	28,80
Profesional Médico	150,00	30,00
Total Trimestre	726	145,20
Promedio Mensual	242	48,40
Promedio por profesional	48,40	9,68

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Planillas de Guardia Fuera de Dotación de los meses de la muestra

En el área de Tomografía, el promedio de horas diarias, que trabajó cada profesional que computó horas por Guardias Fuera de Dotación, teniendo horas planta asignadas, fue de 9,68 horas ($145,20/3=48,40/5 \text{ prof.} = 9,68$). **Observación 13**

Cuadro 27. Horas trabajadas por Módulos y Planta en Cirugía Cardiovascular

Concepto	Total de Horas por Guardia Fuera de Dotación y Horas Planta Semanales	Total de Horas por Guardia Fuera de Dotación y Horas Planta Día
Profesional Médico	168,00	33,60
Profesional Médico	76,00	15,20
Total Trimestre	244,00	48,80
Promedio Mensual	81,33	16,27
Promedio por profesional	40,67	8,13

Fuente: Elaboración propia sobre la base de Planillas de Guardia Fuera de Dotación de los meses de la muestra

En el área de Cirugía Cardiovascular, el promedio de horas diarias, que trabajó cada profesional que computó horas por Guardias Fuera de Dotación, teniendo horas planta asignadas, fue de 8 horas ($48,80/3=16,27/2 \text{ prof.} = 8,13$). **Observación 13**

Cabe señalar que, el promedio de horas diarias que cada profesional médico trabaja por horas planta es de 4 horas⁶⁶.

Asimismo, las horas Guardia Fuera de Dotación, son autorizadas por el Jefe de cada Servicio que requiere de esta modalidad, con el consentimiento de la Dirección del hospital. No obstante, el único que controla el efectivo cumplimiento de las horas adicionales es el Jefe de Servicio, no existiendo así control por oposición -elemento fundamental del control interno-, que acredite que los registros existentes son fehacientes, respecto al cumplimiento de las horas. **Observación 13**

⁶⁶ Según horarios suministrados por cada Jefe de las áreas relevadas.

Si analizamos el gasto devengado del total de horas computadas verificamos que:

$$\text{Participación en inciso 1} = \frac{\text{Gasto Bruto Horas GFD}}{\text{Sueldo Bruto Anual Total}^{67}} \times 100 = \frac{2.833.198 \times 100}{6.065.647^{68}} = 46,71$$

El monto bruto anual devengado por las horas computadas por Guardias Fuera de Dotación, representa el 46,71% del sueldo bruto anual total devengado en el mismo personal. **Observación 13**

VII) OBSERVACIONES

1. La demanda de internación excede la disponibilidad del recurso "cama". Su utilización en niveles que superan el óptimo de ocupación (90,37% promedio anual), el promedio ponderado de días de estada (10,76 días) y el promedio de pacientes en lista de espera (128,40 casos), repercuten en los tiempos de espera para la internación del paciente.
2. El recurso humano destinado al centro quirúrgico no alcanza para asistir la actual demanda de cirugías; ocho de los nueve quirófanos de utilización diaria no disponen de personal de planta para el turno vespertino que posibilite la programación de cirugías (solo un quirófano cuenta con personal de planta por la tarde), implicando ello, capacidad instalada ociosa del recurso "quirófano".
3. La organización de los turnos de consulta ambulatoria, no responde a la necesidad del paciente. La programación de los mismos no están pensados para facilitar la accesibilidad. No hay turnos programados, el turno vespertino se entrega en su mayoría por la mañana y falta difusión de la consulta vespertina. Ello deriva, en la subutilización del recurso "consultorio" en el turno vespertino.
4. La oferta de turnos ambulatorios y las consultas realizadas, reflejaron desvíos significativos (17.193,50 turnos ofrecidos promedio mensual⁶⁹, contra 12.294,67 consultas realizadas promedio mensual⁷⁰). La diferencia originada no se explica con el porcentaje de ausentismo a la consulta ambulatoria, dado que la misma fue del 4%⁷¹ sobre el total de turnos ofrecidos promedio

⁶⁷ Gasto bruto por Guardias Fuera de Dotación más Sueldo bruto anual, obtenido de la Liquidación de Haberes del mes de Mayo de 2007, proyectado anualmente. No se consideró el sueldo del Suplente de Guardia, dado que éste no tiene un sueldo fijo sino que el mismo es en función a las suplencias realizadas.

⁶⁸ (2.833.198 + 3.232.449)

⁶⁹ Dato extraído del Cuadro 4 del cuerpo principal del Informe.

⁷⁰ Dato extraído del Cuadro 5 del cuerpo principal del Informe.

⁷¹ Dato extraído del Cuadro 8 del cuerpo principal del Informe.

- mensual. Este desvío, se traduce en ociosidad del recurso humano disponible para la demanda asistida.
5. Las consultas de los CESACs, resultan escasas (8,63%) en relación a la totalidad de la consulta ambulatoria del Hospital más los propios CESACs. El nivel de atención de los CESACs a lo largo de los años, se incrementa muy lentamente, centralizándose la consulta ambulatoria en el Hospital. Ello implica la debilidad de la estrategia de Atención Primaria de la Salud en los centros asistenciales.
 6. El hospital no cuenta con Historias Clínicas de Consultorio Externo ni con una lista de espera quirúrgica única, que recoja datos claves (fecha de diagnóstico, tiempo máximo de espera quirúrgica por patología, entre otros) para la planificación de la actividad asistencial, debilitando así, la organización quirúrgica del ente. De esta forma, no fue posible verificar 117 Historias Clínicas de Consultorio Externo, que posibiliten el cálculo del Indicador Tiempo de Espera Quirúrgico.
 7. La internación de pacientes a través de la Guardia representó el 71,50% del total de internaciones promedio mensual. Esta modalidad, garantiza la internación del paciente pero no responde a un modelo de gestión eficiente, al desconocer las prioridades de una lista de espera quirúrgica única⁷².
 8. El promedio de días que un paciente de Traumatología debió esperar para adquirir una prótesis tramitada por el mecanismo de "Ayuda Medica" y su posterior cirugía, resulta alto (144,06 promedio de días corridos); pudiendo ello implicar, riesgo de complicación en la evolución de la enfermedad o patología a tratar. Asimismo, del total de registros solicitados (76 Historias Clínicas) sólo se pudieron verificar 36 Historias Clínicas, dado que el resto no se encontraron en Archivo.
 9. Las derivaciones de casos sociales, a instituciones que responden a esta problemática (Hogares de la Ciudad Autónoma de Bs. As., Instituciones Nacionales y PAMI, entre otros), demoran por falta de respuesta de dichos organismos. Esta problemática, reflejó una ocupación de camas en el área de Clínica Médica del 12,82% -a lo largo del año analizado- sobre el total de camas del área (78), incidiendo en la disponibilidad de dicho recurso.
 10. El tiempo promedio de demora, en el proceso de facturación de prestaciones brindadas a pacientes internados, resulta elevado (55 días) teniendo en cuenta, que la posibilidad de su facturación caduca a los 60 días de la prestación. Producto de ello, el 23,85% de las prestaciones brindadas, no pudieron ser facturadas, verificándose que, desde el alta del paciente hasta que la historia clínica codificada llega al área de Facturación, transcurrieron 61

⁷² Se prioriza la actividad de la Guardia por sobre la actividad programada, desconociéndose la gravedad de la totalidad de los casos quirúrgicos en espera -pues no existe una única lista de espera-, con el consiguiente riesgo de suspender intervenciones, que podrían transformarse en cuadros de urgencias

- días promedio mensual. Dicha demora, disminuye la posibilidad de ingresos por esta vía, que el hospital esta en condiciones de gestionar.
11. El plantel de Enfermería con tareas asistenciales (391 agentes), es escaso en comparación a la dotación necesaria que requeriría el hospital (730 agentes), resultando necesario la designación de horas correspondientes a 157 agentes, teniendo en cuenta las horas trabajadas de planta más las horas trabajadas por Módulos. Si se excluyera las horas trabajadas por Módulos, el déficit de agentes ascendería a 339 .
 12. La metodología que utiliza la Resolución Ministerial N° 194/95 para el cálculo de dotación de enfermería, valida un porcentaje alto de ausentismo (40%) en dicho recurso humano, sin cuestionar las causas que lo originan.
 13. Los profesionales de los Servicios que registraron horas por Guardia Fuera de Dotación, computaron por ésta modalidad el 60,37% del total de horas trabajadas; representando ello, en Tomografía, que un profesional médico debió trabajar en promedio 9,68 horas diarias, y en Cirugía Cardiovascular, que un profesional médico debió trabajar en promedio 8 horas diarias . No obstante, no hay registro "fehaciente" que acredite el efectivo cumplimiento de dichas horas, dado que quien realiza el control del cumplimiento de horas por Guardia Fuera de Dotación, es el Jefe del Servicio donde se computan dichas horas, no existiendo así control por oposición. Asimismo, el monto bruto anual devengado por realizar Guardias Fuera de Dotación, representó el 46,71% del sueldo bruto total devengado en los mismos profesionales.
 14. La dilación en la renovación del certificado ambiental anual, de la empresa prestataria del servicio de tratamiento de los residuos peligrosos Y16 in situ, desde la Secretaria de Ambiente y Desarrollo Sustentable de la Nación, obligó a que el Hospital permita la prestación de tal Servicio, aún cuando la empresa no estaba en condiciones legales para efectuar la prestación. Su no tratamiento, hubiese implicado el almacenamiento de tales residuos en bidones, hasta tanto surgiera una nueva contratación.
 15. Los residuos peligrosos Y6, son almacenados en bidones, pese a que el hospital no cuenta con un lugar específico para su guarda -actualmente se acopian en un extremo del depósito de Residuos Patogénicos-. Ello obedece a que, en la actualidad las empresas radicadas en la Provincia de Buenos Aires, se encuentran imposibilitadas para tratar los residuos líquidos peligrosos generados en la Ciudad de Buenos Aires, por cambios en las normas vigentes, debiendo el hospital enfrentar tal situación, hasta tanto se presente en una nueva contratación, un operador con planta instalada en las Provincias de Santa Fe o Córdoba, o en su defecto un transportista que presente certificado de tratamiento de operadores radicados en las provincias mencionadas.

16. El parto adolescente (tasa de fecundidad adolescente) representó el 14,68%⁷³ del total de partos realizados en el hospital, durante el periodo auditado. Asimismo, el 40,47% de los hijos de las adolescentes que pasaron por el Servicio Social del hospital, estuvieron internados en el servicio de Neonatología. Este indicador, da cuenta de que, el conocimiento y el acceso al uso adecuado de métodos anticonceptivos en jóvenes, continua siendo una problemática que no puede ser desatendida, ya que implica un riesgo en la salud síquica y física de la adolescente y del bebe.
17. Del total de cirugías suspendidas (792 cirugías, que representan el 19,18% del total programado), el 64% (504 cirugías) correspondieron a causas inherentes a la Institución; influyendo sobre ello, la falta de camas, la falta de disponibilidad de sangre, decisiones del profesional anestesista y errores administrativos.

VIII) RECOMENDACIONES (Por Orden de Prioridad)

1. Programación de Altas y Gestión de Camas: (Observación 1 y 7)

- a) Replantear la internación de pacientes, programando las altas hospitalarias a través de protocolos de estancias por patologías. Para el caso de patologías menos previsibles, se podría utilizar un promedio de "previsión de días de alta".
- b) Revisar el modelo de gestión de asignación de camas, a fin de buscar un equilibrio entre ingresos programados y urgentes. La ocupación de camas de las distintas salas de internación por la Guardia, debería tener un límite a fin de no desprogramar la actividad quirúrgica. Por encima del límite establecido, debería pensarse en mantener a los pacientes en salas de observación o proceder a su traslado.
- c) La gestión de asignación de camas, debería ser automatizada y centralizarse en el área de Admisión y Egresos.
- d) Jerarquizar el área de Admisión y Egresos, a fin de ejercer la autoridad en la gestión de camas, salvo alguna situación de excepción en la que el Jefe de Guardia asuma tal responsabilidad.
- e) Implementar mecanismos (contratos, acuerdos, etc.), desde el Ministerio de Salud, que permita la articulación con el sector privado, a fin de incrementar la disponibilidad de plazas⁷⁴.

⁷³ Se toma como válido el dato extraído de la información suministrada por el Departamento Materno Infantil.

⁷⁴ La articulación con el sector privado, posibilitaría descentralizar los casos quirúrgicos de menor complejidad en dicho sector -especialmente de los que ingresan por la Guardia-. La derivación de casos de baja complejidad admite gastos sin incrementos significativos para el estado, cosa que no ocurriría si se derivan los casos complejos.

2. Gestión del Paciente Quirúrgico: (Observación 2, 6 y 7)

- a) Centralizar e informatizar las listas de espera quirúrgica, en el Servicio de Admisión y Egresos.
- b) Unificadas las listas de espera de quirófano, los servicios quirúrgicos y el área de Admisión, deberían acordar el método de programación para la gestión del paciente (prioridades por patologías, tiempos máximos de espera quirúrgica por patología, reprogramación de cirugías suspendidas, etc.).
- c) Evaluar la eficiencia en el tratamiento de los pacientes para cada tipología de paciente, que atienda el hospital. En este sentido, se pretende la medición del case mix⁷⁵, a través de alguno de los instrumentos de medición como lo son, los Grupos Relacionados de Diagnósticos (GRD)⁷⁶. Esta medición permitiría conocer la complejidad del case mix, y organizar y distribuir de manera más eficiente los recursos físicos y humanos.

3. Gestión del Paciente Ambulatorio: (Observación 3, 4 y 5)

- a) Definir, conjuntamente con el Ministerio de Salud, la población que debe cubrir el hospital, para la adecuada organización de los recursos asistenciales.
- b) Replantear el número de población que se proyecta asistir, a fin de poder aproximarse al cálculo de los recursos necesarios (físicos y humanos) basados en la demanda.
- c) Evaluar la eficiencia en el tratamiento de los pacientes para cada tipología de paciente, que atienda el hospital. En este sentido, se pretende la medición del case mix, a través de alguno de los instrumentos de medición como lo son, los Grupos Relacionados de Diagnósticos (GRD). Esta medición permitiría conocer la complejidad del case mix, y organizar y distribuir de manera más eficiente los recursos físicos y humanos.
- d) Replantear la estrategia de Atención Primaria a fin de dar mayor respuesta en los Centros de Salud, a la población con patologías de menor complejidad.

4. Maximizar la utilización del Centro Quirúrgico, y de otros Servicios que así lo requieran, a través de la incorporación del recurso humano necesario. Para ello, el Ministerio de Salud, deberá estimar conjuntamente con el hospital el Recurso Humano faltante (médico, técnico, de enfermería y otros), y generar los medios necesarios para la apertura de concursos que posibiliten la incorporación inmediata del personal requerido. (Observación 2 y 11)

5. Evaluar la necesidad y la distribución de Guardias Fuera de Dotación para cada Servicio, e incorporar al circuito de autorización para el pago de las mismas, controles que acrediten la autenticidad de su realización en tareas asistenciales. (Observación 13)

⁷⁵ Combinación de grupos de pacientes particulares clasificados por enfermedad y consumo de recursos, que se da en una organización sanitaria y en la que dichos grupos de pacientes comparten una o más características.

⁷⁶ Sistema de clasificación de episodios de hospitalización, con definiciones clínicamente reconocibles y en la que se espera que los pacientes de cada clase consuman una cantidad similar de recursos, como resultado de un proceso de cuidados hospitalarios parecidos.

6. Rever, conjuntamente con el Ministerio de Salud, la utilización de la Resolución Ministerial N° 194/95 respecto al porcentaje de ausentismo del recuso humano enfermería considerado como válido. **(Observación 12)**
7. Rever, conjuntamente con el Ministerio de Salud, el circuito de adquisición de prótesis para Traumatología, por el mecanismo de Ayuda Medica o plantear otro mecanismo de compra, a fin de garantizar la adquisición del insumo en un tiempo prudencial. **(Observación 8)**
8. Rever el circuito de facturación de prestaciones brindadas a pacientes internados, o implementar otra modalidad de trabajo que agilice y garantice la totalidad de la facturación de las prestaciones ofrecidas. **(Observación 10)**
9. Vigilar el incremento de cirugías suspendidas por causas relativas al hospital e intervenir en caso de que dicho incremento, tenga una evolución en alza. **(Observación 17)**
10. Fomentar el incremento de acciones preventivas, relativas a la salud sexual del adolescente y a la reducción del embarazo no deseado, promoviendo la utilización de métodos anticonceptivos en coordinación con el Programa de Procreación Responsable. **(Observación 16)**
11. Implementar, desde el Ministerio de Salud, mecanismos que agilicen la comunicación entre distintos Ministerios y organismos que de éstos dependan (Desarrollo Social, Educación, etc.), a fin de garantizar respuestas ante problemáticas de vulnerabilidad social, con gran impacto en el Hospital Público. **(Observación 9)**
12. Arbitrar medidas, conjuntamente con el Ministerio de Salud, que garanticen el tratamiento adecuado de los Residuos Peligrosos (Ley 2.214). **(Observación 14 y 15)**
13. Implementar la utilización de la herramienta "Cuadro de Mando Integral", con la finalidad de identificar y seleccionar indicadores estratégicos para la evaluación y el monitoreo de los resultados de la Gestión Hospitalaria (ver anexo 4).

XI) CONCLUSIÓN

La actividad asistencial que evidencia el Hospital Dr. Juan A. Fernandez, se orienta hacia una gestión eficiente. No obstante, es posible mencionar algunas acciones de índole general que podrían contribuir a optimizarla.

De esta manera, se resalta que, la determinación de un equilibrio entre el número de pacientes programados para internación y los procedentes del servicio de Guardia, la centralización e informatización de las listas de espera quirúrgica en un único centro de admisión, y la adecuada cuantificación de los recursos necesarios

(físicos y humanos) en función a la demanda que se proyecta asistir, son algunos de los campos a trabajar en pos de una mejora.

Asimismo, podría corregirse el accionar del Ministerio de Salud en temas relativos, a la mejora de la calidad de la actividad hospitalaria.

Finalmente, la evaluación de los servicios asistenciales debería ser un procedimiento habitual y cotidiano en la gestión, dado que ésta, integra la planificación y a su vez, es indispensable en el proceso de toma de decisión.

En este sentido, la utilización de la herramienta Cuadro de Mando Integral, permitiría de manera integrada y participativa, la definición de parámetros, indicadores y límites, que posibiliten monitorear la actividad hospitalaria y tomar medidas correctivas ante desvíos significativos que afecten el normal funcionamiento del hospital.

Anexo 1. Tiempo de Utilización de quirófanos

SERVICIOS	MESES DE MUESTRA						TOTALES POR SERVICIO	
	ABRIL		AGOSTO		NOVIEMBRE			
	Cirugías Realizadas	Horas Quirófano	Cirugías Realizadas	Horas Quirófano	Cirugías Realizadas	Horas Quirófano	Cirugías Realizadas	Horas Quirófano ⁷⁷
CIRUGÍA	50	103:40:00	71	147:12:00	59	106:39:00	180	357:31:00
CARDIOLOGÍA	8	23:55:00	5	5:30:00	16	25:35:00	29	55:00:00
GINECOLOGÍA	35	39:01:00	28	39:35:00	33	37:26:00	96	116:02:00
CARDIOVASCULAR	0	0:00:00	5	19:30:00	2	9:45:00	7	29:15:00
OFTALMOLOGÍA	5	5:10:00	4	5:38:00	4	5:10:00	13	15:58:00
OTORRINO	3	0:35:00	8	1:31:00	2	0:30:00	13	2:36:00
ORTOPEDIA	111	209:30:00	81	178:41:00	121	173:48:00	313	561:59:00
PLASTICA	14	5:45:00	2	2:00:00	27	17:48:00	43	25:33:00
UROLOGÍA	15	25:10:00	26	47:50:00	25	39:10:00	66	112:10:00
OBSTETRICIA	0	0:00:00	0	0:00:00	7	10:25:00	7	10:25:00
PROCTOLOGÍA	0	0:00:00	0	0:00:00	1	1:55:00	1	1:55:00
NEUROCIRUGÍA	5	22:35:00	9	10:45:00	10	8:20:00	24	41:40:00
VASCULAR	7	13:45:00	11	22:34:00	13	16:15:00	31	52:34:00
MAXILO FACIAL	9	9:55:00	3	3:55:00	0	0:00:00	12	13:50:00
TOTAL	262	459:01:00	253	484:41:00	320	452:46:00	835	1396:28:00

⁷⁷ Para llegar al número de horas quirófano, deben sumarse las horas enteras y adicionarle los minutos convertidos en horas.

Anexo 2. Modelo de Encuesta aplicada al área Consultorios Externos

HOSPITAL DR. J. A. FERNANDEZ
SERVICIO AL QUE CONCURRE:

Fecha:/...../.....

ENCUESTA PARA PACIENTES CONSULTORIOS EXTERNOS

1- ¿Su turno es programado (sacó turno antes) o espontáneo (vino hoy para atenderse)?

Programado:

Espontáneo:

2- **Programado** Informe para que fecha obtuvo el turno. (Tiempo de demora)
Menos de 15 días Entre 15 y 30 días Entre 30 y 45 días Más de 45 días

3- **Espontáneo** ¿A que hora llegó al hospital, para sacar un turno en el día?
Menos de las 5 AM Entre 5 y 6 AM Entre 6 y 7 AM Más de 7 AM

4- **Espontáneo** ¿Para que hora le dieron el turno?
De 8 a 9 AM De 9 a 10 AM De 10 a 11 AM De 11 a 12 AM Turno Tarde

5- **Programado y espontáneo.** De existir la posibilidad de atenderse en turno vespertino, ¿cuenta con disponibilidad horaria para dicha atención?

Si:

No:

5- a) ¿Le ofrecieron esa posibilidad (turno vespertino)?

Si:

No:

6- **Programado y espontáneo** ¿Cuál fue el tiempo de espera para ser atendido, desde el horario del turno hasta la atención?

Entre 15 y 30 m Entre 30 y 1h Entre 1 y 1:30 hs Entre 1:30 y 2 hs Más de 2 hs

7- **Programado y espontáneo.** ¿Cómo fue la atención del personal?

MUY BUENA BUENA REGULAR MALA N/A

- 3.1 Administrativo
- 3.2 Enfermero
- 3.3 Medico / Técnico

8- **Programado y espontáneo** ¿Cómo considera Ud. la comodidad de la sala o lugar de espera?

MUY BUENA BUENA REGULAR MALA

- **Variables relevadas:**
 - Turnos
 - Trato del personal administrativo, enfermero y medico.
 - Tiempo de espera para la atención.
 - Comodidad de la sala de espera.
- **Población en estudio:**
Pacientes ambulatorios.
- **Cuestionario:**
Anónimo, con preguntas cerradas.

- **Período de medición:**
Septiembre de 2008.

- **Muestra:**

Servicios	Consultas año 2007 Movimiento Hospitalario	Cantidad de encuestas
Infectología	31.184	16
Clínica Médica	24.738	13
Pediatría	20.514	10
Dermatología	17.851	9
Traumatología	16.326	8
Obstetricia	13.349	7
Oftalmología	11.631	6
Ginecología	11.584	6
Otorrinolaringología	11.191	5
Gastroenterología	9.882	5
Cardiología	8.792	5
Cirugía General	5.306	3
Urología	4.100	3
Neurocirugía	2.955	2
Vascular Periférica	2.035	2
Total Encuestas	191.438	100

- **Resultados:**

"2009 Año de los Derechos Políticos de la Mujer"

Pregunta N°		1		2				3			
				Tiempo obtención turno				Hora de Ingreso			
Conceptos	Encuestas	Programado	Espontáneo	Menos de 15 días	Entre 15 y 30 días	Entre 30 y 45 días	Más de 45 días	Menos de 5 AM	Entre 5 y 6 AM	Entre 6 y 7 AM	Más de 7 AM
Infectología	16	12	4	2	6	2	2	0	0	0	4
Clínica Médica	13	5	8	3	1	1	0	1	1	0	6
Cirugía General	3	0	3	0	0	0	0	1	0	0	2
Pediatría	10	0	10	0	0	0	0	0	1	0	9
Traumatología	8	0	8	0	0	0	0	3	1	2	2
Gastroenterología	5	1	4	1	0	0	0	3	0	1	0
Oftalmología	6	0	6	0	0	0	0	1	0	2	3
Obstetricia	7	0	7	0	0	0	0	0	0	0	7
Cardiología	5	1	4	1	0	0	0	3	1	0	0
Urología	3	3	0	3	0	0	0	0	0	0	0
Vasc.Perf.	2	0	2	0	0	0	0	1	0	1	0
Dermatología	9	1	8	1	0	0	0	1	2	3	2
Ginecología	6	1	5	1	0	0	0	1	4	0	0
Otorrinolaringología	5	0	5	0	0	0	0	0	0	1	4
Neurocirugía	2	0	2	0	0	0	0	1	0	0	1
Totales	100	24	76	12	7	3	2	16	10	10	40
Totales Generales		100		24				76			
Puntaje asignado		1,00		2,50				2,50			
Indicador Satisfacción		0,50	0,50	1,00	0,75	0,50	0,25	0,25	0,50	0,75	1,00
		50,00	50,00	40,00	30,00	20,00	10,00	10,00	20,00	30,00	40,00

4						5				6					
Hora turno otorgados						Turnos Vespertinos				Tiempo de espera para ser atendido desde la hora del turno hasta la atención					
N.A.	De 8 a 9 AM	De 9 a 10 AM	De 10 a 11 AM	De 11 a 12 AM	Turno Tarde	Disponibilidad		Le ofrecieron turno vespertino		Entre 0 y 15 m.	Entre 15 y 30 m.	Entre 30 m y 1 h.	Entre 1 y 1.30 hs.	Entre 1.30 y 2 hs.	Más de 2 hs.
						Sí	No	Sí	No						
15	0	0	0	0	1	11	5	4	12	6	7	2	0	0	1
5	0	0	0	4	4	12	1	6	7	2	9	0	1	1	0
0	0	1	1	0	1	3	0	1	2	2	0	0	1	0	0

"2009 Año de los Derechos Políticos de la Mujer"

4						5				6					
Hora turno otorgados						Turnos Vespertinos				Tiempo de espera para ser atendido desde la hora del turno hasta la atención					
N.A.	De 8 a 9 AM	De 9 a 10 AM	De 10 a 11 AM	De 11 a 12 AM	Turno Tarde	Disponibilidad		Le ofrecieron turno vespertino		Entre 0 y 15 m.	Entre 15 y 30 m.	Entre 30 m y 1 h.	Entre 1 y 1.30 hs.	Entre 1.30 y 2 hs.	Más de 2 hs.
0	0	0	4	4	2	5	5	1	9	4	0	2	4	0	0
0	0	0	4	0	4	7	1	3	5	0	2	1	1	0	4
1	0	4	0	0	0	4	1	2	3	0	2	0	0	3	0
0	0	1	4	0	1	4	2	1	5	2	1	1	0	0	2
0	0	0	0	2	5	7	0	6	1	0	1	2	1	2	1
1	0	3	1	0	0	3	2	1	4	1	4	0	0	0	0
0	0	1	2	0	0	2	1	1	2	0	2	1	0	0	0
0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0
1	0	3	1	0	4	7	2	5	4	5	3	0	0	0	1
1	0	0	1	0	4	5	1	5	1	0	4	1	0	1	0
0	0	1	2	2	0	2	3	1	4	2	1	2	0	0	0
0	0	0	1	1	0	1	1	0	2	1	0	1	0	0	0
0	0	15	21	14	26	74	26	38	62	26	37	13	8	7	9
76						100		100		100					
2,50						0,50		0,50		2,75					
0,00	1,00	0,75	0,50	0,15	0,10	0,25	0,25	0,25	0,25	1,00	0,75	0,50	0,25	0,15	0
0,00	40,00	30,00	20,00	6,00	4,00	50,00	50,00	50,00	50,00	36,36	27,27	18,18	9,09	5,45	3
															6
															4

"2009 Año de los Derechos Políticos de la Mujer"

7														
Administrativo					Enfermero					Médico/Técnico				
Muy buena	Buena	Regular	Mala	N.A.	Muy buena	Buena	Regular	Mala	N.A.	Muy buena	Buena	Regular	Mala	N.A.
12	3	0	1	0	9	0	0	0	7	14	2	0	0	0
7	4	1	0	1	0	0	0	0	13	8	4	1	0	0
0	3	0	0	0	0	0	0	0	3	2	1	0	0	0
3	6	1	0	0	0	0	0	0	10	4	5	1	0	0
2	6	0	0	0	1	2	0	0	5	4	4	0	0	0
2	2	0	1	0	0	1	0	0	4	3	2	0	0	0
3	1	0	0	2	0	0	0	0	6	6	0	0	0	0
2	4	1	0	0	0	0	0	0	7	6	1	0	0	0
0	5	0	0	0	0	1	0	0	4	5	0	0	0	0
1	0	0	0	2	2	0	0	0	1	3	0	0	0	0
0	0	2	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0
1	4	3	1	0	1	0	0	0	8	2	7	0	0	0
3	2	1	0	0	1	0	0	0	5	3	3	0	0	0
0	3	2	0	0	0	0	0	0	5	0	4	1	0	0
0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0	0	0
36	45	11	3	5	14	5	0	0	81	63	34	3	0	0
100					100					100				
1					1,00					1,00				
0,5	0,4	0,1	0	0	0,50	0,40	0,10	0,00	0,00	0,50	0,40	0,10	0,00	0,00
50,00	40,00	10,00	0,00	0,00	50,00	40,00	10,00	0,00	0,00	50,00	40,00	10,00	0,00	0,00

"2009 Año de los Derechos Políticos de la Mujer"

8			
Sala de espera			
Muy buena	Buena	Regular	Mala
4	5	7	0
3	8	2	0
0	2	1	0
0	10	0	0
1	5	2	0
0	1	4	0
2	3	1	0
2	4	1	0
1	4	0	0
2	0	1	0
0	2	0	0
0	5	4	0
2	3	1	0
0	4	1	0
0	2	0	0
17	58	25	0
100			
1,00			
0,50	0,40	0,10	0,00
50,00	40,00	10,00	0,00

"2009 Año de los Derechos Políticos de la Mujer"

Anexo 3. Cirugías del Servicio de Traumatología que requirieron Prótesis por el mecanismo de Ayuda Medica

Nº de Reg.	Nº de Orden Compra	Fecha de Emisión de Orden Compra	Fecha de Operación	Fecha Aguada Turno Quirúrgico	Fecha de Solicitud de Insumos	Diferencia Fecha de Solicitud y Fecha de Operación	Diferencia Fecha de solicitud y Fecha de Compra	Diferencia Fecha de Operación y Fecha de Compra	Diferencia Fecha de Operación y Fecha Aguada Turno Quirúrgico
1	1902	27/11/2007	07/12/2007	06/12/2007	12/11/2007	25,00	15,00	10,00	1,00
2	1725	18/10/2007	18/10/2007	24/09/2007	13/09/2007	35,00	35,00	0,00	24,00
3	436	06/03/2007	23/08/2007	15/08/2007	13/11/2006	283,00	113,00	170,00	8,00
4	434	06/03/2007	28/03/2007		01/02/2007	55,00	33,00	22,00	0,00
5	285	08/02/2007	14/03/2007		21/12/2006	83,00	49,00	34,00	0,00
6	240	30/01/2007	01/02/2007	31/01/2007	16/11/2006	77,00	75,00	2,00	1,00
7	1106	04/07/2007	05/07/2007	20/06/2007	05/06/2007	30,00	29,00	1,00	15,00
8	1067	26/06/2007	07/08/2007	31/07/2007	27/03/2007	133,00	91,00	42,00	7,00
9	1066	26/06/2007	09/04/2008	05/04/2008	04/04/2007	371,00	83,00	288,00	4,00
10	1065	26/06/2007	13/07/2007	06/07/2007	21/03/2007	114,00	97,00	17,00	7,00
11	1036	14/06/2007	02/08/2007	31/07/2007	13/05/2007	81,00	32,00	49,00	2,00
12	1014	07/06/2007	08/06/2007	09/05/2007	03/05/2007	36,00	35,00	1,00	30,00
13	660	19/04/2007	23/04/2007		26/03/2007	28,00	24,00	4,00	0,00
14	632	12/04/2007	17/04/2007		01/03/2007	47,00	42,00	5,00	0,00
15	630	12/04/2007	24/10/2007		16/02/2007	250,00	55,00	195,00	0,00
16	625	12/04/2007	17/04/2007	18/03/2007	04/04/2007	13,00	8,00	5,00	30,00
17	483	23/04/2007	26/04/2007		01/03/2007	56,00	53,00	3,00	0,00
18	750	09/05/2007	13/06/2007		06/05/2007	38,00	3,00	35,00	0,00
19	751	09/05/2007	07/06/2007		01/03/2007	98,00	69,00	29,00	0,00
20	1406	28/08/2007	26/09/2007		12/08/2007	45,00	16,00	29,00	0,00
21	1235	23/07/2007	09/04/2008		03/07/2007	281,00	20,00	261,00	0,00
22	1232	23/07/2007	19/03/2008		08/05/2007	316,00	76,00	240,00	0,00
23	1830	09/11/2007	21/04/2008	10/04/2008	09/08/2007	256,00	92,00	164,00	11,00
24	1482	10/09/2007	24/09/2007	26/08/2007	08/08/2007	47,00	33,00	14,00	29,00
25	1445	05/09/2007	11/09/2007		12/08/2007	30,00	24,00	6,00	0,00
26	1445	05/09/2007	24/09/2007	23/09/2007	30/07/2007	56,00	37,00	19,00	1,00
27	1445	05/09/2007	11/09/2007		29/07/2007	44,00	38,00	6,00	0,00
28	1443	05/09/2007	21/04/2008	14/04/2008	26/04/2007	361,00	132,00	229,00	7,00
29	1811	09/11/2007	13/11/2007	24/08/2007	17/08/2007	88,00	84,00	4,00	81,00
30	1804	08/11/2007	17/04/2008		17/07/2007	275,00	114,00	161,00	0,00

"2009 Año de los Derechos Políticos de la Mujer"

31	1776	01/01/2007	12/06/2007		29/10/2006	226,00	64,00	162,00	0,00
32	1775	01/01/2007	11/01/2008		29/08/2006	500,00	125,00	375,00	0,00
33	1774	01/01/2007	10/11/2007		18/11/2006	357,00	44,00	313,00	0,00
34	216	29/01/2007	07/08/2007		20/11/2006	260,00	70,00	190,00	0,00
35	204	26/01/2007	05/04/2007		27/11/2006	129,00	60,00	69,00	0,00
36	113	12/01/2007	07/03/2007		04/01/2007	62,00	8,00	54,00	0,00
Total						5.186,00	1.978,00	3.208,00	258,00
Promedio						144,06	54,94	89,11	15,18

Anexo 4. Modelo de Cuadro de Mando Integral

				ESTÁNDAR	RESULTADO	DESVIO	MISMO PERÍODO	DESVIO
Área Quirúrgica								
CLAVES	INDICADORES	RATIOS	MEDIDA	PREVISTO	PERÍODO	PERÍODO	ANTERIOR	ANTERIOR
Atención	Tiempo de espera	Días entre el diagnóstico de Cirugía y realización de la Práctica quirúrgica	Días					
Cantidad	Nivel de Producción de Cirugías	Producción total (Cx)/ Capacidad de Producción o Demanda total (Cx)	Pacientes Operados					
Cantidad	Promedio Diario de Cirugías por Servicio	Total de Cirugías realizadas en una semana / Días de Quirófano asignado por semana	Prácticas					
Cantidad	Producción Promedio Mensual por Médico	Total de Cirugías realizadas en un período / N° de médicos participantes en el mismo período	Prácticas					
Consultorios Externos								
Cantidad	Producción Promedio Diario por Médico	Total de Consultas realizadas promedio diario / N° de médicos participantes	Pacientes Atendidos					
Atención	Tiempo promedio de Atención en Consultas Externas	Total de Horas médicas disponibles en un período / Total de Consultas Externas durante el mismo período x 60	Minutos por Consulta					
Satisfacción – Encuesta	Grado de Satisfacción	Puntaje Hallado / Puntaje Máximo x 100	% Satisfacción					
Recursos Humanos								
Productividad Técnica	Eficiencia en el Empleo	Hs. Adicionales / Hs. Normales	% Horas					
Gasto	Participación en inciso 1	Gasto Bruto Hs. Adicionales Anuales / Sueldo Bruto Anual	% del Gasto					
Confianza	Confiableidad de la información	Total de descuentos comunicados / Total de descuentos reales	% de información					