

INFORME EJECUTIVO

Lugar y fecha de emisión	Buenos Aires, Agosto de 2011						
Código del Proyecto	3.10.01 b)						
Denominación del Proyecto	Hospital General de Agudos Dr. J. M. Ramos Mejía.						
Período examinado	Año 2009						
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. J. M. Ramos Mejía.						
Presupuesto Devengado 2009 (expresado en pesos)							
	Jur	UE	Pro	Spr	Act	Descripción	Importe
	40	430				HTAL. J. M. RAMOS MEJIA	201.661.929,67
	40	430	52	25		ATENCIÓN MÉDICA GENERAL	201.661.929,67
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” (cada servicio cuenta con una ficha de consulta externa). 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.						
Período de desarrollo de tareas de auditoría	Las tareas de auditoria se desarrollaron entre el 2 de Agosto y el 17 de Diciembre de 2010.						
Aclaraciones previas	Se pretende evaluar 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 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. M. Ramos Mejía, 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. 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 empleados. En este sentido se analizaron tres recursos físicos fundamentales para la gestión hospitalaria: las camas de hospitalización, los quirófanos y los consultorios. Asimismo, se analizaron aquellos factores que influyeron significativamente en tales recursos (obtención de elementos protésicos, provisión de medicamentos, internación de casos sociales y/o con patologías crónicas, recurso de enfermería, entre otros) a fin de obtener una mirada más amplia en la gestión de los mismos.
Principales Observaciones detectadas	1. Existe subutilización del recurso cama (64,65%) con relación al nivel óptimo de uso (85%). Ello se evidencia aún más al analizar cada Servicio con Internación: Pediatría (24 camas con el 45,8% de utilización), Otorrinolaringología (10 camas con el 27,15% de utilización), Urología (31 camas con el 50,53% de utilización), Ginecología (31 camas con el 47,67% de utilización), Clínica Quirúrgica o Cirugía General (81 camas con el 50,24% de utilización), entre otros. Esta subutilización no tiene justificación, toda vez que existan hospitales públicos con necesidad de este recurso. 2. Existe una subutilización del centro quirúrgico del 34,33% respecto de la capacidad teórica. Si bien influye sobre ello, la suspensión de cirugías por causas atinentes al hospital (61,36% del total de suspensiones), éstas no son propias del hospital sino del sistema, pues la falta de camas en terapia intensiva, la falta de médicos anestesista, la falta de drogas anestésicas, la falta de médico de planta, la cirugía con horario condicional o prolongación horaria (que implica disponer de mayor cantidad de horas profesionales), no pueden resolverse desde el hospital, sino que requieren una decisión del nivel central.

	3. La oferta de horas asistenciales mensuales (agenda médica) refleja amplias diferencias con relación a las horas asistenciales efectivamente brindadas (según planillas diarias de atención médica), en todas las especialidades del turno vespertino (Medicina 351hs; Cirugía 228; Pediatría 284 hs; Obstetricia 87 hs). Asimismo, existen Servicios cuya producción arroja una o dos consultas por hora médica (Dermatología, Nefrología, Nutrición, Urología y Adolescencia). Todo ello, evidencia la subutilización del recurso consultorio en el turno vespertino (66,78% de rendimiento).
Principales Recomendaciones	1. Gestión de Camas a) Revisar el modelo de gestión de asignación de camas, a fin de maximizar su uso y buscar un equilibrio en la internación de pacientes del sistema público de salud. b) La gestión de asignación de camas, debería ser automatizada y centralizarse en el área de Admisión y Egresos. Para ello, resulta necesario, 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. 2. Centro Quirúrgico a) Maximizar la utilización del Centro Quirúrgico, a través de la incorporación del recurso físico y humano necesario. Para ello, el Ministerio de Salud, deberá estimar conjuntamente con el hospital el Recurso faltante (médico, técnico, de enfermería y equipamiento), y generar los medios necesarios para la apertura de concursos que posibiliten la incorporación inmediata del personal requerido y la apertura de licitaciones acordes a las necesidades de equipamiento. b) Implementar la historia clínica única a fin de contar con información integral del paciente. c) Centralizar e informatizar las listas de espera quirúrgica, en el Servicio de Admisión y Egresos. d) 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.). e) 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 mix¹, a través de alguno de los instrumentos de medición como lo son, los Grupos Relacionados de Diagnósticos (GRD)². 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) Definida la población a asistir, implementar mecanismos de captación de dicha población y readecuar la oferta asistencial vespertina, en función a la demanda real.
Conclusión	El nivel de utilización de los recursos analizados (camas de hospitalización, quirófanos y consultorios) en el Hospital José María Ramos Mejía, evidencia subutilización en su uso, respecto de un valor teórico o standard. No obstante, es necesario considerar una multiplicidad de factores que intervienen en el rendimiento del uso de los recursos, que no dependen directamente del hospital. Asimismo, es necesario considerar que 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. En este sentido, y 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.

¹ 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.

² 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.

2011, Buenos Aires Capital Mundial del Libro

	Por otro lado, el abordaje de problemas socio-sanitarios complejos, requiere del esfuerzo integrado de redes comunitarias y de redes interinstitucionales, en donde necesariamente deben vincularse los sectores de Salud y Desarrollo Social. Resulta indispensable entonces, instalar políticas públicas orientadas a la reinserción social de tales pacientes, como así también, la creación de instituciones intermedias para pacientes sin vínculo familiar o social, con problemas de salud crónicos.
--	--