



Maestría en Economía y Gestión de la Salud

**Análisis de Gestión de Pacientes del
Hospital de Alta Complejidad en Red El
Cruce S.A.M.I.C**

**Dr. Néstor Carlos Kirchner, durante los
primeros años de existencia**

2008-2011.

Autora: Lic. Liliana D. Pared

Director de Carrera: Mg. Arturo Schweiger

Promoción 2010

Bs As, Diciembre 2012

Resumen

El presente estudio, de tipo descriptivo-observacional, retrospectivo y de corte fue realizado en el Hospital de Alta Complejidad SAMIC Dr. Néstor Carlos Kirchner, de la Provincia de Buenos Aires, Argentina y abarca el período 2008-2011 de los inicios del mismo. En el mismo se realizó el “Análisis de Gestión de Pacientes” durante el mencionado período. Los objetivos fueron Conocer el funcionamiento, Describir los desajustes y observar la Satisfacción del Usuario. Se llevó a cabo la descripción del Hospital, su historia, dimensiones, alcance a la población, la Oferta y Demanda de los Servicios, la cartilla de atención en Consultorios Externos, la conceptualización de Gestión de Pacientes y se analizaron específicamente los cuatro consultorios de mayor complejidad, Se cerró el estudio con un tema importante como “Calidad de Atención”.

Abstract

Palabras Claves

Gestión. Pacientes/ Usuarios. Atención. Consulta Externa. Calidad.

INDICE

O-Resumen/Abstract. Palabras Clave

1-Introducción

2-Problema y Objetivos

3-Marco Conceptual

4-Metodología

5-Desarrollo

I-El Hospital

II-Gestión de Pacientes

Generalidades

A-¿Qué es Gestión de Pacientes?

B-¿Cómo se trabaja desde Gestión?

C-Análisis de lo actuado ante la Demanda creciente

Especificaciones

De qué se trata la Gestión...

A-Gestión de Pacientes de Consultorios Externos

- **La Gestión de Enfermería: Menú de Prestaciones**

B-Gestión de las Especialidades Complejas en Consultorios:

- **Cartilla de Prestaciones**
- **Ocupación de Consultorios**
- **Especialidades y Pacientes atendidos 2011**
- **Cirugía General a Compleja en Consulta Externa**
- **Números de Consultas**

1- Cirugía Cardiovascular

2- Neurocirugía

3- Traumatología Columna

4- Cirugía Maxilofacial.

III. Calidad de Gestión

- a. Calidad de atención**
- b. Mejora Continua**
- c. Descripción de satisfacción del usuario: encuestas y observación**

IV. Conclusiones

V. Bibliografía

VI- Anexos

Introducción:

Este trabajo de investigación de tipo descriptivo, analiza el Trabajo de Gestión de Pacientes del Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor Kirchner, desde sus inicios en 2008 al 2011.

El Establecimiento de Salud en estudio se encuentra en Av. Calchaquí N°5401 Florencio Varela, Sur de Conurbano Bonaerense, en Argentina.

La figura técnica sanitaria del mismo es SAMIC (Servicio de Atención Médica para la Comunidad), el otro SAMIC en Buenos Aires es el Hospital Pediátrico Dr. P. Garrahan. Existe un establecimiento de las características similares al Hospital El Cruce en la Provincia de Formosa, Argentina, un HAC (Hospital de Alta Complejidad), pero es Provincial, no SAMIC.

El Hospital El Cruce tiene 20500 m² cubiertos, se realizó con una inversión de 100 millones de Pesos del Estado Nacional. Está equipado con tecnología de última generación. Cuenta con 130 camas, de las cuales el 50% pertenecen a Terapias.

La inauguración Política fue en Septiembre de 2007, con la presencia del Presidente Dr. Néstor Carlos Kirchner, en pleno mandato y su Sra. La Dra. Cristina Fernández, actual Presidenta de la Nación, y el acompañamiento de otros destacados gobernantes.

Lo primero que comenzó a funcionar, fueron cinco Consultorios Externos que funcionaron desde el 3 de Marzo de 2008, de 8 a 12 hs: Emergencias, Traumatología de columna, Traumatología de Miembros Superiores, Reumatología y Diabetes. La Habilitación formal fue el 31/08/09.

Desde los inicios y hasta la fecha de este Estudio, jamás hubiéramos imaginado tal crecimiento. Y el ordenamiento que esto necesitaría. El hecho de que la visión de trabajo del Hospital El Cruce, desde sus inicios fuera estructurada hacia la espera de lo que vendría y con una mirada de gestión moderna hizo que fuera posible sostener el

Sistema y acompañar el crecimiento. Aparecieron algunos desaciertos en la Gestión, ser un Hospital nuevo, y llegar a un acomodamiento y madurez lleva su tiempo.

El desafío se presentaba como algo grande, y todavía lo es. La articulación con la Red era un reto, algo desconocido en la zona, que sumado a la mirada desconfiada y casi celosa de los Centros de Salud que rodeaban la Institución no era algo a nuestro favor. Llegaron a mencionarnos como “El Hospital Fantasma” y “El Hospital donde no se hace nada”, solo el tiempo demostró lo que realmente se hacía en El Cruce y cuál era el Modelo que sostuvo con firmeza, para poder ser lo que hoy es, y se entendiera su Misión.

Explicar al ciudadano que no éramos un hospital más, tampoco fue fácil, la gente llegaba para sacar un turno, o atenderse por la guardia, y decían algo como “para qué semejante Hospital si no atienden” y cosas así...

Hoy, tres años después, la sociedad tiene otra mirada del Hospital de Alta Complejidad El Cruce, gracias a la divulgación a través del Servicio de Comunicación Social del HEC, de los medios masivos de Comunicación de la zona y los medios Nacionales, se divulgó el trabajo realizado y pudo ser comprendido un poco más. Ahora se puede afirmar que se dio a entender la diferencia e importancia de la Institución, no por ser mejor o peor que otra, sino por ser lo distinta, y en la zona sur del Gran Buenos Aires. Antes, ante un hecho de gravedad o complejidad, la persona debía ser derivada a algún Centro en la Ciudad de La Plata o a CABA, ahora la atención está más cerca, y es muy buena. Cuenta con la última tecnología y destacados Profesionales.

Es interesante mencionar quienes son las autoridades, porque hacen su trabajo al sostener la Gestión de este enorme emprendimiento, de manera eficiente, ellos son:

- Director Ejecutivo: Dr. Arnaldo Medina
- Director de Procesos Técnicos y Asistenciales: Dr. Mariano Puente
- Director Administrativo: Cd. Ademar Feccia
- Director Médico: Dr. Juan Marini
- Director de Infraestructura y Tecnología: Ing. José Nieto

- Consejo Administrativo: Dres: Garrido, Del Río, Labourt y M. Mussi
- Jefe de Gestión de Pacientes: Dr. Juan Fragomeno.

¿Por qué hablar de Gestión de Pacientes? la elección del tema del siguiente trabajo, resulta por sentirme actora y observadora de lo transcurrido desde los inicios del proyecto, que poco a poco fue tomando vida y hoy es un gigante al que se hace difícil poner freno, porque sigue creciendo. Sin la existencia de ésta área de Gestión de Pacientes y su trabajo, hubiese sido imposible organizar, sostener y mantener un orden ante el ajuste inicial hasta el crecimiento actual.

Por lo tanto, el recorrido empieza con la narración de la apertura del Hospital, su Historia, la población que abarca y sus necesidades. La Demanda poblacional y la Oferta que el mismo proporciona, desde la mención de las especialidades, los profesionales, la cantidad Días/Horas de atención, observando la oferta ante la demanda establecida, valorada desde la cantidad de usuarios atendidos, por turno de Consulta Externa en los años estudiados 2008 a 2011.

En segundo término se observa la Gestión de Pacientes desde los usuarios de Consultorios Externos en las especialidades: Cirugía Cardiovascular, Neurocirugía, Traumatología de Columna y Cirugía Maxilofacial, las destacadas en complejidad.

Se conceptualiza la función de Gestión de Pacientes, definiendo cada una de sus partes actuantes con sus funciones específicas, seguido de mostrar la forma de trabajo desde ese lugar, considerando lo actuado y captado, así como el gran cambio exigido que surgió por la demanda surgida en estos tres años.

En una tercera etapa se examina el resultado de la Gestión desde la Calidad de atención, percibida por satisfacción de los usuarios, visto a través de la Mejora Continua.

Finalmente se abordan las conclusiones del trabajo, que demuestra el análisis buscado. El desarrollo de los temas fluye extensamente porque de "Gestión de Pacientes" da mucho para tratar, máxime cuando se trata de una Institución nueva, que

está logrando sus objetivos, y pone como meta “la satisfacción de los usuarios, que son su razón de ser”.

Sin más preámbulo, los invito a transitar el camino de la Gestión de Pacientes en general y por los Consultorios más destacados e importantes en complejidad del Hospital El Cruce, en sus primeros tres años.

Liliana Pared.

Lic. en Enfermería

Problema

En el Análisis del trabajo de Gestión de Pacientes que presenta este estudio se muestra lo actuado en los tres años iniciales del HEC, la cuestión fué pensar:

- ¿Cómo se llevó a cabo en este tiempo la Gestión de Pacientes?
- ¿Cómo se podría optimizar el trabajo desde gestión?
- ¿Qué cambios surgieron ante la creciente demanda?
- ¿Se percibe satisfacción en los usuarios con la gestión realizada?

Objetivos

Objetivo General:

Analizar el trabajo de Gestión de Pacientes del Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce SAMIC, Dr. Néstor Carlos Kirchner en sus tres Primeros años.

Objetivos Específicos

- 1-Conocer el funcionamiento de Gestión de Pacientes desde sus inicios en el Hospital El Cruce
- 2-Transmitir la atención realizada en cada especialidad, en las diversas patologías.
- 3-Describir errores o desaciertos de la Gestión y soluciones encontradas ante la gran demanda.
- 4- Observar la satisfacción de pacientes/usuarios

Marco Conceptual

Los Centros hospitalarios son sistemas constituidos por elementos físicos (instalaciones, personas, documentos, etc.) y elementos abstractos o inmateriales (estrategias, relaciones informales, estilo, etc.); por ello podríamos catalogarlos como mixtos. Son también sistemas abiertos con mayor o menor apertura hacia el entorno. El entorno influye sobre el Sistema, ya sea por necesidades o demandas, por ej. El Hospital El Cruce (desde aquí HEC) es un Sistema abierto a la comunidad en varios aspectos: atención, seguimiento, cultura, educación, inclusión, etc. Por lo tanto tiene objetivos definidos que ayudan a corregir las entradas del sistema, las salidas o las pasadas de los procesos que no sean correctos.

Los controles auxilian los métodos de trabajo, porque nos avisan que debe cambiar. El hecho que desde el día de su apertura el HEC contara con el área de Gestión de Pacientes, es una de las claves para que su establecimiento como Hospital Modelo y su macro-crecimiento se sostenga y se resuelvan las situaciones que de otro modo no hubieran resistido el cambio. Se podría decir que el Hospital es una “empresa” que presta servicios, que contribuye a elevar el nivel de vida de la humanidad. Es una empresa de servicios donde el principal recurso es el Personal, que debe ser altamente

calificado (Universitarios). Tiene además otras características como: que se financia por presupuesto, cuenta con regulación legal, es un lugar donde constantemente se toman decisiones, donde médicos y enfermeros somos los auténticos gestores de los servicios prestados por el Hospital, tanto en su efectividad -mejora de la salud- como en eficiencia -mejor costo - con un fuerte sustento de calidad. Por todo ello, creo que la acertada implementación de la gestión de pacientes, hará que se cumplan los objetivos mejores de servicio. Modelo que deberían tomar por ejemplo los niveles de la Macro gestión, o la de los establecimientos hospitalarios de alta Complejidad en nuestro País. Lo expuesto puede servir como sugerencia de trabajo a éstos centros.

El concepto “Gestión de Pacientes”, es moderno y transformó el ordenamiento de las organizaciones de salud. Convirtiéndolas en organizaciones de mando horizontal, que utilizan la información basada en datos para la toma de decisiones. Esto hizo más efectivo, ágil y éticamente humanizada la atención de los usuarios que demandan servicios de salud.

Para tal fin, cada quien que pertenezca a la organización debe estar comprometido con ella, tener ganas de trabajar, pensar en mejorar cada lugar donde se encuentra como gestor o administrador del mismo, buscando el beneficio de la Organización y sus usuarios.

Gestión de Pacientes ordena al usuario desde el ingreso hasta el egreso haciendo de su estadía en el lugar un tiempo, donde sus dificultades fueron resueltas de manera que se sintió cómodo, y no tuvo quejas en ninguna situación, y si las tuvo, poder encontrar una inmediata y mejor solución.

El usuario debe sentir que fue escuchado y tratado humanamente. Donde su demanda fue satisfecha.

Se debe pertenecer al equipo de la Institución, es decir, entender el concepto de trabajo en equipo y vivirlo para concebir y tratar de que se cumpla la Misión, Visión y El Plan Estratégico del Hospital El Cruce, para acompañar a la gestión.

El Hospital cuenta con un FODA con muchas fortalezas, y algunas debilidades que al ser evaluadas de antemano, se pudo pensar en cómo enfrentarlas.

El análisis del trabajo de Gestión de Paciente durante estos tres años, en el Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce, Dr. Néstor Carlos Kirchner, servirá para conocer como se trabajó en este tiempo en Gestión de Pacientes Ambulatorios, trabajo que se multiplicó y se complejizó, cada mes, cada año.

Según el Dr. Carlos A. Díaz¹ “La Gestión de pacientes comienza estrictamente con un cambio cultural dentro de la Organización sistémica de la empresa sanitaria, que sin ella, no se podrá producir el cambio efectivo que aspiramos, desde la visión del usuario que encuentre facilitados los accesos al sistema de atención, con menor rigidez burocrática, sin tantos componentes transicionales o de intermediación que se interponen en su relación con el equipo de salud. Produciendo todos los caminos facilitadores para que el paciente se ponga frente al médico, y para que estos basados en la evidencia científica, con criterios de costo efectividad y protocolos puedan otorgar el mejor servicio para lo cual estén capacitados. Ese cambio cultural es pensar en la demanda, para satisfacer sus necesidades de salud, disminuir los costos, aumentar la cobertura, mejorar los procesos y darle valor agregado a la cadena asistencial. Este es el cambio paradigmático, mas fuerte, más lento, pero el más importante, es el de pensar en el usuario.”

El usuario o cliente es la persona o grupo de persona a las que se puede y debe satisfacer una necesidad, en este caso, mediante un servicio de salud. Es quien tiene libertad, de poder elegir lugar y/o forma de pago, si pudiera ya sea por optar un lugar privado, por su obra social o seguro.

En el HEC consideramos al Paciente o Usuario, como eje sobre el cual gira toda la actividad. Sería bueno definir algunos conceptos esenciales:

Cliente: es la persona o grupo de personas a las que se les puede satisfacer una necesidad, mediante un servicio de salud. Tiene libertad de elección y capacidad de pago. Expresan su expectativa y su necesidad. El **Consumidor**, sin embargo es el que utiliza mercancías o artículos que compra para satisfacer sus necesidades o gustos pasajeros. El **Usuario** es el ciudadano que requiere un servicio, tiene el derecho de exigirlo por su condición, debe ser satisfecho y tiene capacidad de elección por otros que se lo brinden de acuerdo a como espera. Finalmente, el **Paciente** es la persona bajo

¹El Pequeño Gestión Ilustrado. Dr. Diaz, Carlos A.. Dr. Spadafora S. Ed. Isalud -2005.Pág.142

cuidados médicos, centrando su atención en la enfermedad, la recuperación o la mejora de su salud, siendo el objetivo de todos los profesionales que lo atiendan.

En el caso del Hospital Público, en el que se realiza este estudio, la atención es como debe ser, pública y gratuita.

La Gestión de Pacientes en esta Institución nos motiva constantemente a pensar, a innovar a apreciar procesos, discutir transformaciones y mantenernos abiertos al aprendizaje.

El actual Usuario o cliente tiene otras expectativas y demandas. Ya no es Paciente ni se queda esperando respuestas, sino que las busca, las exige.

¿Qué pretende el Usuario actual de servicios de Salud?

- Tener elección, conocer a su médico, a la Institución
- Participar de las decisiones de su tratamiento
- Que su médico o profesional le informe: como está, que sigue...
- Sentirse persona, no una patología o un número de cama
- Sabe que puede exigir, que tiene derechos
- Está influenciado por los medios de comunicación, por Internet, puede ser que pretenda saber más de la enfermedad, que el propio profesional.
- Suele pedir cosas que tal vez, no las necesita, como estudios o RNM, etc.
- Desconfía de Mala Praxis.

La conversión de un paciente a usuario sucede cuando se realizan acciones para disminuir el tiempo de espera, atendiendo lo que surge en el día a día, las demoras involuntarias y fortuitas, que parecieran mostrar desorden en la Institución. Hay que anticiparse a los problemas, a las demandas, a lo imprevisto.

Esa conversión implica ciertas acciones que juntas logran el objetivo de la Gestión, las mismas son: Capacitar al personal, disminuir la espera, anticipar la demanda, generar conciencia de proveedor/ cliente, aumentar la oferta, facilitar la accesibilidad, mejorar los servicios y aumentar el empowerment.

Metodología

Se trata de un estudio analítico-descriptivo retrospectivo, de corte.

Se toma como referencia los tres años de Gestión del HEC desde sus inicios haciendo un análisis situacional. Se recopilaron datos con la colaboración de los Servicios de Gestión de Pacientes, Atención al Usuario, Calidad y Estadísticas.

Objetivos	Fuente	Técnica de Recolección de Datos	Actividad que implica
1-Conocer el trabajo realizado en G d P del HEC	Gestión de Pacientes	Sistema Sigheos y estadísticas.	Análisis de textos. Análisis técnicos.
2-Observación de Satisfacción del Usuario	Atención al Usuario	Revisión de Encuestas	Recopilación de Datos de encuesta, planillas.
3-Describir creciente Demanda y decisiones de ajuste	Gestión de Pacientes	Observación de Cronogramas de atención/día/consultorio	Análisis de Datos Clasificar.

Comenzando el Camino:

El panorama general de Gestión de Pacientes en el HEC, o camino del usuario, consta de: Ingreso, Mesa de entrada: informes, Turnos, Consultorios Externos, Diagnósticos por Imágenes, Hospital de Día, Laboratorio, Hemoterapia, Emergencias (Único ingreso para internación), Área de hospitalización –camas-, Actividad Quirúrgica, Gestión de la Red.

En este tiempo el Propósito de Gestión de Pacientes ha sido:

Desburocratizar la asistencia, Inducir a un modelo de Mejora continua, Estudiar el trabajo de Gestión en Red y la Gestión intra-hospitalaria, seguimiento del recorrido del usuario, buscar la accesibilidad, mejorar el sistema informático, cuidando la HCI (Historia Clínica Informatizada) mejorándola con el uso de la misma.

Capacitar al personal con numerosos talleres, cursos, jornadas, ateneos, etc.

La búsqueda permanente de saber el nivel de satisfacción del Usuario en base a encuestas y otros sistemas. Procura la integración de los servicios y su gente a cumplir la Misión y los Objetivos propuestos por la Institución, en este caso El Plan Estratégico del HEC.

En este trabajo se analiza puntualmente cada parte del propósito de la Gestión. Donde el desafío principal es la calidad, que es responsabilidad de todos los que conforman esta empresa. Se observa desde el lugar de espectador si se generó la efectividad, los resultados, la eficiencia, la humanización en la atención, etc.

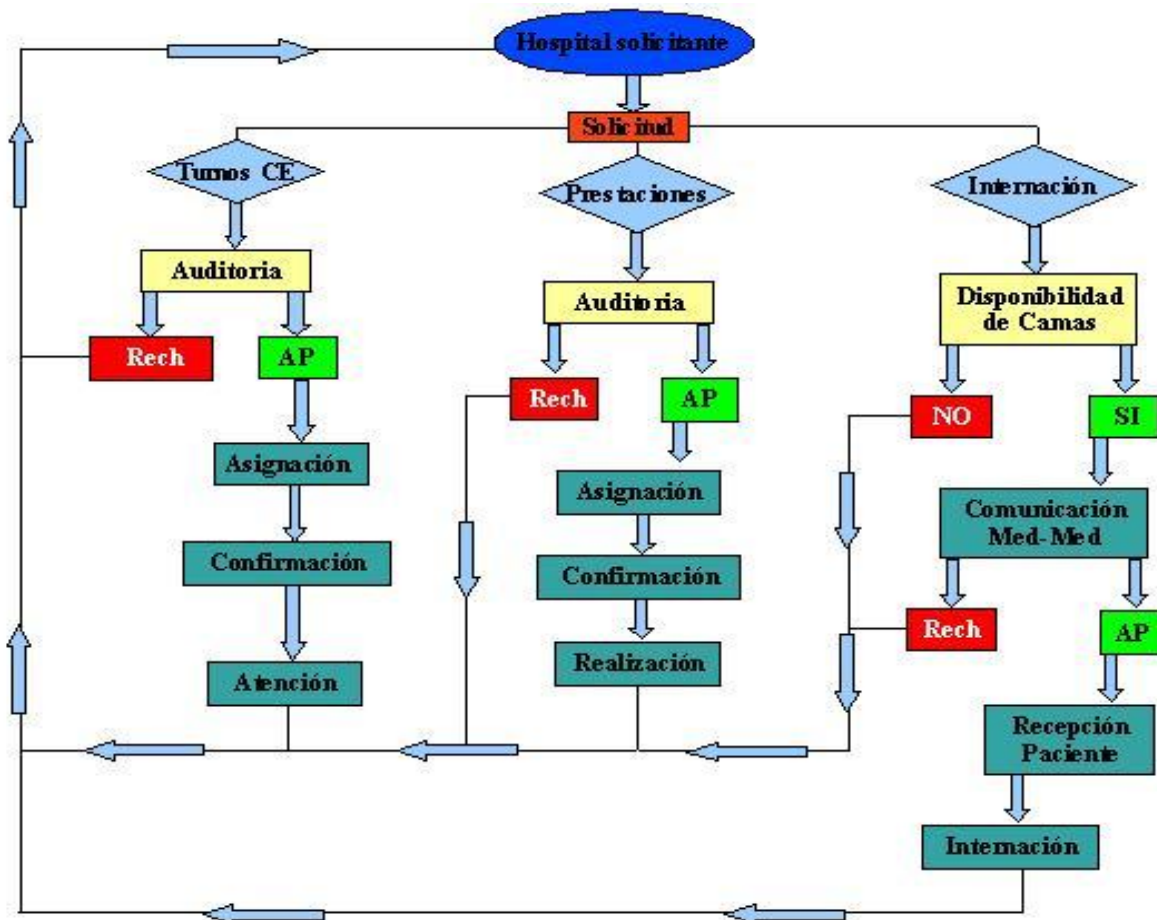
Si Gestión de Pacientes funciona adecuadamente, la atención al usuario dejará de ser una obligación para ser una convicción. Desde la convicción que la ética predominante es la del paciente, en quien se centra toda la atención y la existencia de la Institución.

El análisis de Gestión de Pacientes, demostrará el inevitable crecimiento de esta Institución, con los ajustes necesarios para el correcto funcionamiento de lo que hasta hoy, es un desafío constante.

Primero y principal, tener en cuenta de donde vienen las solicitudes de ingreso de Pacientes que son a través de:

- Red
- Internas
- Región Sanitaria VI
- Ministerio de Salud de la Pcia. De Bs. As.
- Ministerio de Salud de la Nación

- El siguiente Flujograma muestra el camino del Usuario



- Las solicitudes de ingresos se reciben y resuelven por Sistema Sigheos, al ingresar a la página del lugar: www.hospitalelcruce.org; por teléfono o por Fax.

Objeto del Estudio

Los Cuatro Consultorios que el HEC considera de más complejos. A saber:

- 1- Cirugía Cardiovascular
- 2- Neurocirugía
- 3- Cirugía de Columna
- 4- Cirugía Maxilofacial

I-El Hospital

1-Breve descripción del Hospital y sus funciones

El Establecimiento asistencial al que se hace referencia en este estudio es el Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce Dr. Néstor Carlos Kirchner, es un sistema SAMIC, situado en la ciudad de Florencio Varela, inaugurado en 2007, y puesto completamente en marcha en 2010. El mismo recibe pacientes por derivación de los cinco hospitales de la Red. Se encuentra situado en un punto estratégico en cuanto a lugar, completo para lo que fue pensado, de alta tecnología, y en búsqueda constante de la calidad, es una verdadera apuesta de soluciones en Salud, para la zona sur del Gran Buenos Aires. Consta (al momento del estudio) de Consultorios Externos con 86 especialidades y profesionales que las atienden.

Un Servicio de última generación en Diagnóstico por Imágenes. Posee 130 camas en los siguientes servicios: Emergencias, UCI, UCIP, UCO; Hemodinamia, UTI, UTIP, TMO, Gastroenterología y Hospital de Día.

Los primeros trazos

Toda institución se construye a partir de una serie de acontecimientos, ideas, proyectos, que van configurando su origen, su historia, la cual será la que contribuya a otorgar a quienes la integran una identidad, tanto individual como colectiva.

Cuando comenzamos a reconstruir la historia de nuestro hospital, encontramos que ya en los años 60' comienza a pensarse en la necesidad de su existencia, en gran medida debido a la enorme cantidad de accidentes de tránsito que ocasionaba la complejidad de la trama vial. A su vez, la necesidad se fundamentaba también en el progresivo crecimiento de la población de la zona, de allí que en los años '70 esta idea comienza a concretarse.

Por entonces, la asistencia sanitaria de esta población se resolvía en los Centros de Atención Primaria de la Salud, que eran municipales, y en Florencio Varela existía el Hospital Municipal Dr. Nicolás Boccuzzi. Este contaba con alrededor de 60 camas pero sólo podía resolver las emergencias de mediana y baja complejidad, así como brindar atención materno-infantil de las mismas características. En Berazategui no había hospital, el municipio de Quilmes tenía el Iriarte (que se provincializó en 1974) y en Almirante Brown existía solamente el Meléndez.

La mayor complejidad debía derivarse a las ciudades de Buenos Aires, La Plata, o a los Hospitales de Avellaneda (Presidente Perón y Fiorito). Ya en ese momento podía visualizarse la saturación de la capacidad de atención de los efectores responsables de recepcionar dichas derivaciones, generándose numerosas complicaciones y conflictos.

En 1974 se realiza un concurso para la selección de proyectos para la construcción de dos hospitales en el Conurbano Bonaerense: uno en La Matanza y el otro en Florencio Varela, más específicamente en la zona denominada "El Cruce". Durante las sesiones de la Legislatura de la provincia de Buenos Aires en el año 1975 se vota la incorporación al presupuesto provincial de la partida presupuestaria para la obra del Hospital de La Matanza (el actual Hospital Paroissien), el cual se comienza a construir durante el gobierno militar. En 1976, con el golpe de Estado, se frustra la posibilidad de incluir en el presupuesto la obra del Hospital del Cruce y queda olvidada durante varios años.

Hacia fines de la dictadura, durante el gobierno de Aguado, se retoma el proyecto y en los últimos meses de 1983 se licita la obra, adjudicándose el 9 de diciembre de ese año. La construcción comienza en los primeros meses del año 1984, pero a poco tiempo de finalizar la construcción de la estructura de cemento la empresa constructora se declara en quiebra, y la obra se suspende. El proyecto fue retomado en 1992 y en el 2000, pero por distintas circunstancias quedó estancado.

El proyecto cobra realidad

Durante la década de los '90 se construyeron y pusieron en marcha tres hospitales en la zona sur del conurbano bonaerense: Mi Pueblo, de Florencio Varela; Evita Pueblo, de Berazategui; y Oñativia en Almirante Brown. Asimismo se reformó el Hospital Iriarte de Quilmes. Sin embargo, el perfil asistencial de estos hospitales, forzado por la intensa demanda, se modeló en torno a cuidados de 2° nivel de complejidad (fundamentalmente cuidados materno-infantiles, quirúrgicos y clínicos básicos). La demanda de cuidados complejos continuó derivándose hacia La Plata, Avellaneda y la Capital Federal.

Debido a esto, la magnitud de la demanda de la población a asistir, siguió ejerciendo fuerte presión sobre la red de servicios disponible, presentándose crecientes dificultades a la hora de asistir a aquellas personas cuyos padecimientos requieren de recursos de alta complejidad, para quienes, no obstante las obras realizadas se seguía ofreciendo las mismas alternativas de derivación.

La necesidad del hospital del Cruce fue incrementándose en el tiempo, logrando respaldos y consensos regionales, provinciales y nacionales; siendo definitivamente incorporada a la agenda pública durante el gobierno del Presidente Néstor Kirchner mediante una solicitud del Intendente de Florencio Varela, Don. Julio Pereyra.

Durante el período de construcción del Hospital se fueron realizando reuniones de trabajo entre responsables de salud municipales y directores de hospitales de la zona, madurando el concepto de "Hospital de la Red". Dicha noción orientó las bases de un trabajo coordinado entre las capacidades de los hospitales de la zona y la del nuevo Hospital El Cruce, desde una lógica de actuación complementaria entre los distintos servicios responsables de brindar atención integral.

Una de las fortalezas estratégicas para la formulación de esta red la constituyó la ubicación equidistante de este hospital con respecto a los cinco hospitales de referencia, a saber: "Mi Pueblo", "Evita Pueblo", "Oñativia", "Dr. Oller" e "Isidoro

Iriarte". Este conjunto de establecimientos, sumados al Hospital "El Cruce", representan aproximadamente un total de 1000 camas.

Dado la necesidad de contar con capacidad de decisión local y de innovar en la búsqueda de soluciones a los problemas de gestión que los actuales marcos plantean, en las reuniones de trabajo antes mencionadas surgió la concepción de un modelo de organización con capacidad de gestión descentralizada, fuertemente articulado en la red asistencial existente, y financieramente sustentable. Entre los ejemplos de la historia sanitaria de nuestro país, se rescató la figura técnico-sanitaria del Hospital Garrahan, cuyo sustento legal le ha permitido consolidarse como una de las instituciones de referencia por su excelencia, tanto desde el punto de vista técnico-científico, como de organización y gestión.

La creación de un hospital de alta complejidad integrado en la red asistencial en la que participan todos los niveles del Estado (Municipio, Provincia y Nación), brindando asistencia a personas originarias de todo el territorio nacional y de países vecinos, constituye una opción política que muestra el camino de las soluciones del futuro en esta materia. En este sentido, se considera que la creación del Hospital del Cruce se encadena con la línea de decisiones que han llevado al Hospital Prof. Alejandro Posadas de Morón a recuperar su dependencia nacional, y a la decisión de ejecutar programas nacionales que actúen mancomunadamente sobre las comunidades más relegadas en todo el territorio del país.

Descripción de la Organización prestadora de Salud

El Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce SAMIC, es una institución de gran envergadura que representa un verdadero desafío en salud en la zona sur de Buenos Aires.

Los Hospitales que pertenecen a esta Red son:

-HZG "Dr. Arturo Oñativa" (Alte. Brown)

-HGA "Evita Pueblo" (Berazategui)

-HZA "Mi Pueblo" (Florencio Varela)

-HZGA "Dr. Iriarte" (Quilmes)

-H Subzonal Especializado Materno-Infantil "Dr.Oller" (Solano)

-H Subzonal GA "Dr. Lucio Mendez" (Adroque)

El Hospital fue inaugurado en etapas, comenzando con 5 Consultorios Externos el 5 de Marzo del 2008. En aquella etapa funcionó: Traumatología de Miembros superiores, Traumatología de Columna, Endocrinología, Reumatología y Emergencias.

Luego fue la apertura de UTIP, UCIP y así sucesivamente, hasta Marzo de 2010, donde funciona prácticamente en su totalidad. Aunque nuevos servicios se incrementan constantemente, para cumplir con el Proyecto inicial, y otros surgen por necesidad, pero el crecimiento de los servicios de la Institución no cesa.

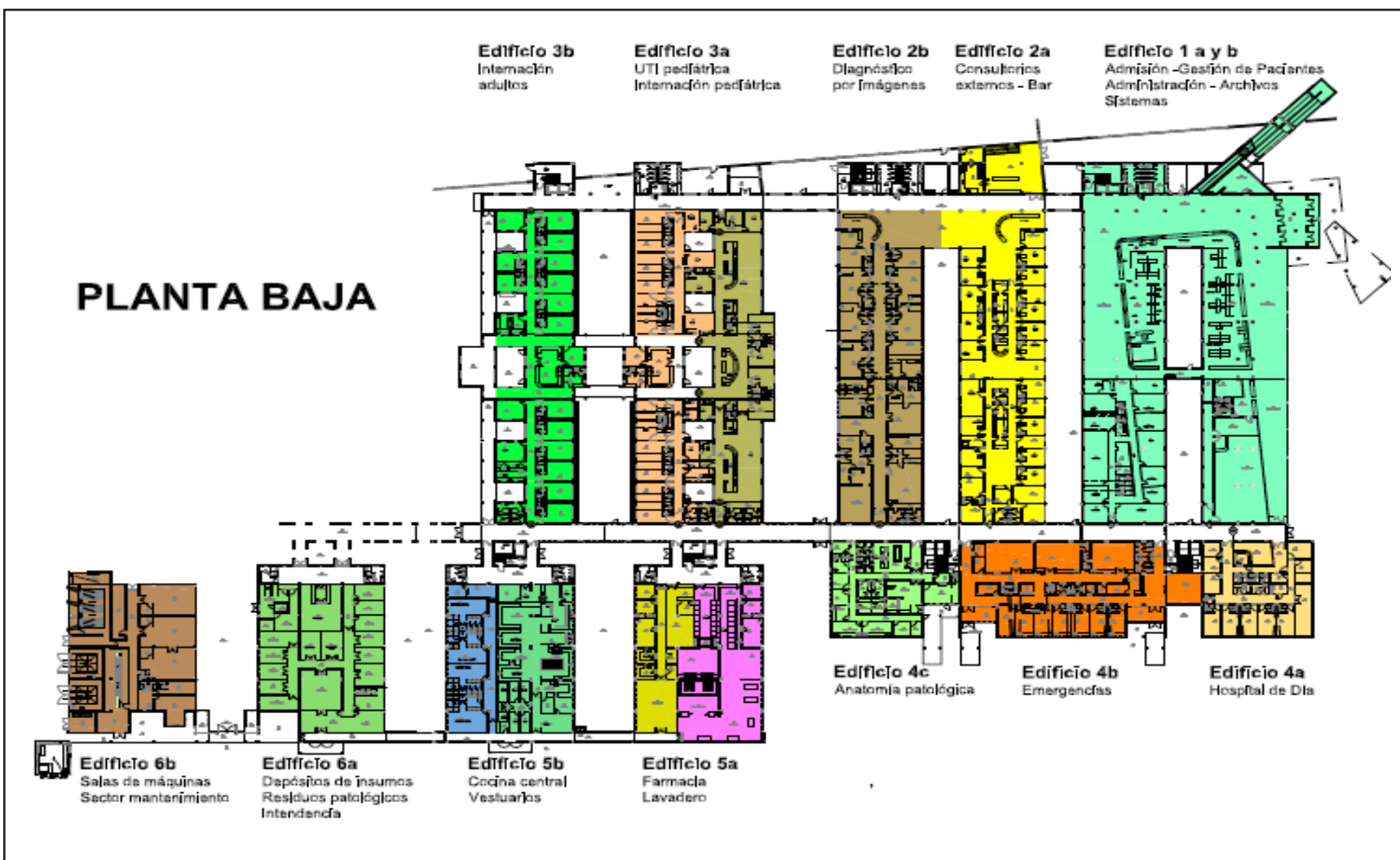
El proceso de puesta en marcha de una institución de semejante magnitud resultó un verdadero desafío. El final de obra y la adquisición de equipamiento se fueron conjugando con la selección e incorporación paulatina de personal y el comienzo de la vida cotidiana institucional. La llegada de numerosos profesionales de excelencia, destacados especialistas con amplia trayectoria y reconocimiento dentro del sector, potenció las expectativas de todos. El hospital dejaba ya de ser visualizado como un proyecto incierto, ese viejo anhelo plagado de incertidumbres, para transformarse en una realidad plena. Aquel Hospital al que llamaron "fantasma" demostró que tenía vida y funcionaba.

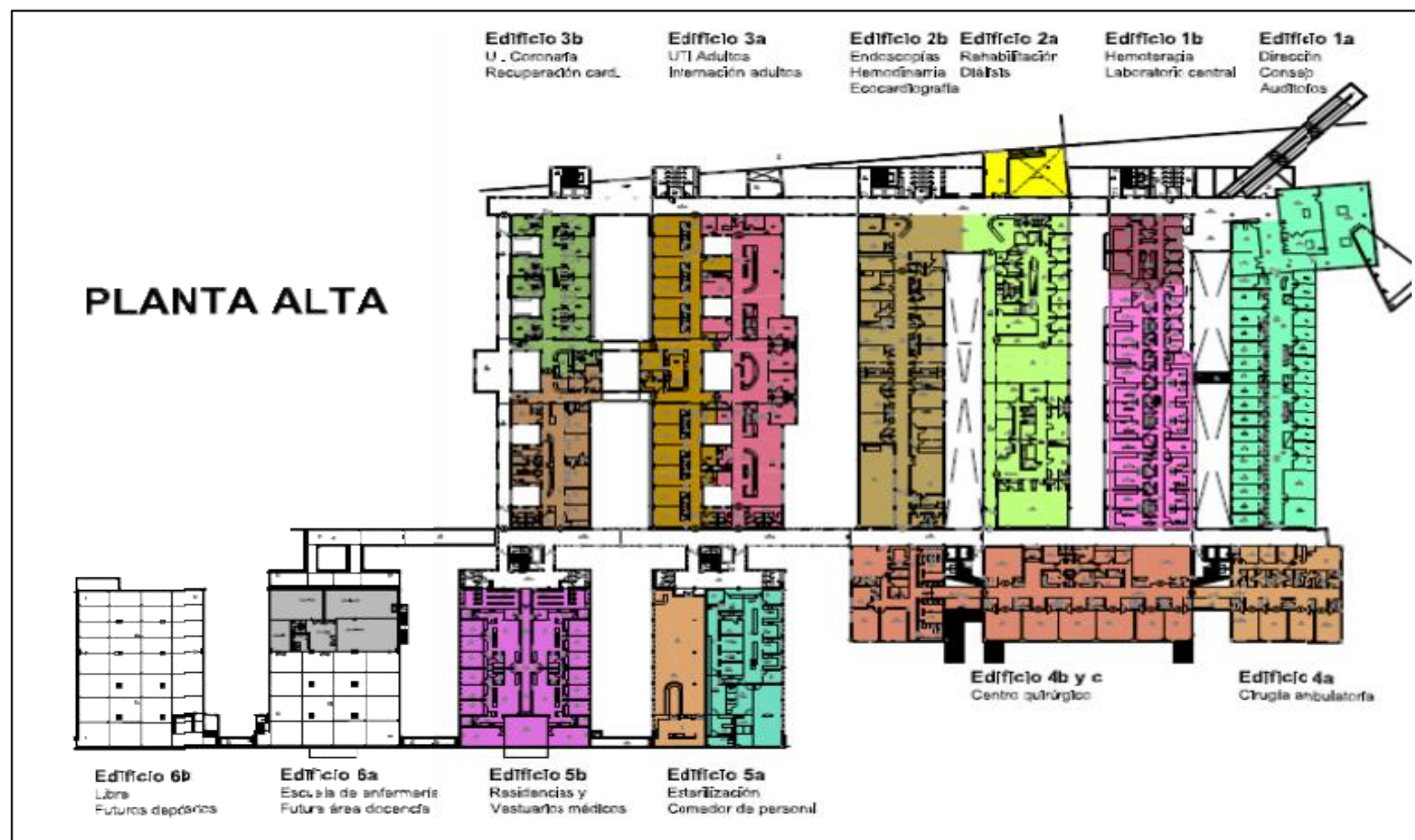
Poco a poco se fueron instalando múltiples espacios en los que las personas que 'hacen' el hospital en el día a día comenzaron a encontrarse, a intercambiar experiencias y posicionamientos, a establecer los primeros consensos acerca de cómo pretendían desarrollar la práctica asistencial, cómo deseaban vincularse con los pacientes y familiares, qué modalidades instalarían para relacionarse entre pares, entre otras cuestiones.

Las reuniones de la red para reconocerse y afianzar relaciones entre los referentes del conjunto de hospitales que la componen, las discusiones para consolidar la organización de cada servicio, los primeros acuerdos entre servicios ante la llegada de

los primeros pacientes, así como las mesas de trabajo con directivos y jefes de servicio para discutir la orientación global de la institución resultaron excelentes oportunidades para fijar y asumir compromisos.

Con una serie de encuentros con directivos y trabajadores de los distintos servicios y áreas, se tejió el proyecto. En estos espacios se buscó propiciar la configuración de una lógica compartida, un piso básico de acuerdos. También es el resultado de las reuniones del Consejo Asesor de la Red, integrada por el Director Ejecutivo de la Región Sanitaria VI, los Directores Ejecutivos de los hospitales de la red y los Secretarios de Salud de los Municipios. Allí fue tomando impulso la idea fuerza de hacer un hospital diferente, a la luz de nuestra experiencia previa y del anhelo de ser protagonistas de nuestro destino, lo que en síntesis fue procesado y compartido bajo el título: “La Historia que queremos escribir”.





Visión, Misión, Valores

Visión

El HEC Aspira a ser reconocido como un hospital de excelencia en alta complejidad, referente a nivel nacional e internacional, seguro para sus pacientes, visitantes, trabajadores y medio ambiente.

La búsqueda permanente de la excelencia se desarrollará bajo un modelo de gestión orientado a resultados, eficiente e innovador, que se destaque por la alta calificación de sus profesionales y el trabajo en equipo. Así se aspira a lograr la satisfacción de los usuarios y de los trabajadores.

La innovación tecnológica, la actualización e incorporación de tecnología de punta se tendrá en cuenta en forma permanente. Asimismo se promoverá la consolidación del trabajo en red hospitalaria.

Misión

El Hospital El Cruce es un centro asistencial público de referencia, que presta atención especializada como Hospital de Alta Complejidad en Red, a la población.

La gestión está orientada hacia la búsqueda permanente de mejoras asistenciales y organizativas que le permitan una eficiencia acorde con la efectividad de sus prestaciones.

Aspira a construir una cultura cuyos valores primordiales sean el compromiso con la población y el desarrollo profesional.

El Hospital tiene carácter docente y de investigación, apostando a la formación continua de todo el personal y de la Red como mecanismo para lograr la excelencia.

Valores

El usuario es la razón de ser de la institución. Los profesionales y trabajadores del hospital son activos básicos y fundamentales del mismo. La calidad, la docencia y la investigación son partes inseparables de la asistencia. Las Cualidades pretendidas son las siguientes:

- Respeto,
- Cordialidad,
- Compromiso,
- Rapidez, en el servicio a nuestros pacientes
- Calidad,
- Responsabilidad,
- Trabajo en equipo,
- Profesionalidad
- Innovación,
- Comunicación,
- Transparencia
- Equidad
- Eficiencia,
- Resultados en nuestras tareas

a-Breve descripción del Hospital

Estructura y Recursos Físico

El “Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce SAMIC” cuenta con un moderno edificio distribuido en pabellones vinculados y relacionados mediante dos corredores longitudinales, uno de carácter público y otro técnico.

Es una planta dispuesta en dos niveles, vinculados por numerosos y específicos núcleos verticales, caracterizados según su ubicación, entre públicos, técnicos y/o de servicio.

Cuenta con seis pabellones los cuales a su vez se componen de sectores identificados caracterizados por su función dentro del esquema del Hospital.

El edificio se implanta en el centro de un predio cercado de 30.000 m² contando con accesos diferenciados por su funcionalidad lo que le otorga un control y seguridad destacable.

El predio posee espacio para ampliar el eje principal del edificio, continuando los pasillos técnicos para conservar el funcionamiento original.

Posee helipuerto reglamentario y una gran capacidad de conexión terrestre por encontrarse cercano a un cruce de rutas provinciales de gran circulación.

Las instalaciones cuentan con la más alta tecnología disponible para su funcionamiento, existiendo sistemas de emergencias, generadores y redes de protección para pacientes, entre otras, garantizando la continuidad y la calidad de los servicios médicos bajo cualquier circunstancia.

Edificio 1 – Planta Baja

Sector A - Hall de ingreso y espera – Informes – Admisión - Archivo.

Sector B – Espera proveedores – RRHH – Contabilidad – Compras –Oficina de Gestión de Pacientes, Sistemas.

Anexo A

Edificio 1 – Planta Alta

Sector A – Auditorios – Biblioteca – Dirección – Consejo de Dirección.

Sector B – Hemoterapia – Laboratorio clínico.

Edificio 2 – Planta Baja

Sector A – Consultorios externos - Espera.

Sector B – Diagnóstico por Imágenes - Espera.

Edificio 2 – Planta Alta

Sector A – Rehabilitación física - Diálisis.

Sector B – Gastroenterología – Hemodinamia - Ecocardiografías.

Edificio 3 – Planta Baja

Sector A – Unidad de Terapia Intensiva pediátrica – Internación pediátrica.

Sector B – Internación adultos.

Edificio 3 – Planta Alta

Sector A – Unidad de Terapia Intensiva adultos – Terapia intermedia adultos.

Sector B – Unidad Coronaria – Recuperación cardiovascular.

Edificio 4 – Planta Baja

Sector A – Hospital de Día.

Sector B – Emergencias.

Sector C – Anatomía Patológica.

Edificio 4 – Planta Alta

Sector A – Cirugía ambulatoria.

Sector B y C – Centro quirúrgico.

Edificio 5 – Planta Baja

Sector A – Lavadero - Farmacia.

Sector B – Ingreso personal - Vestuarios

Edificio 5 – Planta Alta

Sector A – Esterilización – Comedor personal c/ cocina.

Sector B – Residencias y vestuarios de médicos.

Edificio 6 – Planta Baja

Sector A – Intendencia – Ingreso de insumos - Depósitos.

Sector B – Oficinas y talleres de mantenimiento – Sala de Tableros – Grupos electrógenos.

Edificio 6 – Planta Alta

Sector A – Escuela de enfermería (Luego se transforma en UNAJ)

Sector B – Libre, futura ampliación para depósitos.

Las 4 Apuestas Estratégicas:

1-Desarrollo de la Alta Complejidad orientado a la mejora continua de calidad y Eficiencia.

2-Brindar un servicio de excelencia en Alta Complejidad centrandolo las actividades en el Usuario y sus preferencias.

3-Desarrollo de una Política Integral de RRHH.

4-Desarrollo de un Modelo de Gestión Clínica y desarrollo de los Sistemas de información.

Las Apuestas Estratégicas

Una de las primeras actividades en la construcción del Plan Estratégico consistió en identificar un problema focal, con el fin de abordar el proceso continuo de aproximaciones explicativas que supone el análisis situacional, y para definir la Gran Apuesta Estratégica superadora de ese problema identificado que será implementada por el Hospital en los próximos años.

Identificar problemas en un Hospital con profesionales, equipamiento e infraestructura de excelencia que recién comenzaba sus actividades fue un gran desafío.

El análisis de problemas o núcleo de problemas no estuvo dirigido a identificar dificultades concretas o debilidades detectadas en el período breve de funcionamiento del hospital, sino a identificar aquellos factores críticos a ser superados en el sistema hospitalario para disminuir la brecha entre la situación actual y la situación objetivo.

La gran apuesta estratégica del Plan consiste en:

Sostener la provisión eficiente y de calidad de servicios de alta complejidad para la población de referencia, en armonía con las necesidades y expectativas de la comunidad, los usuarios y los trabajadores del HEC.

Para garantizar una provisión eficiente de servicios de alta complejidad, en los términos descritos en el punto anterior, se definieron cuatro Apuestas Estratégicas. Dichas apuestas abordan núcleos de problemas considerados críticos por la incidencia que tienen para alcanzar la situación objetivo deseada y evitar posibles deficiencias en la prestación de servicios.

El conjunto de Apuestas Estratégicas del Plan combina apuestas dirigidas a lograr procesos prestacionales de incidencia directa en los usuarios, actuales o potenciales, y

otras dirigidas a desarrollar o fortalecer capacidades institucionales que hagan de la institución hospitalaria una organización.

La Región Sanitaria VI

La Región VI es una estructura técnica administrativa que depende del Ministerio de Salud, localizada en la zona sur de la provincia de Buenos Aires. Su propósito fundamental es coordinar y articular los establecimientos asistenciales con todos sus recursos humanos y tecnológicos en una Red de Asistencia que vincule eficientemente la oferta de recursos para que lleguen a la población, garantizando su accesibilidad, calidad, pertinencia y oportunidad.

La ley Provincial de Regionalización Sanitaria (6.647) fue sancionada en el año 1961, luego modificada en 1965 (7.016) y finalmente reglamentada en el año 2006 (Decreto 3.377).

La ley de Regionalización establece trece zonas sanitarias que agrupan territorialmente los distintos partidos de la provincia. La Región VI, una de las más populosas, alberga a una población estimada en 3.683.919 de personas. Integra a dos municipios del primer cordón del Conurbano Bonaerense, Avellaneda y Lanús, y a seis del segundo cordón, Almirante Brown, Quilmes, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela y Lomas de Zamora. De esos seis municipios, cuatro conforman la subregión que tiene al Hospital El Cruce como centro de derivación de mayor complejidad. Son los que se localizan al Este de la Región Sanitaria VI: Almirante Brown, Berazategui, Florencio Varela y Quilmes.

b- Población que abarca la Red

Las características sociodemográficas de una población definen en gran medida su perfil y potencial demanda de servicios de salud. Asimismo, la situación de salud de una población específica se encuentra influida, entre otras razones, por las

condiciones del contexto en el que habita.

A continuación se sintetizan los rasgos poblacionales distintivos que ofrece la Región VI y, fundamentalmente, la de los municipios que integran la Red y suposición relativa con los promedios de la provincia.

	Almte.Brown	Berazategui	Florencio Varela	Quilmes	RS VI	Red	Población Provincia
Total a Dic-08	568.548	319.416	406.722	545.846	3.683.919	1.840.532	15.097.367
Representación %					24,40	49,96	

Fuente: Dirección de Información Sistematizada, 2008).

El siguiente cuadro muestra la población y representación porcentual que la Región Sanitaria VI tiene respecto del total provincial (aproximadamente la cuarta parte), así como la de la Subregión que corresponde a la Red, respecto del total de la Región (casi el 50%).

El cuadro siguiente muestra la distribución de población con NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas) en la Provincia, así como su distribución al interior de la Región Sanitaria VI y a los municipios que conforman la Red. Si bien en todos los casos, los % exceden la media provincial, llama particularmente la atención el desvío de Florencio Varela que prácticamente duplica el porcentaje de la Provincia. Asimismo cabe destacar que si bien la representación poblacional de la Red casi alcanza a la mitad de la Región (49,96%), el de pobreza lo supera, llegando casi al 60% (57,8).

Indicador	Almte. Brown	Berazategui	Florencio Varela	Quilmes	Red	RS VI	Provincia
Población con NBI a Dic-04	105.365	59.348	115.119	94.787	374.619	657.937	2.311.201
% de población NBI a Dic-01	19,3	19,4	30,4	17,6	21,68	18,3	15,8
Distribución porcentual de NBI	4,6	2,6	5	4,1	16,3	28,5	100

Fuente: Dirección de Información Sistematizada, 2008).

Mapa que muestra los integrantes de la Red.



La estructura poblacional por grandes grupos de edad muestra

- Claro predominio de población joven y de edad media, alcanzando o superando entre estos dos grupos, el 90% del total.
- Mayor cantidad de niños y jóvenes en Florencio Varela, Almirante Brown y Berazategui. Distritos con mayor índice de NBI y lugares con mayor tasa de fecundidad.
- Bajo índice de personas mayores entre 5 y 10% en Florencio Varela, y mayor en Quilmes.

Estructura Poblacional Por Grandes Grupos De Edad

INDICADOR	Almte Brown	Berazategui	Florencio Varela	Quilmes	Provincia
% de Población de 0 a 14 años	29,6	28,8	34,1	25,9	26,6
% de Población de 15 a 64 años	62,4	63,4	60,9	63,5	62,8
% de Población mayor de 65 años	8,0	7,8	5,0	10,6	10,6

Fuente: Dirección de Información Sistematizada, Ministerio de Salud, Prov. de Buenos Aires, Diciembre 2008.

Resumen de los rasgos del escenario socio-sanitario en el que se inserta el Hospital

Las características socio demográficas de una población definen en gran medida su perfil y potencial demanda de servicios de salud. Asimismo, la situación de salud de una población específica se encuentra influida, entre otras razones, por las condiciones del contexto en el que habita.

Se sintetizan los rasgos poblacionales distintivos que ofrece la Región VI y, fundamentalmente, la de los municipios que integran la Red y su posición relativa con los promedios de la provincia.

En 2008, el total de Población de Provincia de Bs As. Era de 15.097.367 habitantes. El porcentual de la Región Sanitaria VI, respecto del total de la provincia, representa aproximadamente la cuarta parte (24,40%), y la Subregión que corresponde a la Red, respecto del total de la Región (casi el 50%).

En cuanto a la distribución de población con NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas)⁴ en la Provincia, así como su distribución al interior de la Región Sanitaria VI y a los municipios que conforman la Red. Si bien en todos los casos, los % exceden la media provincial, llama particularmente la atención el desvío de Florencio Varela que prácticamente duplica el porcentaje de la Provincia. Asimismo cabe destacar que si bien la representación poblacional de la Red casi alcanza a la mitad de la Región (49,96%), el de pobreza lo supera, llegando casi al 60% (57,8).

Grupos de Edades de los Municipios que conforman la Red

Existe un claro predominio de población joven y de edad media, entre los dos grupos, son un 90%. La mayor cantidad de niños y jóvenes se encuentra en Florencio Varela (superando la tercera parte de la población total), seguido de Almirante Brown y Berazategui. Distritos que presentan mayores índices de NBI, con poblaciones mas jóvenes con respecto del resto, mayor número de niños por mujer en edad fértil y mayor tasa de fecundidad. Existe también un bajo porcentaje de personas mayores,

entre un 5 y 10%. Los indicadores muestran estructuras de edad que reflejan poblaciones de tipo progresivo (Florencio Varela) a estacionaria (Quilmes y Provincia de Bs As). La Población de los Municipios seleccionados de la Provincia de Bs As presenta una estructura joven y madura. El resultado obtenido fue mediante los siguientes índices:

Indice Friz: El Municipio de Florencio Varela, con un valor de 185, es una población joven según este indicador. El resto de los municipios, incluida la media de la provincia es madura (con valores que van de 60 a 160). Florencio Varela es el municipio con mayores índices NBI, lo que significa que la población es más joven a medida que aumenta la vulnerabilidad social.

Indice de Sundbarg: En todas las jurisdicciones consideradas el crecimiento poblacional es progresivo, ya que predomina el % de población menor de 15 sobre la mayor de 50. La brecha es mayor en Florencio Varela, seguido de Almirante Brown y Berazategui. En Quilmes y la provincia la brecha es menor, lo cual indica una mayor proximidad al crecimiento estacionario. La brecha mayor se ubica en la zona de mayor vulnerabilidad social (30,4% de población con NBI).

Indice de Burgdöfer: En todas las jurisdicciones consideradas, el % de población de 5 a 14 supera al de 45 a 64. Los valores más extremos los presenta Florencio Varela, indicando claramente que se trata de una población joven, seguida de Almirante Brown y Berazategui. El resto de los distritos presenta valores aproximadamente iguales, sugiriendo la presencia de población madura según el indicador.

Indice Generacional de Ancianos: Los municipios seleccionados muestran un índice generacional de ancianos cercano y superior a tres, con alta capacidad potencial de cuidados y apoyo familiar, superando en el caso de Florencio Varela el valor de cinco. Asimismo, el índice de estructura de la población activa, muestra que a mayores necesidades sociales, la estructura de la población económicamente activa es más joven.

Índice de reemplazo de la población en edad activa: Relaciona los grupos entrantes y salientes a la condición de actividad económica. Los municipios seleccionados muestran valores que en todos los casos superan a dos, llegando en el caso de Florencio Varela a expresar que por cada persona saliente de la edad activa, están ingresando 3,7 personas.

Índice del número de niños por mujer fecunda y mayor tasa de fecundidad: Las jurisdicciones con índices de mayor vulnerabilidad social presentan un número mayor de niños por mujeres en edad fértil y tasas más altas de fecundidad. Cabe destacar el valor que presenta la Tasa General de Fecundidad en la Provincia, que es de 2,25, ascendiendo a 2,29 el valor correspondiente a la Región VI. Con respecto a la Tasa Neta de Reproducción, el valor provincial de 1,10, asciende en la Región a 1,12.

También se observó el número y porcentaje de población con cobertura pública de salud para cada una de las áreas. La Región Sanitaria VI presenta un porcentaje de cobertura pública superior a la media provincial, la Red supera el porcentaje de la Región y, dentro de los Municipios que conforman la Red, se destaca por su elevado porcentaje, Florencio Varela, que supera en 16 puntos el valor de la Provincia.

Fuente: Elaboración propia en base de datos del Centro de Población, INDEC, 2001

Fuente: Dirección de Información Sistematizada, Ministerio de Salud, Prov. de Buenos Aires, Diciembre 2008.

C. Necesidades de la Población

Indicadores de Morbimortalidad

Respecto de los componentes de la mortalidad infantil, predomina la mortalidad neonatal en todas las jurisdicciones consideradas, excepto en Almirante Brown en donde la neonatal y post neonatal coinciden.

Tasa por 1000 nacidos vivos	Almte. Brown	Berazategui	Florencio Varela	Quilmes	Región VI	Total Provincia
Tasa de Mortalidad Infantil	12,2	13,7	16,9	16,2	14,3	13,5
Tasa de Mortalidad Neonatal	6,1	8,2	9,1	9,8	8,2	8,1
TM Post Neonatal	6,1	5,4	7,8	6,4	6,1	5,4

Los criterios de reducibilidad

Es importante resaltar el peso que adquieren los criterios de reducibilidad en la mortalidad post neonatal, fundamentalmente en Quilmes, Florencio Varela y Berazategui.

Por otro lado, resulta necesario considerar la relación que existe entre la Tasa de Mortalidad Infantil (TMI) y los hogares pobres por jurisdicción. En este sentido, Quilmes se encuentra por encima de la línea de tendencia, que muestra la correlación entre ambos indicadores (TMI y hogares pobres) e indicaría un nivel de mortalidad infantil alto en relación con la proporción de hogares pobres que posee.

El indicador bajo peso al nacer presenta un valor para el total país de 7,5, por lo que si bien todos los distritos considerados superan a la media provincial, sólo Berazategui, Quilmes y Florencio Varela superan la media nacional.

Con respecto al % de madres adolescentes, sólo Florencio Varela supera a la media provincial con el 16,5%.

La tasa de mortalidad materna en cambio supera ampliamente en todos los distritos al valor provincial, que es equivalente al total país (3,5 mujeres cada 100.000 nacidos vivos).

La tasa bruta de mortalidad, que para el país es de 7,5, presenta un desvío negativo en Quilmes.

Con respecto a la tasa de mortalidad en menores de 5 años, se carece de datos en dos de los distritos (Almirante Brown y F. Varela). Los municipios con datos disponibles presentan desvíos negativos del promedio de la Región y la Provincia.

Análisis de utilización del sistema de salud de la población (demanda real)

Indicadores globales de utilización del sistema público

Municipios/ Niveles de Complejidad	Almirante Brown	Berazategui	Florencio Varela	Quilmes
III Nivel	Hospital de Alta Complejidad El Cruce			
II Nivel	1. Hospital zonal general de Agudos "Dr Arturo Oñativia" 2. Hospital Zonal General de Agudos "Dr. Lucio Melendez" Total Camas: 349	Hospital Zonal General de Agudos Descentralizado "Evito Pueblo" Total Camas: 217	Hospital zonal general de Agudos "Mi Pueblo" Total Camas: 185	1. Hospital Zonal General de Agudos "Dr. Isidoro Iriarte" 2. Hospital Subzonal Especializado Materno infantil "Dr. Eduardo Oller"
I Nivel	22	42	40	48

Cuadro de Sistemas de atención por Niveles. Elaboración propia, fuente Plan Estratégico 2008-2011

Almirante Brown representa el 30% de población de la Red y tiene un 54% de población con cobertura pública de salud. Sin embargo, del total de consultas públicas de los Municipios de la Red, sólo representa el 17%. Por otro lado, el Municipio de Berazategui, que representa el 17% de la población de la Red, participa con el 34,7% de las consultas en la Red. Los municipios de Florencio Varela y Quilmes no muestran desvíos significativos.

Otro dato a tener en cuenta con la caracterización de la oferta de servicios de salud es el peso que los efectores provinciales tienen en el Municipio de Almirante Brown (54%), cuando en el resto de los municipios no supera el 22%.

Berazategui es el municipio que presenta mayor número de consultas en el I nivel de atención. En el extremo opuesto se ubica Almirante Brown, seguido de Quilmes.

Florencio Varela presenta valores que se ubican dentro de la media de la provincia y la Región VI.

En cuanto a los egresos, es posible constatar el peso que tiene el subsector provincial, en especial en Almirante Brown y Florencio Varela. Por su parte Quilmes y Florencio Varela cuentan con un subsector municipal para internación, que representa entre el 31 y 38% de los egresos.

Números de consultas medicas en los hospitales de la red

Consultas Médicas	Almirante Brown	Berazategui	Florencio Varela	Quilmes	RED
Consultas atendidas en el II Nivel	324.827	202.105	288.614	419.551	1.235.097
Consultas en el I Nivel	258.114	783.172	764.800	376.685	2.182.771
Razón consulta I y II Nivel	0,8	3,9	2,6	0,9	1,8

Consultas Ambulatorias en el II Nivel

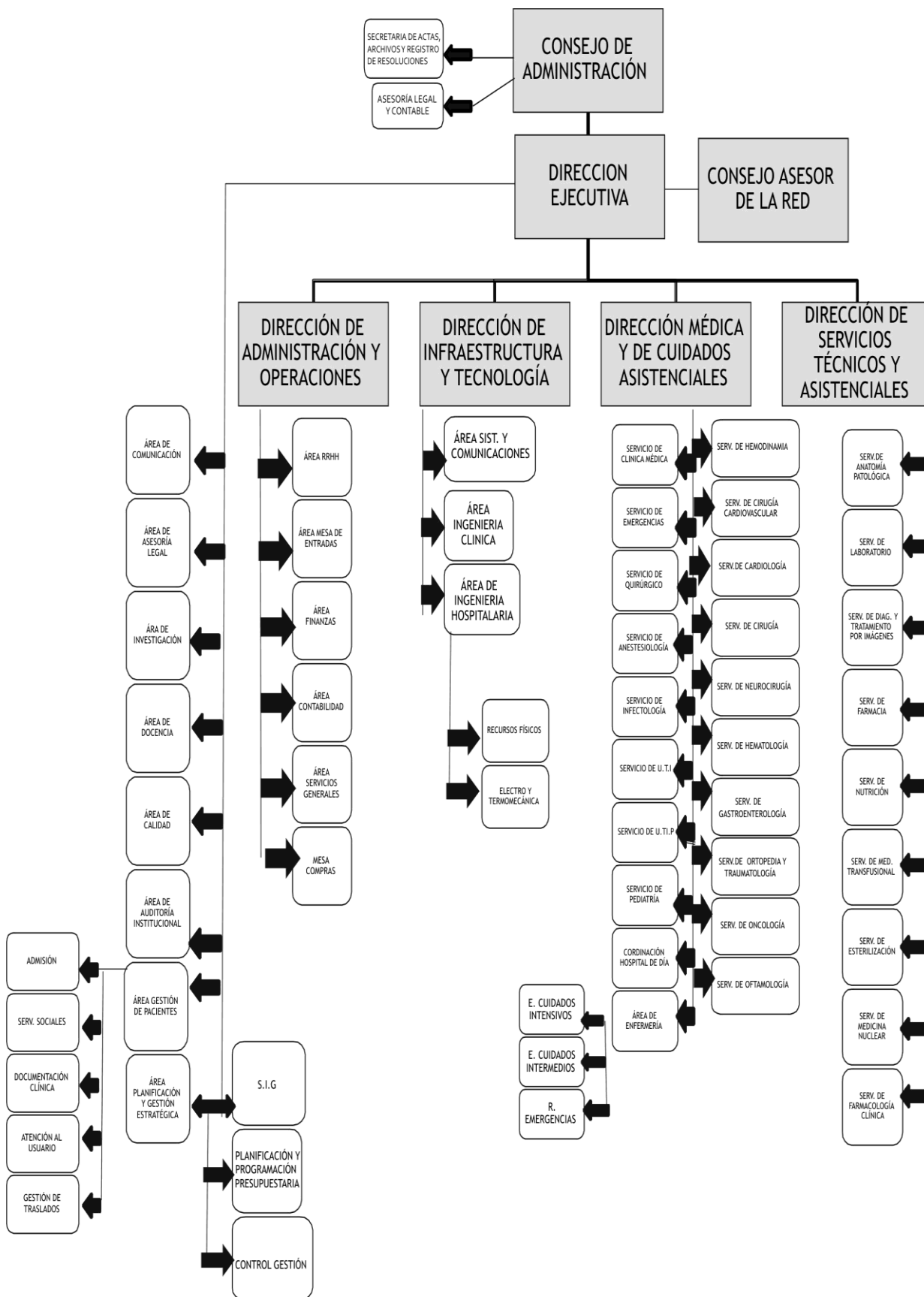
El resultado de observación de consultas externas en II Nivel es el siguiente:

- **Consulta por Guardia Pediátrica:** Htal. Lucio Meléndez (35,6%) el los demás es inferior (entre 15 y 18%)
- **Consulta por Guardia Adultos:** Evita Pueblo de Berazategui (25%) Materno Infantil de Quilmes (28,8%), El valor inferior Oñativia (7,1%)
- **Consultas con peso porcentual:** Pediatría y Lactantes, Orientación, Guardia Traumatológica y Obstetricia.
- **Consulta por Guardia en general;** Hospital L. Meléndez 60%, Evita Pueblo 46%, Oller 72%. Los Hospitales Oñativia y Mi Pueblo oscila en valores del 35% del total de las consultas.

Estos datos se tuvieron en cuenta al comenzar el HEC, aunque el sistema de éste de atención por derivación no se vería influenciado por demanda espontánea. Por lo que el sistema no contempla una Guardia Hospitalaria como es el común de los Hospitales de la Red. El HEC si cuenta con el de Emergencias, que es en general el ingreso Hospitalario. El otro ingreso es la derivación a un turno con una Especialidad de los

Consultorios Externos o también, el usuario puede llegar a nuestro sistema solo para hacerse un estudio específico. Es loable que en este tiempo se sostuviera el ideal de “Atención por Derivación”.

Dirección y administración hospitalaria HEC:



Rendimiento hospitalario

Seleccionando del rendimiento hospitalario de los establecimientos de la Red los Servicios que concentran el mayor % de consultas médicas, se observa:

- El peso de la consulta por guardia pediátrica, que tiene su máximo valor en el Hospital Lucio Meléndez (35,6% del total de las consultas médicas). En el resto de los hospitales, aún el materno infantil, el % oscila entre 15 y 28.
- La consulta médica por guardia tiene mayor peso en los hospitales Evita Pueblo de Berazategui (25% del total de consultas médicas) y en el Materno Infantil de Quilmes (28,8%). En el otro extremo, el valor inferior, lo presenta el Oñativia (7,1%).
- El resto de las consultas con peso porcentual relativo, se distribuyen entre el consultorio de Pediatría y Lactantes, Orientación, Guardia Traumatológica y Obstetricia.
- Con respecto a los % de ocupación de camas, el Hospital Mi Pueblo de Florencio Varela es el que se encuentra más saturado, con un promedio de ocupación del 96,3%, que alcanza sus picos en los Servicios de Guardia General y Guardia Pediátrica (124% y 106% respectivamente), seguidos de Clínica Médica y Maternidad con el 99% en ambos casos. Terapia Intensiva, Terapia Intensiva Neonatal y Terapia Intermedia para el Recién Nacido superan el 90%.
 - En el caso del Hospital Meléndez, la guardia presenta una ocupación del 100%, seguida por Clínica Médica con el 92% de ocupación.
 - El Hospital Oñativia de Almirante Brown supera el 80% de ocupación en la Terapia Intermedia del Recién Nacido y en el Servicio de Pediatría – Lactantes.
 - Los hospitales Evita Pueblo de Berazategui y Eduardo Oller de Quilmes, no presentan una ocupación que supere el 80% en ninguno de los servicios.
 - En el caso del Hospital Iriarte de Quilmes, el % de ocupación general es de 83,5, con picos en los Servicios de Clínica Médica (99,4%), Ortopedia y Traumatología (98,5%), Cirugía (97,1%) y Guardia (92,4%).

La Apuesta Estratégica del HEC contiene 4 ítems:

Apuesta Estratégica 1

DESARROLLO DE LA ALTA COMPLEJIDAD ORIENTADO A LA MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD Y EFICIENCIA

Esta apuesta está orientada a permitir que la organización se dirija hacia la Calidad Total, en un marco de relaciones favorables con el entorno del Hospital. Pretende garantizar la Satisfacción del Usuario, considerada como pilar de los servicios de salud entregados.

Se propone establecer la gestión por procesos en las actividades clínicas y administrativas de la institución y diseñar los programas y servicios bajo el concepto de calidad, así como gestionar el mejoramiento continuo de los procesos principales.

Apuesta Estratégica 2

BRINDAR UN SERVICIO DE EXCELENCIA EN ALTA COMPLEJIDAD CENTRANDO LAS ACTIVIDADES EN EL USUARIO Y SUS PREFERENCIAS

Esta apuesta persigue el mejoramiento continuo de los índices de satisfacción del usuario, mejorando la calidad de la atención, teniendo como fuente de información la aplicación de encuestas de opinión, sondeos, buzones de sugerencias u otros mecanismos que permitan obtener información relevante para determinar los índices de satisfacción, debilidades y fortalezas de la atención que permitan responder a las expectativas razonables de los usuarios de acuerdo a los recursos disponibles.

Pretende fortalecer las bases de coordinación con los demás Hospitales de la Red, con los centros pertenecientes al primer nivel de atención en el ámbito de la Red y con las derivaciones que se produzcan desde otros efectores provinciales o nacionales.

Otro propósito comprendido en esta apuesta es el de disponer de los espacios físicos necesarios y suficientes para desarrollar la actividad idónea como hospital de

referencia. Para ello se revisará y rediseñará el Plan Director de obras, con el fin de adecuarlo a las necesidades actuales y futuras reales del Hospital.

Apuesta Estratégica 3.

DESARROLLO DE UNAPOLITICA INTEGRAL DE RECURSOSHUMANOS

La definición y desarrollo de la política de recursos humanos del Hospital debe incorporar herramientas y elementos que favorezcan el desarrollo de mejoras en la gestión de los mismos y que contribuyan a mantener un buen clima laboral.

Algunos aspectos específicos a desarrollar dentro de los programas previstos comprenderán la planificación de la carrera profesional de los empleados del hospital, la incorporación en el sistema de remuneraciones de una mejora por incentivos, la intensificación de la comunicación interna, la implementación de una política de salud laboral, y la determinación de monitorear y mejorar en forma continua el clima laboral.

A su vez, la promoción de actividades vinculadas a docencia y a la formación continua es fundamental para el desarrollo profesional y la motivación del personal.

Apuesta estratégica 4

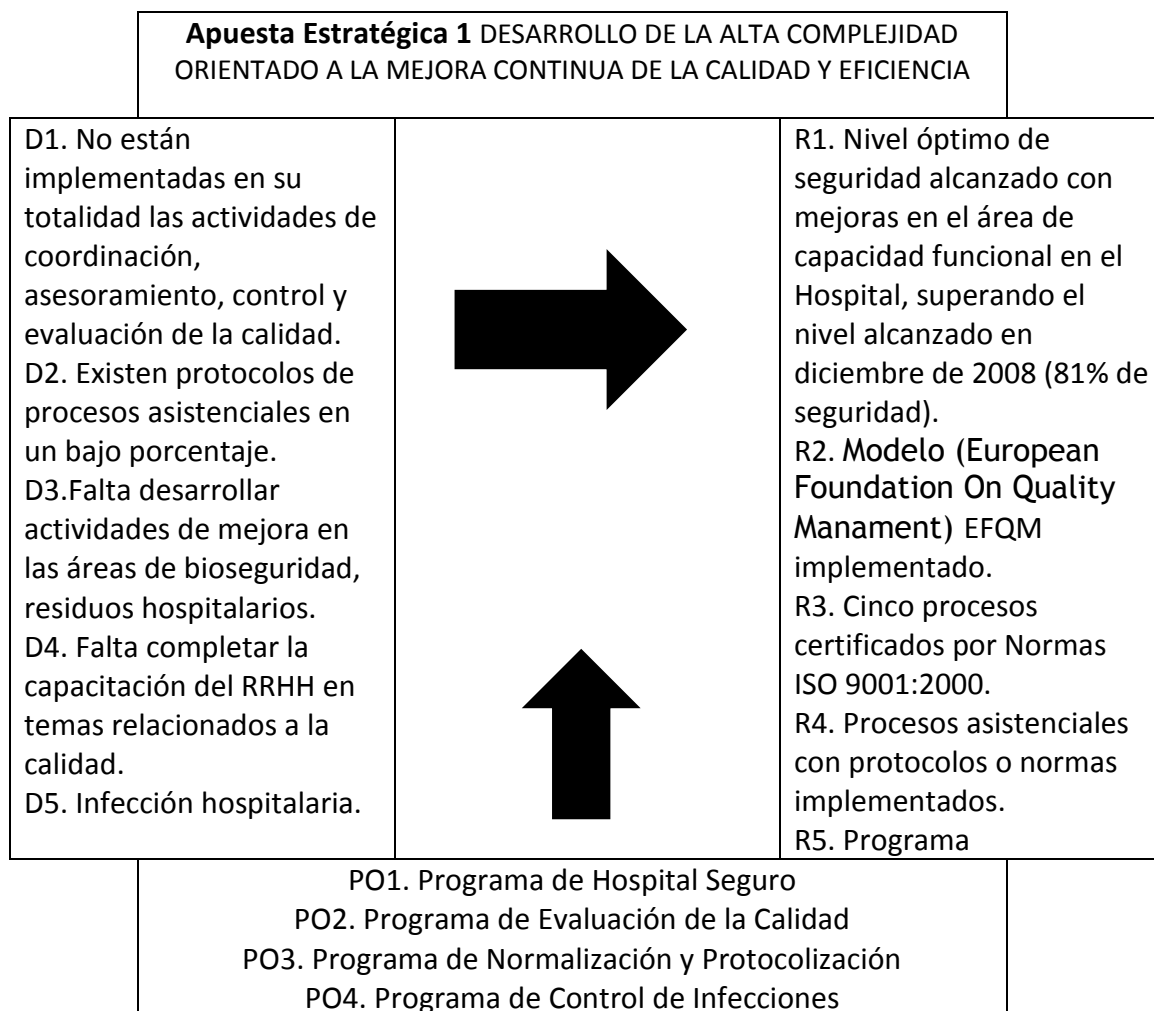
DESARROLLO DE UN MODELO DE GESTION CLINICA Y DESARROLLO DE LOS SISTEMAS DE INFORMACION

Esta apuesta hacia la gestión de los procesos clínicos y de apoyo se basará en el modelo de atención progresiva, organizado en base a los centros de responsabilidad definidos en el Hospital acorde a los acuerdos de gestión firmados por la dirección y los responsables de dichos centros.

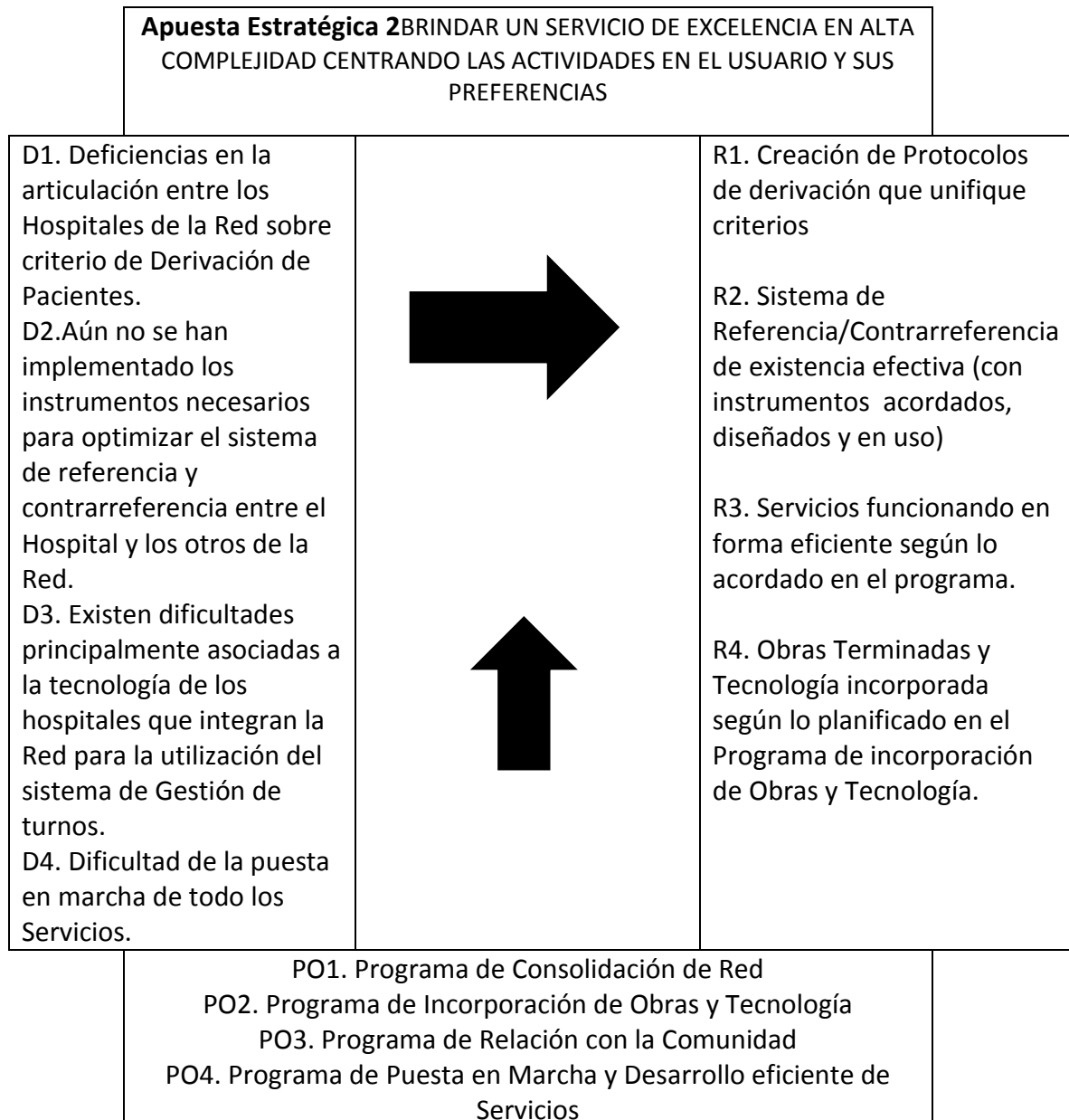
La implementación de un modelo de gestión clínica pretende lograr la implicación en la gestión de quienes toman las decisiones clínicas, que son las principales decisiones e involucran la mayoría de los costos de la organización. Esta apuesta pretende dotar a los profesionales médicos de instrumentos de análisis e intervención para la toma de decisiones.

En los cuadros que se presentan a continuación se sintetiza para cada Apuesta Estratégica el Vector de Problemas (VDP), el Vector de Resultados (VDR) y los programas diseñados para alcanzar dichos resultados.

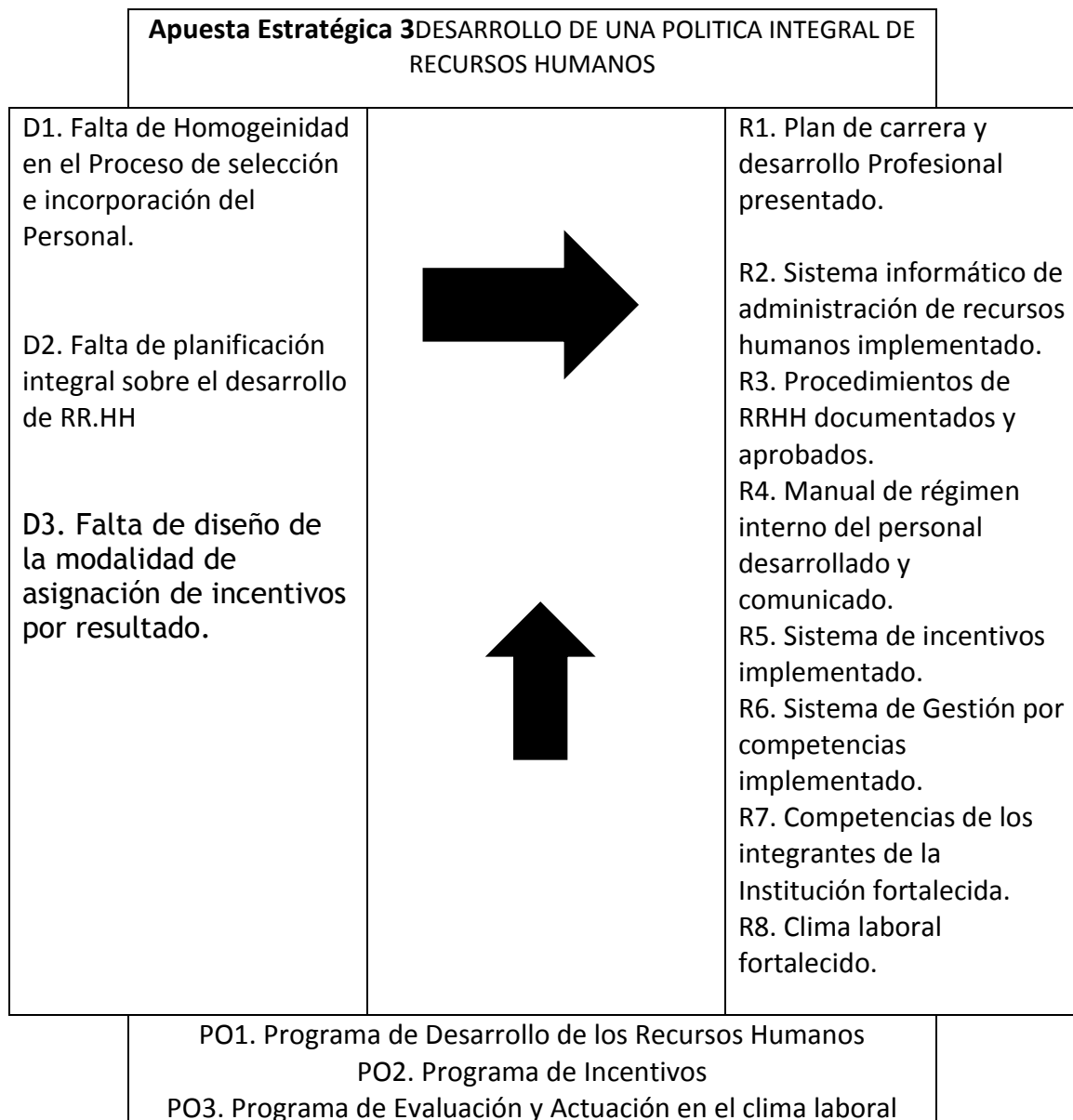
Apuesta Estratégica 1



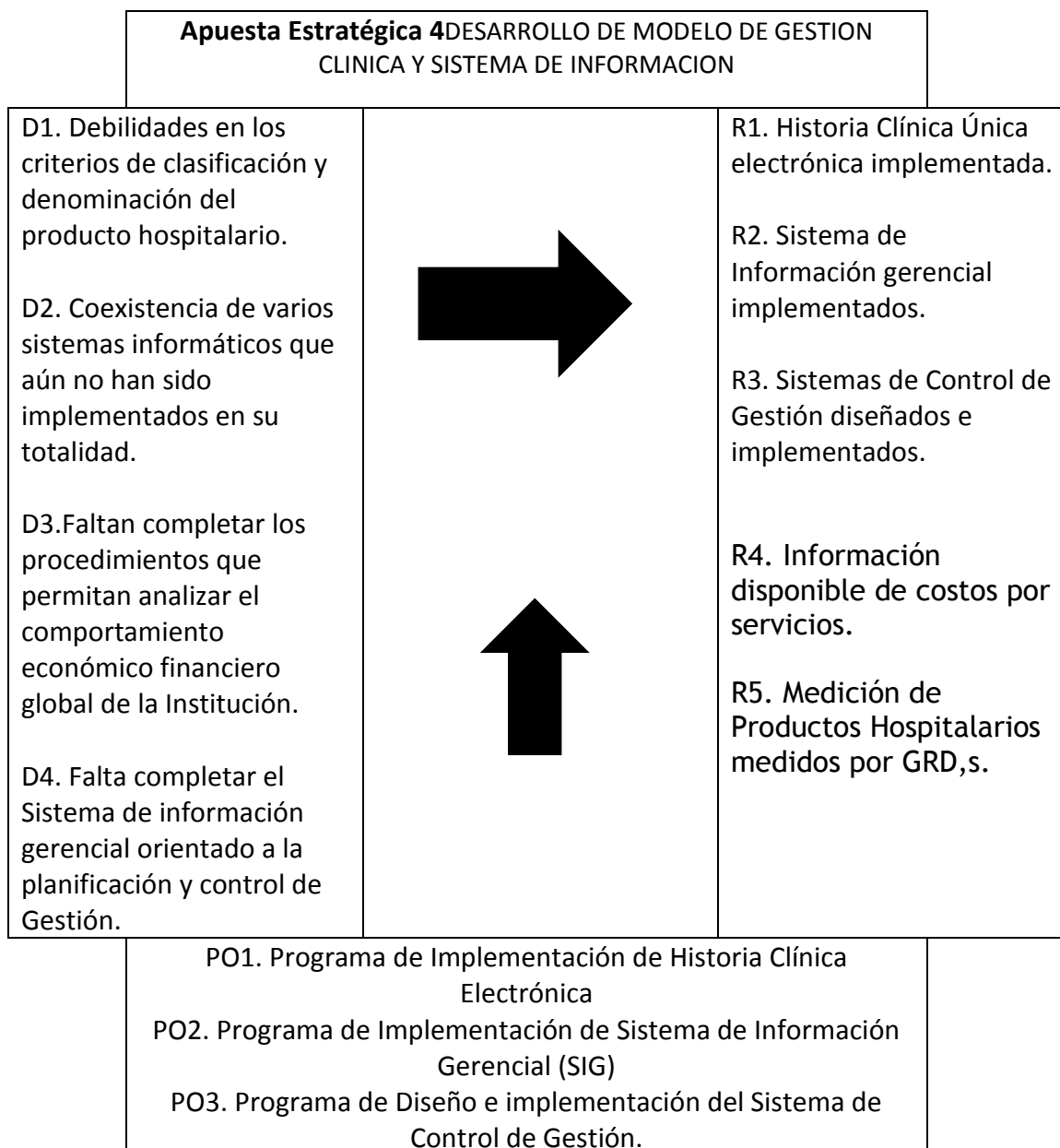
Apuesta Estratégica 2



Apuesta Estratégica 3



Apuesta Estratégica 4



Principales rasgos del escenario socio-sanitario en el que se inserta el Hospital

El conocimiento de las características de la población de un área geográfica definida, la identificación de su perfil de salud y la caracterización de su perfil consultante, resultan indispensables para la planificación de las políticas públicas. En este anexo del Plan Estratégico se describen las particularidades sociales, demográficas, epidemiológicas y de utilización del sistema público de salud del área de responsabilidad programática del Hospital ubicado en la zona denominada “el cruce de Varela”.

El Hospital El Cruce constituye el vértice superior, o III Nivel de atención, de la pirámide del sistema de complejidad creciente de la Sub Región VI conformada por los Municipios de Almirante Brown, Berazategui, Florencio Varela y Quilmes.

Para el funcionamiento efectivo de una red de atención como la del Hospital El Cruce, se requiere de la existencia y funcionamiento efectivo de un sistema de gestión de pacientes entre niveles, que permita la circulación entre el I, II y III nivel de complejidad, con la resolución concreta de los problemas de salud de manera oportuna y adecuada a sus necesidades. Caso contrario, se produce un peregrinaje del paciente entre efectores, que atenta contra la salud de los usuarios, desalienta la demanda, y vuelve ineficiente e insatisfactorio al conjunto del sistema de salud.

En este caso, en el cual la dependencia administrativa de los efectores difiere entre municipales y provinciales, el eje constituido por los mecanismos de referencia y contrarreferencia, adquiere mayor trascendencia. Es por ello que cuestiones como información, comunicación, interconsultas y estudios complementarios entre el I y II nivel deberían estar funcionando adecuadamente a fin de optimizar los resultados de la construcción del sistema con el III nivel de complejidad asistencial. Posiblemente resulte conveniente la construcción de acuerdos de gestión entre los Centros de Atención Primaria (caps), los hospitales, las secretarías de Salud municipales y el Ministerio de Salud provincial, a fin de priorizar el establecimiento de un sistema de referencia y contrarreferencia del sistema, que coordine los mecanismos de envío y devolución de la información de los pacientes, respetando las particularidades de cada lugar.

Con las estadísticas disponibles de consultas y egresos, se va consolidando información que permite una aproximación a los perfiles de las situaciones mórbidas que padece la población usuaria de los servicios públicos de salud de los municipios seleccionados de la provincia. El análisis de la demanda que aquí se desarrolla será ajustado y completado con la caracterización de la oferta, integrando ambas perspectivas (la del punto de vista del usuario y la del sistema de salud), a partir del estudio de las tasas de cobertura por sexo y edad.

Para la presentación de estos datos se utilizaron diversas fuentes: informes de la Dirección Provincial de Estadísticas, Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda del año 2001 y sus proyecciones, Dirección de Información Sistematizada del Ministerio de Salud de la provincia, así como datos seleccionados publicados por los Municipios participantes de la Red, descriptos en la bibliografía.

En este anexo se sintetizan los principales aspectos vinculados con la población potencialmente usuaria del sistema público y una aproximación a su perfil de uso, es decir demanda potencial y demanda real.

Municipios seleccionados de la Región Sanitaria VI de la Provincia de Buenos Aires

La Región VI es una estructura técnica administrativa que depende del Ministerio de Salud, localizada en la zona sur de la provincia de Buenos Aires. Su propósito fundamental es coordinar y articular los establecimientos asistenciales con todos sus recursos humanos y tecnológicos en una Red de Asistencia que vincule eficientemente la oferta de recursos para que lleguen a la población, garantizando su accesibilidad, calidad, pertinencia y oportunidad.

La ley Provincial de Regionalización Sanitaria (6.647) fue sancionada en el año 1961, luego modificada en 1965 (7.016) y finalmente reglamentada en el año 2006 (Decreto 3.377).

La ley de Regionalización establece trece zonas sanitarias que agrupan territorialmente los distintos partidos de la provincia. La Región VI, una de las más populosas, alberga a una población estimada en 3.683.919 de personas. Integra a dos municipios del primer

cordón del Conurbano Bonaerense, Avellaneda y Lanús, y a seis del segundo cordón, Almirante Brown, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela y Lomas de Zamora.

De esos seis municipios, cuatro conforman la subregión que tiene al Hospital El Cruce como centro de derivación de mayor complejidad. Son los que se localizan al Este de la Región Sanitaria VI: Almirante Brown, Berazategui, Florencio Varela y Quilmes.

Las características sociodemográficas de una población definen en gran medida su perfil y potencial demanda de servicios de salud. Asimismo, la situación de salud de una población específica se encuentra influida, entre otras razones, por las condiciones del contexto en el que habita.

Se trata de un cordón poblacional de NBI, de población joven, donde niñez y adolescencia cubren un porcentaje altamente importante del número de habitantes.

Caracterización de la Oferta deservicios en los Municipios que conforman la Red de atención del Hospital El Cruce

La Subregión focalizada en el presente estudio, incluye a tres Municipios de la Región Sanitaria VI de la provincia de Buenos Aires que están cubiertos por el Hospital El Cruce en las prestaciones y prácticas correspondientes al III Nivel de complejidad asistencial. Está conformada además por los establecimientos de I nivel de dependencia municipal, los hospitales de II nivel de dependencia municipal y provincial, además del Hospital El Cruce de III nivel de complejidad, de dependencia provincial ya mencionado.

La incorporación del Hospital El Cruce a la Red de la Región implica un importante desafío de articulación y comunicación entre efectores de diversa complejidad y dependencia administrativa. Plantea además nuevos desafíos, tales como la conformación de espacios y grupos de trabajo que puedan analizar y profundizar en base a los datos aportados hasta hoy por los actores del sistema, así como recomendar intervenciones nuevas y focalizadas a las reales necesidades que se identifiquen en el nivel local. Asimismo, establecer rutinas de sistematización de la información y acceso a

la misma que faciliten el seguimiento, la evaluación de las tendencias y la planificación a los decisores en base a esos escenarios.

Por otra parte, constituye un desafío para profundizar en el proceso de regionalización y su correlato con los RRHH, los recortes territoriales y sus articulaciones al interior de la subregión con los hospitales de referencia de II Nivel de complejidad.

No se cuenta con datos de población registrada por efector, por lo que el cálculo es teórico, en base a cobertura pública de salud.

Surge del cuadro precedente que, si se relaciona la población con cobertura pública de salud por distrito y su número de Centros de Atención Primaria, se obtiene un valor teórico de cobertura que para la provincia es de 4.115 personas y para la Región VI 5.548. Muy por fuera de esos valores, se ubica el municipio de Almirante Brown, con 13.319 personas por CAP (superando en más de tres veces el valor de la provincia).

Con respecto al valor hallado de dividir la población con cobertura pública por el número de camas, los valores correspondientes a la provincia son de 255, la Región VI casi lo duplica con 489 y la Subregión de la Red más que triplica ese valor. Los municipios de Quilmes y Florencio Varela superan aún más los promedios de la Subregión.

Si relacionamos el porcentaje de población con cobertura pública de salud y el número de CAPs, la mayor desproporción se encuentra en Almirante Brown y la menor en Quilmes.

Graficando por niveles de complejidad la red de efectores de la Subregión del Hospital El Cruce se observa:

El Municipio de Almirante Brown, que es el más deficitario en establecimientos desconcentrados de I Nivel, es el que cuenta con el 36% de las camas en el II Nivel. Sin embargo, si el número de camas se relaciona con la población con cobertura pública de salud, el municipio que presenta valores más alejados de la media provincial, son Quilmes y Florencio Varela.

Indicadores globales de utilización del sistema público

Se retoman en este punto, algunos ítems incluidos anteriormente a efectos de integrar los conceptos de Oferta y Demanda de Servicios Públicos de Salud. Tiene por objeto lograr una mayor comprensión del comportamiento global del sistema en la Red, así como de propiciar la identificación de los principales déficit y fortalezas.

El Municipio de Berazategui representa el 17% de la población de la Red, aunque concentra más del doble de las consultas en el sector público (34,7%). Es, por otra parte, el municipio que presenta mayor número de consultas en el I nivel de atención desconcentrado. En el extremo opuesto se ubica Almirante Brown, seguido de Quilmes. Florencio Varela presenta valores que se ubican dentro de la media de la provincia y la Región VI.

Por su parte, Almirante Brown, con el 30% de representación poblacional en la Red, concentra tan sólo el 17% de las consultas públicas, agregadas entre provinciales y municipales.

La representación municipal de los efectores es particularmente relevante en Berazategui, Quilmes y Florencio Varela. En el caso de Almirante Brown, la relación entre consulta provincial y municipal es inversa por el peso que tienen los dos hospitales provinciales, por lo que un dato a tener en cuenta en el análisis de la Oferta de Servicios de Salud, es el peso que los efectores provinciales tienen en el Municipio de Almirante Brown (54%), cuando en el resto de los municipios no supera el 22%.

Quilmes y Almirante Brown tienen alrededor de la mitad de sus consultas en el I nivel (54,6 y 45,5% respectivamente), mientras que Florencio Varela y Berazategui incrementan notablemente esa proporción, llegando al 78,1 y al 84,3%.

I Nivel de Atención

Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud, acercando la atención al lugar de residencia y trabajo. Constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Se desarrolla en los efectores desconcentrados, centros de salud, centros de atención primaria, unidades sanitarias, tanto como en los consultorios externos de los hospitales.

Utilización de los efectores desconcentrados – Red Hospital El Cruce

Si se consideran las principales especialidades básicas atendidas en el I Nivel de atención desconcentrada de los distritos que conforman la Red del Hospital El Cruce, es posible observar:

- Mayor % de consultas pediátricas en todos los municipios, excepto Berazategui, destacándose Almirante Brown, seguido de Florencio Varela, con más de 45 y 35% respectivamente.
- Berazategui presenta mayor concentración de consultas en Clínica Médica, con un % mayor a 40, presentando una distribución de consultas diferente al de los otros distritos de la Subregión.
- El mayor % de consulta en Tocoginecología se observa en Florencio Varela con casi el 14% de las consultas.
- La atención materno infantil concentra entre el 32 y el 56% de las consultas, destacándose los distritos de Almirante Brown (55,4%) seguido de Florencio Varela (49,2%).

Observando el número de consultas totales, llama la atención el alto número que presentan los municipios de Berazategui (783.172) y Florencio Varela (764.800), muy probablemente debido a la mayor oferta de efectores y concomitantemente de RRHH en el I Nivel de atención desconcentrado.

Si se toma en consideración el 90% de las consultas médicas en establecimientos sin internación, por servicio, correspondientes siempre al año 2007 y a los distritos que conforman la Red del Hospital El Cruce, es posible observar la composición y peso que cada especialidad presenta.

En Almirante Brown:

- La atención ambulatoria desconcentrada de los hospitales, se realiza en veintidos efectores municipales, entre los que se encuentran el Dispensario de Salud Mental, la División de Medicina Preventiva, el Centro Asistencial de Sanidad Animal y diecinueve Unidades Sanitarias, incluyendo la de Vías Respiratorias.
- La atención de Clínica Médica, Pediatría y Consultorio del Lactante y Tocoginecología se ofrece en 19 de los efectores; en 10 Medicina General y Consultorio de Planificación Familiar en 13.
- Otras especialidades, como Oftalmología, en cinco efectores, y Neurología, en cuatro.
- Del total de efectores que realizan prácticas ambulatorias, exceptuando la unidad Sanitaria de Sanidad Animal, el 25% del total de consultas son realizadas por 2 efectores y el 50% por 6.

En Berazategui

- La atención ambulatoria desconcentrada de los hospitales, se realiza en veintisiete Unidades Sanitarias, dos Centros de Salud, dos Unidades Móviles, la Dirección de Salud Mental, la Dirección de Epidemiología, la Dirección de Inspección y Tránsito, un Consultorio de Medicina Deportiva, consultas en el marco de las Jornadas Solidarias de Salud (móvil), Unidad Sanitaria de Enfermedad de Transmisión sexual (ETS) y SIDA, Programa de Enfermedades Crónicas Prevalentes y el Centro de Salud Animal y Zoonosis, lo que hace un total de treinta y nueve efectores de salud ambulatoria.
- Del total de efectores, treinta y dos realizan Clínica Médica y Medicina General así como la atención en el Consultorio de Pediatría y Lactante; treinta atienden consultas de Tocoginecología y Ginecología; la atención por Guardia es desarrollada en tres efectores; Cardiología se atiende en diez; Oftalmología en dos, incluida la Dirección de Inspección y Tránsito; Educación Sanitaria y Sanidad Escolar es llevada a cabo en tres efectores, incluyendo Epidemiología y Zoonosis y

las prácticas de Psiquiatría son prestadas en dos efectores.

- El 27% del total de las consultas se concentra en cuatro efectores, dos Unidades Sanitarias, una Unidad Sanitaria Móvil y la Dirección de Epidemiología.

En Florencio Varela:

- La atención ambulatoria desconcentrada de los hospitales, se realiza en treinta y nueve efectores, de los cuales treinta y dos son Centros de Salud, uno Centro de Estimulación y Aprendizaje Temprano, el Servicio de Tránsito de la Dirección de Medicina Preventiva, un Equipo Móvil, el Servicio de Prevención y Asistencia de las Adicciones, el Servicio de Urgencias Médicas y la Subdirección de Bromatología y Zoonosis.

- En treinta y tres efectores se realizan prácticas de Clínica Médica y Medicina General, así como de Pediatría y Consultorio del Lactante, en treinta y tres efectores; Ginecología y Tocoginecología en veintinueve efectores; cuentan con Servicio de Guardia tres efectores, además del SUME; y las consultas por drogadicción y alcoholismo son realizadas en el Centro Varelenso de Rehabilitación Social Ce.Va.Re.So.

- La distribución de consultas por efector es más homogénea; el 25% de las mismas se distribuye entre los seis centros que concentran una mayor cantidad.

En Quilmes:

- La atención ambulatoria desconcentrada de los hospitales, se realiza en cuarenta y dos efectores, que se distribuyen entre veinticinco Unidades Sanitarias, ocho Salas de Primeros Auxilios, dos Centros de Salud y Salas de Primeros Auxilios, un Centro de Tratamiento y Rehabilitación, 1 Posta Sanitaria, 1 Equipo Móvil, el Instituto Municipal de Salud y Medicina Preventiva, la División de Medicina del Polideportivo Municipal, la División Médica del Centro Antirrábico y el Centro Asistencial Modelo.

- La atención en Guardia es efectuada en cinco efectores; en treinta y nueve se

brinda atención en Clínica Médica y Medicina General; Tocoginecología y Ginecología se atiende en veintinueve efectores.

- Otras especialidades, como Oftalmología y Cardiología se atienden en 2 efectores de la red municipal.

Del análisis por sexo y edad en el total de consultas, se observa:

- En todos los municipios la atención de 0 a 14 no muestra grandes diferencias por sexo.

- El mayor % de consultas en ese grupo de edad lo presenta Almirante Brown, con más del 50%, seguido por Florencio Varela.

- En el grupo de 15 a 49 se observa una gran preponderancia femenina, coincidiendo con el ciclo de la reproducción. En todos los casos la diferencia es mayor que dos.

- Quilmes es el único Municipio que presenta mayor % de población en el grupo de 15 a 49 respecto del de 0 a 14 años, dato que guarda relación con el perfil demográfico descrito en el Informe 1.

- En el grupo de 50 a 64 años también hay preponderancia de la atención a la población femenina, llegando a duplicarla en casi todos los distritos.

- En el grupo de 65 y más la atención de ambos sexos es similar. La diferencia responde a la feminización en el grupo de los adultos mayores.

- Es decir que la atención desconcentrada presenta un perfil predominantemente materno infantil; aproximadamente el 70 - 75% de las consultas se centran en los niños menores de 14 y las mujeres de entre 15 y 49 años. Quilmes es el distrito que presenta el % menor.

Relación entre consultas y población

- El promedio de consultas de la población durante el año 2007 oscila entre 4.6 para Berazategui y 1.1 para Almirante Brown en los efectores de la Región

analizada.

- Almirante Brown cuenta con hospitales de tradición y capacidad (Hospitales Lucio Meléndez y Dr. Oñativia), por lo que es posible suponer que la población privilegie su atención directamente en el II Nivel, más aún cuando es el distrito con menor capacidad instalada en el I Nivel de atención desconcentrada.

- No está disponible la información referida a motivos de consulta, aunque se deriva de la información existente que es alta la representación de los controles de salud pediátrica y escolares.

- Con respecto a los indicadores de salud reproductiva, sólo un municipio registra de manera específica las consultas de planificación familiar. No hay discriminación en ningún caso para los controles de embarazo, ni edad gestacional en el 1º control, ni prácticas de PAP a mujeres activas mayores de 18 años en la consulta ginecológica.

- No está disponible la información en consulta que permita estimar los % de prevalencia entre consultantes por municipio. Sólo se dispone del dato de cantidad de consultas en algunas especialidades seleccionadas.

- El perfil de los efectores desconcentrados se caracteriza en general por brindar atención a la población de menores recursos, villas y asentamientos, por lo que el riesgo de padecer enfermedades vinculadas a las problemáticas materno infantiles, como bronquiolitis o desnutrición, así como cobertura de embarazo y embarazo adolescente, es mayor.

- La razón de consulta entre el I Nivel desconcentrado y el II Nivel, encuentra para la Red un valor de 1,8, el que se polariza entre 3,9 en Berazategui y 0,8 en Almirante Brown. Quilmes también presenta un valor negativo (menos de una consulta en el I Nivel por cada consulta en el II); Florencio Varela tiene 2,6 consultas en CAP's por cada consulta en el II Nivel.

- Si estos valores son utilizados como indicadores de accesibilidad a los niveles del sistema, debería profundizarse el análisis, en principio de algunos de ellos. Por

ejemplo, el caso de Quilmes con un valor de 0,9, teniendo cuarenta y dos efectores desconcentrados y dos establecimientos con internación, respecto de Almirante Brown, que con dos hospitales y veinte dos efectores desconcentrados, presenta un valor de 0,8.

- Uno de los puntos a desentrañar en próximos estudios debería ser el análisis de la accesibilidad y la identificación de las principales barreras: geográficas, de infraestructura, de capacidad de respuesta y su ponderación. Otro, el análisis del circuito del paciente que consulta por Guardia General y específica.

Consultas ambulatorias en Establecimientos de II Nivel

Si se observa la distribución y concentración de los servicios hospitalarios con mayor % de consultas médicas:

- El peso de la consulta por Guardia Pediátrica tiene su máximo valor en el Lucio Meléndez (35,6% del total de las consultas médicas). En el resto de los hospitales, aún el Materno Infantil, el % oscila entre 15 y 28.

- La consulta médica por Guardia tiene mayor peso en los hospitales Evita Pueblo de Berazategui (25% del total de consultas médicas) y en el Materno Infantil de Quilmes (28,8%). En el otro extremo, el valor inferior, lo presenta el Oñativia (7,1%).

- El resto de las consultas con peso porcentual relativo, se distribuyen entre el consultorio de Pediatría y Lactantes, Orientación, Guardia Traumatológica y Obstetricia.

- La consulta por Guardia (General, Pediátrica, Obstétrica y Traumatológica) alcanza en el Hospital Meléndez valores cercanos al 60% del total de consultas; en el Evita Pueblo el 46% y en el Oller el 72%. Los Hospitales Oñativia y Mi Pueblo presentan valores en torno al 35% del total de consultas.

Egresos hospitalarios por causa

La información referida a egresos por causa se sintetiza de la siguiente manera:

-Se tomaron las causas que representan más del 40% de los egresos.

-El parto es la 1ª causa de egreso en todos los establecimientos, aunque el peso relativo mayor (39,7%) se observa en el hospital Materno Infantil, proporción que se mantiene con aborto no especificado.

-Las respiratorias (Neumonía, Bronquiolitis) son las causas que siguen por su peso relativo. El resto presenta una alta atomización.

-Con respecto a los % de ocupación de camas, el Hospital Mi Pueblo de Florencio Varela es el que se encuentra más saturado, con un promedio de ocupación del 96,3%, que alcanza sus picos en los Servicios de Guardia General y Guardia Pediátrica (124% y 106% respectivamente), seguidos de Clínica Médica y Maternidad con el 99% en ambos casos. Terapia Intensiva, Terapia Intensiva Neonatal y Terapia Intermedia para el Recién Nacido superan el 90%.

-En el caso del Hospital Meléndez, la Guardia presenta una ocupación del 100%, seguida por Clínica Médica con el 92% de ocupación. El peso de la consulta por Guardia Pediátrica tiene su máximo valor en el Lucio Meléndez (35,6% de total de las consultas médicas). En el resto de ,aún el Materno Infantil, el % oscila entre 15 y 28.

La Consulta médica por Guardia tiene mayor peso en los hospitales Evita Pueblo de Berazategui (25% del total de consultas médicas) y en el Materno Infantil de Quilmes (28,8%). En el otro extremo, el valor inferior, lo presenta el Oñativia (7,1%).

El resto de las

Consultas son peso porcentual relativo, se distribuyen entre el consultorio de Pediatría y Lactantes, Orientación, Guardia Traumatológica y Obstetricia.

La consulta por Guardia (General, Pediátrica, Obstétrica y Traumatológica)

Alcanza en el Hospital Meléndez valores cercanos al 60% del total de consultas; en el Evita Pueblo el 46% y en el Oller el 72%. Los Hospitales Oñativia y Mi Pueblo presentan valores entorno al 35%.

Financiamiento

El HEC tiene la figura sanitaria SAMIC (Sistema de Atención Médica Integral de la Comunidad) –como el Hospital de Pediatría Prof. Garrahan- Por lo que tiene ingresos de tipo Nacional, Provincial y propios desde el recupero de Obras Sociales.

La Elaboración del presupuesto

El presupuesto como herramienta clave en el control de la gestión de acuerdo con Idárraga (2001:80) Está basado en el plan estratégico, que normalmente se formula para períodos de tres a cinco años, (en éste caso 2009-2012) Sin embargo, es recomendable que el presupuesto, por el nivel de desagregación que maneja, se realice para períodos no superiores a un año; es decir, que corresponda a la valoración de las prioridades fijadas en el plan estratégico para ese período.

Las instituciones hospitalarias, aun cuando usualmente elaboran anualmente sus presupuestos, estos son realizados para dar cumplimiento a un requisito gubernamental para la obtención de financiamiento; su elaboración deberá replantearse a efectos de contar con un presupuesto que exprese cuantitativamente los objetivos estratégicos de los hospitales.

El presupuesto es necesario para el control del costo y la evaluación de la actuación de las personas responsables de su ejecución en cada centro de responsabilidad, permite determinar las variaciones entre lo presupuestado y lo realmente ejecutado. Debemos aclarar que el presupuesto no es necesario en la determinación del costo real, aunque si nos aproxima a lo que el costo debería ser. En este sentido, Polimeni (1994:345) sostiene que los costos presupuestados son los costos totales que se espera incurrir.

En este orden de ideas, el presupuesto en los hospitales será elaborado siguiendo especificaciones técnicas y deberá preferiblemente ser flexible, o adecuado a los diversos niveles de actividad posibles.

Según Matz y Usry (1980: 617) El principio fundamental de un presupuesto flexible es la necesidad de alguna norma de erogaciones para un volumen dado de actividades, la cual debe ser conocida por anticipado para proporcionar una guía a las erogaciones reales. La preparación de presupuestos flexibles resulta en la construcción de una serie de fórmulas, para cada cuenta en el departamento o centro de costos, que indican la cantidad de costo fijo y la tasa variable que se aplicará al nivel de actividad alcanzado en el período.

La construcción de dichas fórmulas permite calcular el costo permisible para el volumen de actividad alcanzado en el período y compararlo con el costo real a fin de determinar las variaciones y tomar las decisiones al respecto. La definición del período para la determinación de los costos reales y la realización del presupuesto, es indispensable a los efectos de unificar criterios para hacer comparaciones entre lo realmente ejecutado y lo presupuestado.

La implementación en el HEC de un Presupuesto basado en Resultados implica contar con un proceso presupuestario que tiene como meta que los decisores claves consideran en forma sistemática los objetivos previstos y los Resultados alcanzados por el Programa. El Hospital está orientado a respetar esta metodología en su planificación presupuestaria.

En el cuadro que sigue, se muestra en qué se utilizó el crédito Presupuestario 2009, y en los dos siguientes, el dinero que ingreso por Presupuesto anual de cada efector.

Presupuesto 2009 por PP (Partida Principal)	Porcentaje
PP1 Personal	50%
PP2 Bienes de consumo	24%
PP3 Servicios no Personales	16%
PP4 Bienes de Uso	10%

Datos obtenidos de Memoria 2029-HEC-

El Presupuesto 2010

Presupuesto por fuente de financiamiento 2010	Total
Aporte Nación	\$87.490.322
Aporte Provincia	\$48.000.000
Recupero de SAMO	\$1.798.045
Recursos Propios	\$360.656
Total	\$137.649.023

Datos de Memoria 2010-HEC-

Presupuesto 2011	Total
Aportes Nación	\$116.106.680
Aportes Provincia	\$70.000.000
Recursos Propios:	\$6.075.071
Prestaciones Ley 17.102	\$648.241
Presupuesto Total	\$192.829.992

Datos obtenidos de Memoria 2011 –HEC-



II. Gestión de Pacientes

Generalidades

El nuevo concepto: ¿Qué es Gestión de Pacientes?

La Gestión de Pacientes es una Función innovadora dentro de la Gestión de los Servicios y sus Modelos prestadores, que es lo tangible para el usuario. Se trata a través de ella, mejorar la eficiencia y efectividad de los servicios prestados.

Según José Jiménez Jiménez autor del Manual de Gestión para Jefes de Servicios Clínicos (Madrid, 2000), “La gestión es tanto un arte como una ciencia. Es un arte en cuanto a que muchas de las habilidades que se necesitan solo pueden conseguirse con la práctica. Las habilidades conceptuales y humanas solo pueden lograrse con la experiencia, aunque el estudio de las diversas teorías ayuda al enriquecimiento de los modelos mentales y a una mejora de dichas habilidades.

La gestión es también una ciencia, y el conjunto de conocimientos sobre como realizar las distintas funciones y alcanzar mejores rendimientos es cada vez mayor...El estudio de la gestión sirve para conocer con mas profundidad la realidad de la Organización donde se trabaja, ganando seguridad y perfeccionando la toma de decisiones. Además –y como ventaja complementaria- contribuye a favorecer la motivación por el trabajo.”

Este autor piensa que la gestión es una ciencia interdisciplinar, ya que une los conocimientos a otras ciencias como: Historia, Geografía, Derecho, Sociología, Psicología, Ciencias de la Información, Estadísticas, Finanzas, Economía, Nuevas Tecnologías, etc. Esta ciencia necesita conocer todos éstos factores de la Población, en nuestro caso, para lograr una gestión que satisfaga al Paciente o Usuario de nuestros servicios. Para éste autor Gestionar es: Planificar, Organizar, Dirigir y Controlar.

Mientras que, para el Dr. Carlos A. Díaz en su libro Gestión de Servicios Asistenciales (Bs As, 2009) “Gestionar es hacer que las cosas pasen, que las cosas correctas ocurran, **hacer correctamente las cosas correctas**”. **Gestionar**, es para este autor, conseguir resultados de la actividad, mediante la utilización de recursos, la

capacitación del factor humano, la organización de equipos, y un sistema de organización de los mismos. Es hacer que las cosas pasen, pero aportando al crecimiento de la organización.

Niveles de Gestión

Existen tres Niveles de Gestión:

-La Macro Gestión o Gestión Política: Consiste en la intervención del Estado para aumentar la equidad y corregir las disfunciones del mercado. Controla, regula, normatiza, educa.

-La Meso Gestión o la Gestión de los Centros de Salud: es la de dirección de los centros de salud, tienen la misión de coordinar y motivar a las personas, para lograr los objetivos de la organización. Implica un cambio cultural, hacia la calidad y la eficiencia, para poner al paciente en el Centro del Sistema.

-La Micro Gestión, la Gestión de los Servicios o Gestión Clínica: es la organización del proceso de producción asistencial sobre la lógica de involucrar a sus efectores médicos de staff y jefes de servicios, en la calidad, los costos, la responsabilidad, la información, la eficacia y la eficiencia.

En este estudio se analiza la Gestión de Pacientes a nivel de Meso Gestión. La misma se interpreta desde la Organización Hospital de Alta Complejidad Dr. Néstor Carlos Kirchner como modelo para imitar, copiar, referenciar, a nivel de la Macro Gestión en los centros Asistenciales del país, mejorando la calidad de atención al Usuario.

La Gestión de Pacientes tiene como objetivo organizar y gestionar el movimiento de los mismos dentro de la institución, desde su ingreso y por todos los servicios por donde transite, hasta su Egreso. Toma cuerpo a través de los procesos técnicos administrativos, como los turnos de consulta, las listas de cirugía, el ingreso a internaciones, los registros, las recepciones por informes, las oficinas de Atención al usuario, la oficina de Asistencia Social, etc.

Organiza y trabaja operativamente el acceso y la demanda de los usuarios.

Gestión de Pacientes es la puerta de acceso al sistema de atención, a los procesos de Gestión Clínica, de donde derivan los recursos diagnósticos y terapéuticos. De modo que los pacientes se atienden y queda registrado que se hizo, y con qué recursos, de modo que dentro de la Institución hospitalaria, asistencial y clínica, la Gestión de Pacientes es una unidad ad hoc, de la cual Dependen: Unidad de Atención al usuario, Admisión, egresos e internación, Consultorios, Archivo, Sistemas y facturación.

“La Unidad de Gestión de Pacientes regula, administra, orienta personaliza, eficientiza el flujo de éstos, evitando la atracción al acceso de los pacientes a la emergencia o la solicitud del servicio de la ambulancia a su domicilio, porque en realidad lo que necesita una consulta médica en domicilio, no la atención de emergencia.” Arnaldo Medina (2008) Unidad de G de P.

La Gestión de Pacientes, es un proceso dirigido a la mejora de la eficiencia institucional, facilitándole el camino del usuario, para que transcurra por el proceso asistencial con menos burocracia, más satisfacción, escucha y diligencia.

Hacer Gestión de Pacientes, es indispensable en un Sistema de Salud, que requiere atención cada vez más especializada, que los usuarios deben consumir en el nivel adecuado de atención, para cubrir la asimetría de información mas ordenadamente, mas efectivamente. A mayor complejidad de los procesos asistenciales, mayor necesidad de gestionar un sistema de información homogéneo, fiable y suficiente.

Es una función innovadora dentro de la Gestión de servicios y sus modelos prestadores, que son los que efectivamente son tangibles para el usuario. Los momentos donde recibe tangiblemente el servicio.

Este Sistema necesita un Gerente de Servicios, alguien que priorice, por ejemplo, la reducción Las listas de espera, la necesidad de la población, la ocupación de camas

según urgencia, generar espacios de mejora, aumentar la productividad de la mano de la calidad de los servicios, evitar la burocratización y los estudios innecesarios, inculcar la satisfacción al usuario

y evaluar la satisfacción del cliente interno, quienes son los que finalmente en la cadena realizan la Gestión Clínica y el último tramo con el paciente.

B-¿Cómo se trabaja desde Gestión?

Estos son los objetivos:

- Ordenar y Coordinar las actividades que se producen alrededor de la asistencia médica.
- Facilitar el acceso de la población a los recursos disponibles.
- Mantener los principios básicos de equidad y eficiencia.
- Garantizar el enlace del conjunto de la Organización frente al paciente y su proceso asistencial.
- Normalizar un sistema de información.

Gestión de Pacientes se ocupa de:

- Gestión de camas
- Referencia y Contrarreferencia
- Admisión y Egresos
- Gestión de Turnos
- Solicitudes de Turnos
- Gestión de Turnos Quirúrgicos
- Informes
- Servicio Social
- Recogida de datos para la facturación
- Atención al Usuario

Unidad de Gestión de Pacientes en el HEC

La Unidad de Gestión de Pacientes (UGP) es una unidad multidisciplinaria no asistencial, integrada por personal médico, de enfermería, otros profesionales, técnicos y administrativos. La UGP depende del Director Ejecutivo del establecimiento. Consta de seis áreas: Admisión, Archivo, Información, Servicio Social, Atención al Usuario y Facturación.

ASPECTOS CONCEPTUALES Y METODOLÓGICOS

Organigrama



Tomado de Apuntes de Gestión de Pacientes HEC

Funciones de la UGP. (Unidad de Gestión de Pacientes)

- Información y recepción de pacientes.
- Identificación de pacientes. Registro y mantenimiento del conjunto de datos personales, administrativos y asistenciales que posibiliten una atención integral del paciente.
- Calificación socioeconómica de pacientes que permitan la gestión de los recursos sociales y asistenciales disponibles, así como la facturación a terceros

pagadores.

- Registro, custodia, procesamiento y codificación de la data requerida para garantizar una información veraz, oportuna y homogénea de la demanda, la actividad asistencial desarrollada (información asistencial) y los resultados de ésta en lo que se refiere a la patología atendida, procedimientos realizados y calidad técnica del proceso (información clínica).
- Iniciación del trámite de recupero de costos de pacientes con cobertura a través del sistema de facturación.
- Elaboración, análisis y transmisión de la información estadística solicitada para uso del hospital y el nivel regional.
- Conciliación de la organización de la oferta a la demanda registrada de acuerdo a los objetivos establecidos por la Dirección, mediante la gestión de la lista de internación programada, gestión de camas y programación de turnos.
- Tutela del tránsito ordenado de los pacientes por el establecimiento

Ámbitos de la Gestión de Pacientes

- ✓ Área de Emergencia
- ✓ Urgencias
- ✓ Demanda espontánea
- ✓ Área de Hospitalización-ubicación
- ✓ Actividad quirúrgica
- ✓ Atención ambulatoria
- ✓ Prácticas
- ✓ Consultas Externas
- ✓ Hospital de Día
- ✓ Gestión de Red
- ✓ Entrega de resultados de estudios
- ✓ Apertura de Historias Clínicas

- ✓ Aviso de cancelación/cambio de turno o atención

Personal de Gestión

Esta unidad cuenta con el siguiente Personal:

- Sector de Turnos: 5
- Sector de Informes: 3
- Sector de Consultorios Externos: 3
- Emergencias: 8
- Atención al Usuario: 2
- Servicio Social: 2
- Internaciones: 1
- Agentes de Traslados: 12
- Estadísticas: 1
- Jefe de área: 1 Médico
- Total: 38 personas

Admisión

El área de admisión comprende tres secciones: Consultorios Externos, Hospitalización y Emergencias. Las funciones a desarrollar por cada sección incluyen:

Consultorio Externo

La consulta externa es un acto médico realizado en forma ambulatoria y programada. Debe interpretarse como una actividad relevante, en el sistema de atención, debido a que ella suele ser la llave de la puerta que abre al sistema de ingreso al Hospital. Puerta que debe ser amplia, accesible, altamente calificada en atención de calidad.

En la consulta: se diagnostica, se trata y se sigue al paciente. Consiste en una anamnesis, exploración física, y observación de análisis o estudios anteriores que trae el

paciente. En esta consulta el Profesional se entera cómo y por qué fue derivado a la institución, con que diagnóstico llega, y enseguida notará que el usuario viene lleno de esperanzas de que este lugar habrá la respuesta exacta para su dolencia o enfermedad.

La consulta es relevante en el sistema de atención, no solo suele ser la llave de acceso al sistema de salud, sino que también es la definitoria de cómo seguirá el tratamiento y la evolución de la salud de la persona que concurre a ella.

La puerta que se abre a este sistema debe ser grande, la accesibilidad es una de las cualidades más reclamadas del sistema de salud, su importancia radica en la cartilla de prestaciones, la cantidad y calidad de atención, el tiempo de espera, la continuidad progresiva asistencial de los Consultorios y la humanización en la atención.

La gestión de la atención ambulatoria, sistematiza el ingreso de pacientes a la asistencia ambulatoria al hospital y su oportuna derivación o devolución al hospital de origen. Incluye la gestión de Pacientes por Consultorios Externos y la realización de procedimientos diagnósticos terapéuticos ambulatorios que requieren turno o cita previa. También se incluye las actividades que se realizan el Hospital de Día: preparación para cirugía ambulatoria o con cama asignada, tratamientos quimioterapéuticos, medicaciones intravenosas u otras acciones.

Este sistema debe garantizar la gestión de la cita previa, la captura de la actividad realizada como el aseguramiento de la próxima consulta, y/o estudios.

“La Consulta Externa, es el área asistencial de mayor importancia de las especialidades médicas. Debe ser el lugar idóneo donde diagnosticar y establecer la estrategia terapéutica de los pacientes enviados desde la atención Primaria. Por otra parte la hospitalización debe ser únicamente un instrumento de apoyo, utilizable cuando sea estrictamente necesario y durante el menor tiempo posible” Freire Campo JM. 2008, Aportaciones de la Consulta Externa...

La adecuada formación de la agenda que contienen las citas, los estudios y procesos diagnósticos terapéuticos forman su definición y planificación. Todo esto forma la cartera de servicios.

Las carteras son definidas por especialidades y sus subespecialidades. Estas están validadas por la Dirección de Producción Asistencial, para asegurar la pertenencia de los productos ofrecidos.

Las listas de esperas en nuestro establecimiento fueron creciendo de manera implacable y poco manejable. La demanda creció del 2008 al 2011 en un 200%. Y se lucha constantemente por disminuirla. Una de las estrategias es la contrarreferencia, solo que el paciente no quiere volver a su hospital de origen, por lo que cada vez se hace más difícil la tarea.

Los estudios dicen que la Consulta Externa es un centro de intensa actividad, en el que habitualmente, de cada 1000 pacientes que acuden a un hospital general, solo se internan 30. No es así el caso de establecimiento de estudio, porque este es un Hospital público de Alta Complejidad, donde de las consultas externas que vienen referenciados de los hospitales de la Red, ya viene con una definición de internación, cirugía o práctica compleja. Otro de los casos es que los que se atienden en nuestros Consultorios, son pacientes a los que se les hace el seguimiento luego de una Neurocirugía, una cirugía compleja o un trasplante. También son seguidos aquí los pacientes oncológicos que realizan sus tratamientos en el Hospital de Día, sean semanales, mensuales, etc.

Tiempos correspondientes a la labor de Enfermería:

Existen estándares para el cálculo de los tiempos de actividad de enfermería: PRN, Mdicua, GRASP, NISS, que utilizan 2 variables básicas: La naturaleza de la actividad de enfermería y el grado de dependencia de los pacientes.

Por ejemplo, por mencionar un ejemplo de medición veamos el PRN (Projet de Recherche en Nursing) de Canadá son:

- Cuidados directos realizados a la cabecera del enfermo, dependencia del paciente.

- Cuidados indirectos, realizados en otra área en que está internado.
- Información sobre el paciente: ver Indicaciones médicas, hacer PAE, pase de guardia
- Tareas administrativas como pedidos de materiales, informes, escribir report.
- Mantenimiento y control de equipos.
- Desplazamientos, con o sin paciente.

En este caso, donde enfermería no se calcula por atención de camas, y bajo un equivocado concepto de que en “Consultorios se hace muy poco o nada” el cálculo de dotación había sido bueno al principio en 2008-2009, cuando había menos Especialidades y flujo de Pacientes. En esa oportunidad eran 2 enfermeras en el Turno mañana de 8 a 14 hs, y 2 en el Turno Tarde de 14 a 20 hs. Con el paso del tiempo, y con la necesidad en otros sectores, Consultorios se vio disminuido en Personal a una enfermera menos por la tarde y se triplicaron las Especialidades, por lo que de todas maneras se intenta realizar una atención de calidad muy esforzada. Pero ¿Como debería ser el cálculo de Enfermeros/as en Consultorios? Según el Dr. Carlos A. Díaz en su libro Gestión de Servicios asistenciales Pág. 498 dice:

-“Consultas Externas: una enfermera por especialidad, en dos turnos, 250 días al año (son los días anuales descontados 52 sábados, 52 domingos y 11 feriados)”.

Si bien esta aseveración es acertada, es también casi imposible en el HEC, ya que sería ilógico tener casi 80 enfermeras entre los 2 turnos, dadas la cantidad de Especialidades complejas que posee el Hospital. Lo que también es ilógico, es tener solo 3 enfermeras entre los 2 turnos para semejante movimiento, y es uno de los desaciertos que hasta hoy existe, y que fue expuesto en varios pedidos y demostrados en trabajos presentados en Jornadas Científicas. Tiempo y cansancio que disminuye las actividades de Docencia, Educación permanente e investigación del equipo. Si bien de todas maneras nos esforzamos por realizar cursos, capacitaciones y exposiciones, ante la diversidad de talleres, jornadas y simposios que se ofrecen gratuitamente en el Hospital, y que son la base de nuestro crecimiento profesional. A Nivel Gestión se realiza:

- Identificación de pacientes y registro completo de datos.
- Programación de citas para consultas y pruebas complementarias.
- Programación de citas para cirugías ambulatorias.
- Información al público de las modalidades de atención de los consultorios externos (días, horarios, médicos, etc.).
- Captura de datos requeridos para facturación a terceros.
- Apertura o solicitud de Historia Clínica (HC).

Elaboración de listas de espera. Hospitalización

1. Registro de preadmisiones.
2. Gestión de listas de preadmisión a hospitalización.
3. Captura de datos requeridos para facturación a terceros.
4. Autorización y registro de ingresos.
5. Gestión de camas.
6. Autorización de pases.
7. Derivaciones y traslados.
8. Registro de pre altas.
9. Formalización de egresos.
10. Gestión de consentimientos, partes judiciales, partes de accidentes y otros.
11. Gestión de listas de espera quirúrgica.
12. Garantizar el acompañamiento del paciente a la unidad de cuidados.

Emergencias

1. Identificación y registro de pacientes y episodios.
2. Captura de datos requeridos para facturación a terceros.
3. Derivaciones y traslados.
4. Registro de la producción de urgencias.
5. Registro de ingresos.

Archivo

1. Custodia, conservación y mantenimiento de Historias Clínicas.
2. Preparación y entrega de las Historias Clínicas solicitadas por personal autorizado.
3. Elaboración y actualización del Índice de Diagnóstico y Operaciones.
4. Movimientos.
5. Utilización de Historia Clínica Informatizada. Utilización de los Sistemas Informáticos: Sigheos. LIS, RIS, PACS y GALILEO.

Información

1. Recepción, control y reparo de la información estadística recogida a nivel de las unidades de cuidado y/o servicios, consultorios externos, servicios generales de diagnóstico y tratamiento y otros sectores del establecimiento.
2. Codificación de los Informes de Hospitalización (Form.10).
3. Elaboración y transmisión de los datos recogidos de acuerdo a los cuadros de mando definidos por la Unidad de Control de Gestión, tabulaciones requeridas por la Dirección e información solicitada por el establecimiento, región y nivel provincial.

Servicio Social

1. Orientación, elaboración de informes sociales y gestión administrativa requerida para el acceso a los recursos sociales disponibles para pacientes y familiares.
2. Gestión de las altas que presentan dificultades sociales para su externación.
3. Gestión de trámites por fallecimiento en situaciones de problemática social (búsqueda de familiares, inhumaciones municipales, etc.).
4. Orientación para la tramitación de documentación de acuerdo a los programas vigentes en la Provincia
5. Trámites y gestiones para pacientes con dificultades socioeconómicas, familiares o bajo programas.

Atención al Usuario.

Esta área tiene como objetivo detectar las dificultades que se plantean a los pacientes y familiares durante su ingreso y estancia en el hospital, y trata de corregirlas para alcanzar un mayor grado de satisfacción y bienestar de los usuarios. Además pretende disminuir barreras administrativas en el acceso a la asistencia.

Una de las funciones de la mencionada área es la recolección y contestación de las reclamaciones, de forma coordinada con la Dirección del Establecimiento y el responsable de la unidad o área objeto del reclamo. Conseguir que los reclamos sean contestados en un plazo inferior a 30 días es un objetivo del área, que no podrá ser realizado sin la participación de todos los implicados.

La Dirección, o persona a quien delegue la función, remitirá a los interesados la contestación individualizada que deberá contemplar, al menos, los siguientes extremos:

- Resumen del motivo de la reclamación.
- Actuaciones realizadas.
- Conclusiones y medidas adoptadas.
- Identificación del firmante.

Hay que remarcar que una información adecuada a los pacientes y familiares aumenta el grado de satisfacción de la población sujeto a atención sanitaria. Mejorar los aspectos estructurales donde parte de esta información se desarrolla, trata de promover que el proceso de la información se lleve a cabo en las mejores condiciones posibles para obtener los mejores resultados.

Tener un lugar definido para informar trata de garantizar la confidencialidad de la información y que esta se desarrolle en un lugar que propicie la relación médico-paciente, o médico-familiares, como ocurre en la mayoría de los casos del paciente internado. Esto en ningún caso trata de evitar la información al paciente sino mejorar la información a los familiares en los que el paciente delega habitualmente. Una información adecuada a los familiares aumenta el grado de satisfacción de la población con la atención sanitaria.

Tener un horario definido para la información evita la espera a los familiares, ya que muchas veces esperan a lo largo de toda una mañana, en horario laboral, para ser informado. Trata de evitar también la contradicción que existe en muchos hospitales de no permitir la estancia de familias por la mañana, para no interferir con el trabajo habitual de los médicos y enfermeras, y decirles que se les informará a lo largo de la mañana, con lo que forzosamente tienen que permanecer allí.

Esta planificación del horario supone para los facultativos del Establecimiento el compromiso de orientar su organización al paciente, que puede tener para ellos el beneficio añadido de no interrumpir sistemáticamente su trabajo habitual para informar a demanda.

En resumen:

- Información general a pacientes y familiares
- Registro y gestión de reclamaciones y sugerencias
- Evaluación de la satisfacción al usuario

Oficina de Atención a Usuarios: (OAU)

Esta oficina surge de un estudio realizado en los años 2006-2007 por el equipo Técnico PMAC en los Hospitales públicos Provinciales. El mismo detecta las siguientes dificultades: Problemas de los usuarios para identificar atención, acceso a turnos, por lo que apelan a distintas estrategias para orientarse y obtener información. Se llega a la conclusión que se necesita un sector u oficina para realizar preguntas, quejas y reclamos. Lo que paso a ser un objetivo de dichos hospitales.

El Objetivo general que surge en el HEC, es “Alcanzar óptimos niveles de atención a los Usuarios del Hospital, dentro del Programa de Mejora de la Atención a la Comunidad en Hospitales Públicos” (PMAC).

Tan importante como la atención médica que los usuarios buscan en el hospital, es el recorrido que deben realizar para obtenerla. Esta Oficina ayuda en esto.

Las funciones de la Oficina de Atención a Usuarios son:

1. Brindar la información necesaria para el correcto uso del hospital.
2. Informar a los usuarios acerca de sus derechos y responsabilidades mediante la entrega de material gráfico o en otro soporte para que pueda ser accesible a usuarios analfabetos o con dificultades visuales o de otro tipo. (Se entrega folletería).
3. Constituirse en un espacio de contención y escucha para los usuarios/pacientes y para sus familiares.
4. Orientar a los pacientes y/o familiares en relación con procedimientos y trámites necesarios durante su estancia en el hospital. Acompañarlos, en caso de ser necesario, para evitar pérdidas de tiempo o inconvenientes para ubicarse dentro del hospital.
5. Arbitrar los medios necesarios para que los usuarios puedan tener un acceso a la atención de su salud o de sus familiares, sin que tengan que padecer trámites o procedimientos engorrosos o incomprensibles.
6. Evaluar permanentemente el grado de satisfacción de los usuarios a través de encuestas, entrevistas y otras metodologías que sirvan como complemento de las anteriores
7. Prestar atención e intentar resolver - en la medida de lo posible - las dificultades de todo orden que puedan obstaculizar el acceso a la atención, y que puedan estar basadas en cuestiones sociales, culturales, etc.
8. Recepcionar y gestionar las quejas, reclamos y sugerencias que los usuarios realicen según los medios que estén a su alcance (orales o escritos).
9. Gestionar los turnos que no fueron confirmados por el usuario o los anulados y/o cancelados.
10. Firmar recetas y formularios.
11. Gestionar sobre turnos, cuando la necesidad del usuario es inminente.
12. Tramitar almuerzos y cenas dentro del Hospital para familiares de pacientes que provengan del interior.

13. Entrega de Certificados: Concurrencia al Hospital, Internación, Negativa de Provisión de Medicamentos a pacientes ambulatorios, Negativa de ANSES, constancia de CUIL, CODEM (ANSES).
14. Recepción de pedidos de HC, la entregan en CD.
15. Recepción de pedidos de estudios y su entrega.
16. Orientación telefónica al usuario
17. Tramitación de Internación Domiciliaria a pacientes que lo requieran y tengan Obra Social.
18. Tramita la entrega y aplicación de Medicamentos para estudios, a pacientes que no lo pueden costear.
19. Ayuda a tramitar Certificados de Discapacidad.
20. Orientación y Gestión de prótesis, Marcapasos y elementos quirúrgicos que necesita el paciente con su obra social.
21. Coordinación de la parte administrativa del Plan Nacer: completando formularios y enviándolos por fa al Hospital Garrahan para que autorice la cirugía.
22. Completa la tarea administrativa con CUCAIBA, para gestionar subsidios por trasplante.

Logros de esta Oficina

- Atención integral al Usuario
- Incremento de amplitud de Tareas
- Consolidación de la Oficina dentro del Hospital
- Contacto eficiente y efectivo con Hospitales de la Red
- Tanto usuarios como sus familias saben que en este lugar reciben las respuestas que necesitan.

Agentes de Traslado

Agentes de traslado es la denominación que se les dio en el HEC a los “camilleros”, y dependen de Gestión de Pacientes. Dichos agentes reciben capacitación acerca de cómo deben trasladar a los pacientes, como movilizarlos, que precaución

deben tener con las vías, catéteres, bolsas, bombas, etc. Sobre ellos también cabe la responsabilidad de que los usuarios se sientan bien o sus familias, cuando los llevan a un estudio, a la ambulancia, a otro servicio o en el alta. Estar a tiempo en cada lugar, ser tratado como corresponde con personal capacitado para ello, es parte de la Gestión.

Estos son los Agentes por turnos:

6-12 hs 3 Agentes de Traslados

12-18 3 Agentes de Traslados

18-24 2 Agentes de Traslados

24-06 1 Agente de Traslados

SADOF (Sábados, Domingos y Feriados)

16-18 hs 2 Agentes de Traslados

18-06 2 Agentes de Traslados

Comunicación con el Público usuario: Los folletos y Revistas

La Comunicación Externa del HEC a través de publicaciones es numerosa y hay una inversión importante en ella. En 2010 por ejemplo se realizaron:

- 5000 ejemplares de la Revista “Comunidad” N° II y III, distribuidas entre los usuarios.
- 2 Revistas Científicas On Line Editadas.
- 6000 Folletos de “Donar Sangre”
- 15.000 Folletos del Servicio de Gestión de Pacientes.
- 3000 cuadernillos Informativos de Hospital de Día
- 5000 Folletos de Derechos y Responsabilidades del Usuario
- Envío de material informativo a la Prensa de la zona

- 200 afiches y 3000 volantes promocionando Maratón
- 15000 volantes de promoción de Conciertos al aire libre.

Los Formularios que se entregan a los usuarios, acerca de sus Derechos y Obligaciones, intenta explicar cómo deben manejarse en el Hospital, seguidamente se transcribe que dice cada uno de los folletos.

Derechos y responsabilidades de los usuarios

Las personas que utilizan los servicios del hospital tienen derecho a:

1. Recibir una atención integral, adecuada y respetuosa.
2. Recibir información suficiente, comprensible y oportuna.
3. Ser tratado con confidencialidad.
4. Ser escuchado.
5. Conocer los nombres de las personas que lo atiendan.
6. Decidir libremente sobre su atención, salvo en casos en que esa decisión implique serios riesgos.
7. Recibir una atención segura.
8. Contar con una historia clínica.
9. Tener acceso a una segunda opinión.
10. Manifestar su opinión sobre la atención recibida.

Las personas que utilizan los servicios del hospital tienen la responsabilidad de:

1. Seguir el tratamiento indicado.
2. Respetar y cuidar los bienes del hospital.
3. Ser respetuoso con otros pacientes y personal del hospital.
4. Respetar el régimen de visitas.
5. Cooperar en mantener su habitación limpia y ordenada

6. Proporcionar información real de sus datos personales, así como también de su cobertura médica.
7. Cuidar los objetos de valor de su propiedad.

Especificaciones:

A- Gestión de Pacientes de Consultorios Externos:

El Sistema de Gestión adoptado por el HEC es amplio, complejo y dinámico. Necesita modificaciones continuamente en búsqueda de la excelencia de atención y conformidad del Usuario.

La actividad asistencial de éste Hospital de Alta Complejidad se basa en cuatro zonas perfectamente delimitadas: Emergencias, Consultorios Externos, Hospital de Día y Unidades de Internación.

La actividad de los Consultorios Externos está estructurada por dos componentes básicos:

- 1- Médicos Especialistas y Sub-especializados, que conformados en grupos, con un Jefe a la cabeza, atienden, y hacen la revisión clínica y la apertura de la Historia Clínica Informatizada (HCI) desde donde emiten órdenes de estudios y solicitan nuevos turnos para la próxima visita.
- 2- Luego ver los resultados de Estudios diagnósticos, laboratorios, etc. toman las resoluciones de cada caso en la individualidad compleja de cada usuario.

Las agendas de trabajo se elaboran teniendo en cuenta la gravedad del paciente. Por ejemplo: Cardiología congénita del adulto, tiene 0 días de cola de espera mientras que un especialista de Insuficiencia cardíaca tiene 8 días en cola de espera. Oncología Clínica del adulto tiene actualmente 28 días de cola de espera, mientras que Oncología

infantil solo 8.días. Consultorios como el de Diabetes, Endocrinología y Reumatología (seguimiento) tienen una cola de espera que ronda los 100 días, mientras que Cirugía Onco-mamaria o Cirugía cardiovascular infantil van de 0 a 3 días.

Si bien se trata de priorizar la urgencia, debo también mencionar que la cola de espera de por ej. Reumatología seguimiento, la cola de espera es mucha porque solo contamos con un reumatólogo, el Dr. Estévez, y que también el único en la Red.

La Gestión de Enfermería

Atención de Enfermería en Consultorios Externos

Florencio Varela 05 de octubre 2010

Menú de Prestaciones

PRESTACIONES BASICAS de enfermería

1. Pase de guardia en estar de enfermería.
2. Control de signos vitales, según indicación médica
3. Cuidados de enfermería en los controles de glucosa en sangre con tiras reactivas
4. Entrega de Insulina, medicación, aparato para HGT, con explicación al Paciente de su utilización
5. Acondicionamiento de la Unidad de atención Profesional.
6. Preparación de Consultorios
7. Provisión de materiales: descartables, Instrumental, aparatos, medicación, e insumos varios.
8. Comprobar las condiciones higiénicas e infectológicas del Consultorio a utilizarse.
9. Proveer recetarios, formularios y carpetas que utilizan los Profesionales.
10. Cambio de camilleros, campitos y fundas.
11. Proveer elementos que necesita cada Especialista (Cajas con los que ellos solicitan, caja de curaciones, cortayesos, etc.)
12. Cotejar estado de Computadoras al inicio de Consultorios o llamar a Sistemas.
13. Al terminar consultorios (Inician 8 hasta 20 hs. aproximadamente)

14. -Retirar materiales, instrumental (Lavar, acondicionar, llevar a esterilización)
Cambiar camilleros, proveer recetarios, volver acondicionar para nueva utilización.
15. Comprobación de estado de aparatos de este servicio: Espirómetro, Saturómetro, Otoposco, Sensor de Glucemia, tensiómetros, termómetros digitales, laringoscopio, Electrocardiógrafo, maquina corta yeso, estetoscopios, balanzas, etc.
16. Hacer cerrar consultorios a personal de Seguridad al finalizar la atención. Luego de retirar todo material utilizado, el camillero, y corroborar se limpie para el otro día.
17. Envío y recepción de estudios enviados por el Sistema de Transporte de Tubos Neumático (bala).
18. Entrega de estudios que quedan en consultorios a personal de Estadística, Servicio Social, Atención al Usuario o Facturación.
19. Extracción de sangre para laboratorio, principalmente Hematología, cuando la Técnica no vino.
20. Realización de Electrocardiograma, según indicación médica, y fuera del horario que está la Técnica.
21. Dilatación de pupilas, según estudios oftalmológicos del día, de retina, por ej..
22. Asistencia general a profesionales del turno.
23. Curaciones traumatológicas y oncológicas, planas y complejas según indicación medica.
24. Extracción de punto de sutura.
25. Asistencia en enyesado de pie bot.
26. Cuidados de enfermería en la vigilancia del cumplimiento de las normas infectológicas del equipo multidisciplinario.
27. Recambio de descartadores semanalmente.
28. Mantenimiento del orden, higiene y provisión de materiales en depósito y estar de enfermería.
29. Provisión de materiales e insumos a vacunatorio, hematología, oftalmología y sala de yesos en Emergencia.
30. Llenado de dispenser de alcohol gel en distintos sectores de planta baja y alta.
31. Llevar muestras a Bacteriología, Anatomía Patológica, Laboratorio.
32. Participación de Enfermería de Consultorios en eventos (Maratones, Campañas de vacunación, etc.)

33. Asistencia del plantel de Enfermería a capacitaciones, ateneos, jornadas, dados por el HEC.
34. Informar a pacientes de charlas de anticoagulación.
35. Fotocopiado de formularios, que si bien no se utiliza papel en el HEC, los formularios que son para Obras Sociales (Profe, PAMI, Oncología, los usuarios los necesitan en papel, sellados por el Hospital)
36. Traslado de pacientes descompensados a Emergencia previo aviso a médicos del servicio que los recibirá.
37. Llamar a Agente de traslados, cuando sea necesario.
38. Atención telefónica, contestando preguntas de otros servicios, de Gestión de Pacientes, de usuarios, etc. Ya que enfermería es el enlace, que puede contestarlas.

ESTUDIOS: ANGIOGRAFIA Digital

1. Preparar bandejas con materiales y elementos para procedimientos.
2. Brindar tranquilidad a paciente, para lograr su colaboración.
3. Brindar información sobre el procedimiento.
4. Constatar la firma del Consentimiento Informado.
5. Dilatar pupilas con gotas anestésicas y dilatadoras.
6. Controlar T.A y HGT.
7. Colocación y verificar permeabilidad de catéter.
8. Administración de contraste IV.
9. Asistencia al especialista durante el estudio.
10. Retirar catéter terminado el estudio.

TAREAS ADMINISTRATIVAS

1. Confección de Report escrito e informatizado
2. Cuidados en la confección de Registros de Insumos, Materiales
3. Traer recetarios de Oficina de Gestión de Pacientes
4. Llevar y traer Instrumental a Esterilización, proveer elementos de dicha área.
5. Pedido y control de envíos de Farmacia
6. Control de vencimiento de Medicación
7. Pedidos de Insumos por planillas: Depósito (librería, oftalmología, plásticos, etc.)

8. Atención Telefónica continua en relación con otros profesionales o servicios
9. Aviso de traslado a personal correspondiente (Agente de Traslados) a pacientes a distintos destinos.
10. Planificación de uso de consultorios. Gestión de Pacientes provee un Cronograma de ocupación, que en la marcha se modifica según necesidad.
11. Realización de informe semanal a Jefatura.
12. Solicitud a través de mail a servicios de Mantenimiento, Infraestructura, Seguridad y otros. Todo el manejo de HEC es por pedido vía mails, que quedan como registro de solicitud.

ACONDICIONAR UNIDAD DE ASITENCIA MEDICA

1. Cuidados a los pacientes y sus familias en el apoyo emocional.
2. Cuidados en la seguridad del paciente.
3. Educación a pacientes en curaciones, control de glucemia, en el seguimiento de tratamientos, o lo que necesite para comprensión y seguimiento de un correcto tratamiento.

MEDICACION

1. Cuidados de enfermería en la administración de medicación simple, vía oral, subcutánea, sublingual y ocular, indicada por orden escrita del médico tratante.
2. Cuidados de enfermería en la administración de medicamentos intravenosos e intramusculares.

Lo descrito es un resumen de las actividades que en general se realizan en Enfermería de Consultorios Externos. Acciones que se entrelazan entre lo Profesional, Administrativo y de Gestión, como puede observarse en este Menú Prestacionales que se acrecienta día a día con la inclusión de profesionales, consultorios y usuarios.

En cuanto a la tarea que se realiza en los cuatro Consultorios Objetos de Estudio de este trabajo, se puede afirmar que lo prestacionales de Enfermería pasa por la

preparación de consultorios con el material necesario, y la administración de medicación cuando fuese solicitada por el médico.

Los consultorios que más dedicación/hs Enfermería se necesitan son: los de Diabetes y/o Endocrinología, Oftalmología, Oncología y Traumatología.

Los de Diabetes por la educación al paciente de utilización de Aparatos de medición de glucemia, de colocación de insulina, de medicación, dieta, etc.

Los de Oftalmología por la colocación de gotas dilatadoras para estudios, por ej. El de Retina. Los de Oncología y traumatología, por medicación y curaciones correspondientes. No así en los casos de los Cuatro Consultorios de Objeto de Estudio donde quienes curan y retiran puntos son los mismos Médicos que operaron, y la intervención de enfermería pasa tal vez por aplicar una medicación o asistir en algún proceso.

Cartilla de Prestaciones

Especialidades que ofrece el Hospital en atención de Consultorios Externos: **86**, en el siguiente listado figura la Prestación troncal, de ella surgen sub-especialidades, que hacen que 40 especialidades se transformen en 86.

Profesionales: **75**, un mismo profesional suele atender 2 ó más sub-especialidades, por lo que hay un poco menos de Profesionales que el número de prestaciones, por ejemplo:

-García Munitis, médico Pediatra hace consultorio de Clínica Pediátrica los días Martes a las 12 hs. Mientras que una hora antes, a las 11 comenzó hacer consultorio de Reumatología infantil, mismo Profesional con 2 especialidades.

En Consultorios Externos se atienden: Especialidades Troncales (faltan las sub-especialidades)

1. Cardiología
2. Cardiología infantil
3. Cirugía cardiovascular
4. Cirugía cardiovascular (post-operatorio)
5. Cirugía general
6. Cirugía general, Mínimamente invasiva y percutánea
7. Cirugía infantil
8. Cirugía laparoscópica avanzada
9. Cirugía maxilofacial, cabeza y cuello
10. Clínica pediátrica
11. Columna vertebral
12. Diabetes
13. Endocrinología
14. Gastroenterología:(enfermedades inflamatorias y malabsortivas)
15. Gastroenterología: hepatología
16. Gastroenterología: patología biliar
17. Hematología
18. Hemodinamia
19. Infectología
20. Medicina Tranfusional
21. Miembro inferior (reconstrucción ósea)
22. Miembro inferior (rodilla)
23. Miembro superior y microcirugía
24. Miembro superior y microcirugía infantil
25. Nefrología infantil
26. Neumonología
27. Neumonología infantil
28. Neurocirugía
29. Neurocirugía infantil

30. Neurointervencionismo
31. Neurología adultos
32. Neurología infantil
33. Oftalmología (cataratas)
34. Oftalmología post quirúrgica
35. Oftalmología prequirúrgica
36. Oncología clínica
37. Ortopedia infantil
38. Reumatología de adultos

Estudios que ofrece el HEC

1. Unidad de Cuidados Intensivos Cardiovasculares (UCO)
2. Diagnóstico y Tratamiento por Imágenes
3. Resonancias
4. Tomografía Computada
5. Ecografía Infantil
6. Estudios Contrastados Pediátricos
7. Servicio de Gastroenterología
8. Servicio de Hemodinamia
9. Servicio de Laboratorio
10. Neuroendovascular
11. Cirugía General, Espec. Cirugía Maxilofacial Cabeza y Cuello
12. Oftalmología
13. Medicina Nuclear General

La cartilla de prestaciones es amplia, en Consultorios Externos y seguramente seguirá extendiéndose. La calidad de los Profesionales y las prestaciones también. La experiencia de estos tres años habla de que en 2008 se empezó con cinco Especialidades y a la fecha de estudio, las mismas son 86 y unos 75 Profesionales que las atienden.

El área física de consultorios posee dos módulos en el centro que son Oficina de Enfermería y Oficina de Hematología. A izquierda y Derecha de los módulos hay 20 Consultorios donde atienden los Profesionales, hay un Vacunatorio, el consultorio 20 que se utiliza para realizar los ECG, un depósito de insumos, etc.

Indudablemente, 86 especialidades semanales en 18 consultorios parece ser imposible atender, igualmente si se piensa en 75 Médicos, Licenciados y Técnicos que tienen que trabajar allí. Este es otro desafío constante de Gestión de Pacientes y enfermería, el distribuir, administrar, organizar de manera que todos tengan su lugar en su horario para la atención. Para ello se realizó un Cronograma de Ocupación de Consultorios, según día semanal y horario, dividido por consultorio y por turno.

De igual manera, suele ocurrir que ante la llegada tarde de un médico, o la demanda de atención por más tiempo de lo estimado, por la complejidad de cada paciente, resulte que no se desocupe en horario un consultorio y haya que ubicarlo en otro, o buscar una solución, esa que dijimos, desde la gestión se debe prevenir. Poco a poco se van acomodando sobre la marcha este tipo de situaciones, que parecen sin importancia pero se convierten en demoras, descontentos, y otras situaciones que el usuario no debería pasar

Cuadro de Ocupación de consultorios Externos Semanal.

C.E.	LUNES		MARTES		MIÉRCOLES		JUEVES		VIERNES	
	Mañana	Tarde	Mañana	Tarde	Mañana	Tarde	Mañana	Tarde	Mañana	Tarde
1	8 a 12 Bacaloni	14 a 18 De Marco	8 a 12 hs bassani	13 a 17 Viejo Estuard	8 a 12 Zorrilla	12 a 16 Valbuena 17 a 19 Aiderete	8 a 12 Estevez	12 a 14 D. Pietrantonio 14 a 15 Marogna	8 a 12 Valbuena	14 a 18 De Marco
2	9 a 12. Czarnowski	15 a 19 hs Vimo	Marano (Pat. Billar) a 12	12 a 13 G. Muntis 13.30 a 14:30 Amoreo 15 a 18 Vimo	8:30 a 10:30 Estevez 11 a 13 Marti	15 a 19 Vimo	6 a 9 Solemo 9:30 a 12 Lias 8 a 10 Polito	15 a 17 Vimo	8 a 11 hs. De Maria 9 a 12 De La fuente	11 a 13 Ragone 15 a 19 Vimo
3	9 a 12 hs Tejo	12 a 14 hs. Rios 16 a 18 D'Imperio	8 a 12 Potto	12 a 17 hs. Gamboa	8 a 14 Kyle	16 a 18 Dr D Imperio	11 a 13 Rios	16 a 19 Perez Casal	9 a 12 De La fuente	
16		14 a 16 Asulay				14 a 18 Asulay	09 a 11 Baraldo	14 a 17 Baraldo	09 a 11 Baraldo	14 a 17 Baraldo
4	09 a 10 Marini		09 a 11 Baraldo 09 a 11 Marini	14 A 17:20 Baraldo 14 a 18 Sala	9 a 11 Sala		09 a 12 Marini 09 a 13 Leguia	14 a 15 Leguia 14 a 15 Marini	09 a 13 Marini	
5					8 a 9 Sosa				8 a 10 Calandra	
7	08 a 10 Baktarena	12 a 14 Massa 15 a 18 Sanchez	10 a 11 Grinfeld 12 a 13 Lopez P/feiro	13 a 15 Vukovic 16 a 19 Pereira		12 a 13 Mariani 14 a 19 Gheggi	10 a 11 Rodriguez		11 a 13 Vergine	
9	9 a 13 Roggerio	14 a Gonzalez J.	11 a 13 Garcia Muntis 8 a 9 Solemo	13 a 15 Guierrez 15 a 17 Czarnowski	Dr Ocos 9 a 12 9 a 10 hs. Gallego	13 a 14 Rubino 15 a 18 Laccuaniti	8 a 9 Tula Andreaa 9 a 12		08 a 11 Perona	
10	8:30 a 12 Marti	14 a 18 Rosas	9 a 12 De'elitto	18 a 20 Paniego	11 a 13 hs. Promenzio	12 a 14 Comes 14 a 18 Cuenca	8:30 a 10 hs Tachella 11 a 12 Gregorietti	13 a 15 Dra Puente 15 a 17:30 Jauregui	9 a 12 Velazco	
11	9 a 12 Taype	reservado dr milesi 12 a 15 15a 16 Goland reservado traumato 17 a	Dr Diamante 9 a 13	13 a 15 Garaycochea	10 a 12 Amoreo	14 a 16 Amoreo 16 a 20 Calandra	8:30 a 12 Marti	12:30 a 14 Franze	08 a 10 Comas 9 a 11 Bernstein	15 a 16 Espeche
12	8 a 10 Barbosa 10 a 12 Pomares	14:30 a 19 Damiano	8 a 12 Cocozzella Lic Laccuaniti 12 a 13	13:30 a 17:30 Estevez Dr Almerares 19 a 20	10 a 12 Viejo Estuard	12 a 15 Giammello 16 a 20 Flores Acosta	8 a 11 Zorrilla	12 a 14 Comas 15 a 20 Podesta	8 a 9 Marquez 10 a 11 Tropea	16 a 18 Cordano
13	9 A 10 Mandolesi 8 A 9 Palaviccini 10:30 a 11:30 Andreaa	Dra Lambert 13:30 a 14:30 16 a 20 Flores Acosta	8 a 11:30 Gandolfo	12 a 14 Carballo 15 a 18 Villagra	9 a 10 hs. Prozzo 10 a 11 Doroszuk	12:30 a 13:30 Troncoso 14:30 a 19 Damiano	8 a 9 Chuha 09 A 12 Posadas	15 a 18 Uccelli 14 a 15 Barbosa 16 a 20 Flores Acosta	8 a 10 Barbosa 11 a 13 Comes 9 a 11:20 Vukovic	
14	9 a 12 Vergine	12 a 14 Pisano 14 a 16 Ordoñez	8 a 9 Nuñez 9 a 10 Salas 10 a 11 Piccinilli	12 a 16 Boalchuk 16 a 20 Flores Acosta	8 a 10 hs. Piraino	12 a 14 Roggerio 15 a 19 Estevez	09 A 12 Cappa			
17				14 a 17 hs. neumo Pediatrico		14 a 16 Gonzalez J.			8 a 12 Romano	

Torta que indica de dónde y cantidad, son derivados de la Red, fuente Gestión de Pacientes HEC

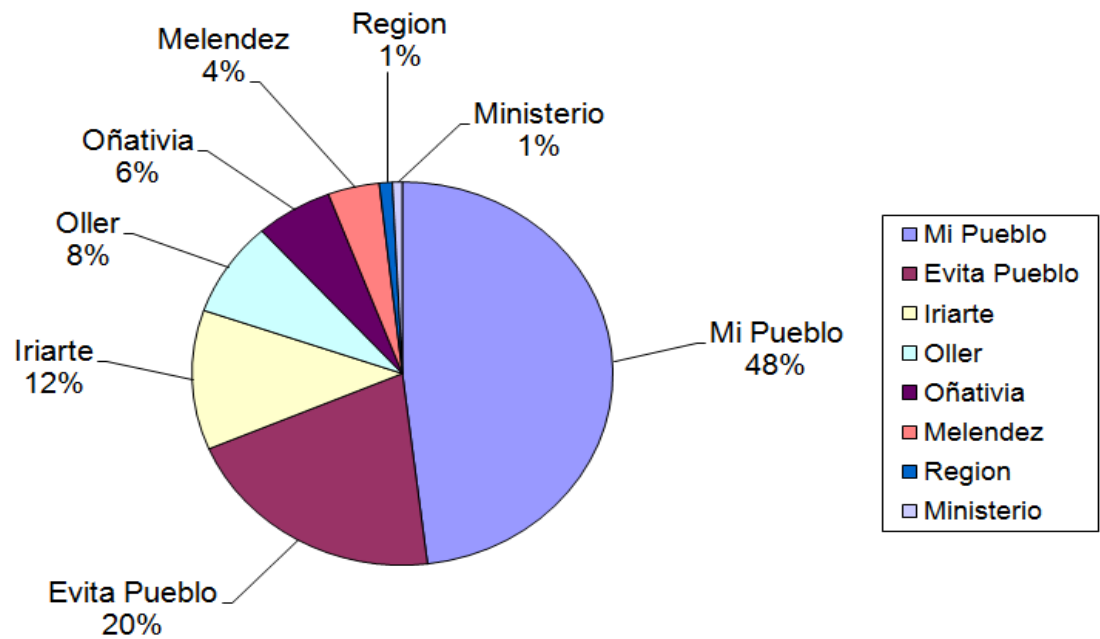
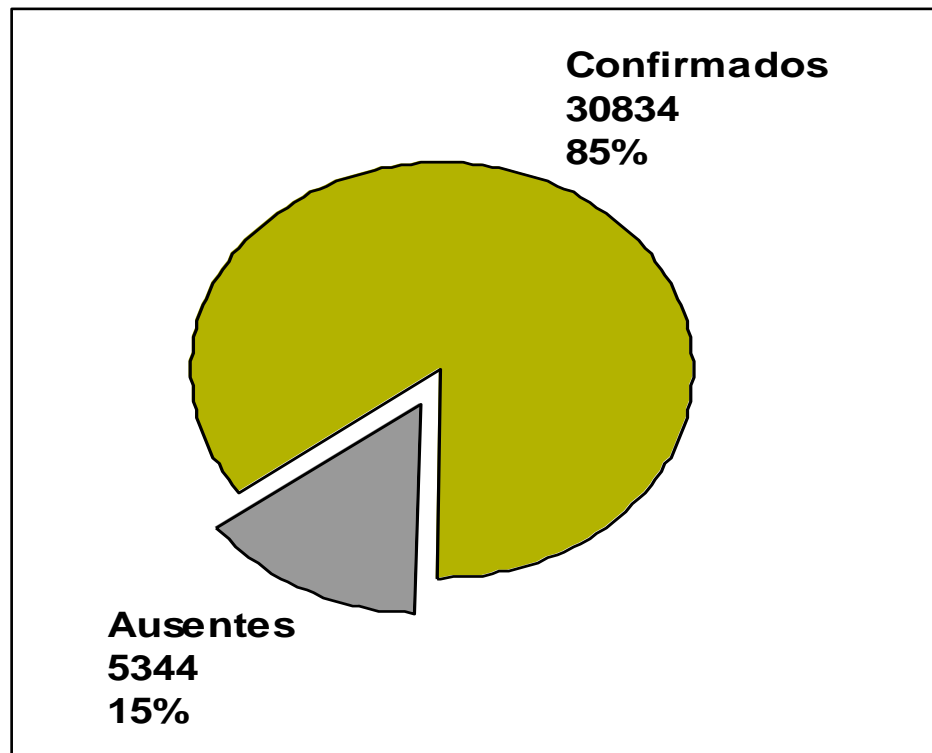


Grafico que muestran Turnos confirmados (atendidos) y Ausentes en 2011



Especificaciones

El HEC atiende a una población de 2.000.000 de habitantes aproximadamente. La atención general en Consultorios Externos en 2011 fue de 47884 usuarios.

Estas Especificaciones de Gestión de Pacientes se refieren a todas las Especialidades que se atienden en el HEC. Es un cuadro que explica cada especialidad con su porcentaje atendido en 2011. Resaltado se demarca los cuatro consultorios de Objeto de Estudio.

En adelante transcribo parte de un artículo. Cuya autora M^a Luisa Tamayo Canillas Del Servicio de Admisión y Documentación Clínica Hospital de Cabueñes (Gijón) España. 2008, describe la importancia de la Gestión ambulatoria.

GESTIÓN DE LA ATENCIÓN AMBULATORIA

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

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

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

Programación y gestión de agendas

La adecuada programación de las agendas donde se citarán las consultas externas y los procedimientos diagnóstico-terapéuticos comprende su definición y planificación. Estas agendas contendrán todas las prestaciones programadas que se desarrollan en consultas

externas y su conjunto integrará la Cartera de Servicios de Atención Ambulatoria Especializada del Área.

Las agendas son definidas por el servicio y validadas por la dirección del centro. El número de agendas responde a las características de cada centro y pueden definirse por especialidad y/o facultativo y/o tipo de patología. Definir la estructura de una agenda requiere al menos:

- Identificarla con un código inequívoco.
- Servicio al que pertenece.
- Médico responsable.
- Centro (si la Atención Especializada del Área cuenta con varios centros).
- Ubicación física de la consulta (sala).
- Calendario: rango de fechas y días de la semana en que está funcionando.
- Horarios: rangos horarios en los que se programa.
- Tipos de prestación y número de pacientes citables por tipo: tipos de consultas o procedimientos para los que se define la agenda y número de pacientes asociado a cada uno. Puede definirse también por tiempo asociado a cada prestación.
- Acceso a la agenda (fundamentalmente si es accesible a Primaria directamente, a qué prestaciones y en qué número).

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

tan sólo requisitos mínimos, por lo que el diseño de agendas ha de tener en cuenta otros requerimientos del servicio de salud o del propio centro. Una vez definidas las agendas, la programación se completa con la planificación de las mismas. Esta planificación debe ser a largo plazo (con agendas operativas a no menos de 12 meses vista) y lo más estable posible para evitar reprogramaciones (con previsiones de cierres por vacaciones, permisos, etc. con suficiente antelación).

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

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

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

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

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

- Reprogramaciones: cambios de fechas de citas.

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

Gestión operativa de la solicitud de cita

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

- Las prestaciones de primera consulta en Atención Especializada solicitadas desde Atención Primaria deben ser de gestión directa por parte de los equipos de Atención Primaria, con lo que el paciente abandonará la consulta de su médico de familia con la citación para el especialista correspondiente. Esto permite además un conocimiento de primera mano por

parte del Equipo de Primaria. M. L. Tamayo “sobre la situación de demoras y cuando se realizará la atención del paciente en concreto. Sólo en los casos en que el soporte informático no permita esta citación en tiempo real, se solicitarán las consultas a Especializada, que las tramitará el mismo día que las reciba re-enviándolas al centro inmediatamente.

– Las citas para consultas sucesivas tenderán a suministrarse en la propia consulta en el momento en que se indiquen por parte del especialista, al igual que las citaciones para procedimientos diagnóstico-terapéuticos complementarios.

– Se favorecerán en la medida de lo posible las citaciones múltiples (varias solicitudes) y combinadas (consultas y/o procedimientos dependientes entre sí) en un solo punto, evitando de esta forma hacer “viajar” a los pacientes por el centro.

– Si, excepcionalmente, se debe demorar la citación por no encontrarse operativas las agendas (revisiones a un plazo superior al año, por ejemplo) se dejará constancia mediante el oportuno registro de que el paciente está pendiente de cita. Este registro debe funcionar como un “buzón de solicitudes”, que se irá vaciando en cuanto sea posible tramitar la cita, comunicándosela al paciente inmediatamente.

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

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

Cada solicitud de cita se identificará a través de un número de episodio único, secuencial y constante, de forma que ese número identifique inequívocamente una cita concreta ligada a

un paciente determinado. Los datos que identifican la petición de cita son al menos: nivel de asistencia (Primaria, Especializada del área, otro centro...), equipo de Atención Primaria/servicio/hospital (según nivel de procedencia) y médico. En el caso de que la petición no se haga efectiva de inmediato es necesario recoger además la fecha de petición. Si la tramitación es inmediata, se consignará automáticamente como fecha de petición la fecha en que se realiza la Admisión y gestión de pacientes en atención especializada. Toda solicitud de cita entre diferentes facultativos (interconsultas) exige además un informe clínico en el que figuren al menos anamnesis, exploración física, exploraciones complementarias solicitadas, valoración diagnóstica (motivo de solicitud y diagnóstico de sospecha), recomendaciones terapéuticas (tratamiento en curso) e información sobre incapacidad temporal. Los datos que identifican la cita solicitada son al menos: servicio, agenda, tipo de prestación, prioridad clínica y tipo de financiación. En el caso de que la cita deba asignarse en un plazo determinado (por aplazamiento voluntario del paciente o a criterio médico) es necesario recoger además la fecha de cita. Si la asignación de día y hora para la visita es para el primer hueco libre, se consignarán automáticamente en el registro la fecha y hora de cita asignadas.

Es necesario que la tramitación de solicitudes vaya ligada al menos a la impresión de una acreditación documental (justificante de cita) de la cita proporcionada, en la que figure como mínimo la identificación del paciente, la prestación citada la, hora y lugar de realización. En esta acreditación que se entregará al paciente deberán figurar además teléfonos o puntos de contacto que le permitan modificar su cita, anularla o comunicar en general cualquier incidencia que pueda surgir entre la fecha de citación y la fecha de cita asignada, intentando de esta forma minimizar en lo posible el volumen de citas fallidas por incomparecencia de los pacientes. Es conveniente además recordarle en la propia acreditación la necesidad de acudir a la cita con informes o resultados de pruebas que se le hayan podido realizar con anterioridad. En el caso de tramitación de solicitudes múltiples o combinadas, la acreditación documental debe contemplarlas en su conjunto (un sólo justificante conteniendo todas las citas), para evitar extravíos y favorecer sobre todo la coordinación de consultas que requieran la previa realización de exploraciones complementarias.

Difusión de la actividad programada

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

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

Registro de actividad

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

Coordinación organizativa del proceso asistencial

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

CONSULTAS POR ESPECIALIDAD

Año 2011

Especialidad	Consultas	Porcentaje
TOTAL	45155	100,00
1.CARDIOLOGIA	2888	6,40
2.CARDIOLOGIA (INSUFICIENCIA CARDIACA AVANZADA)	47	0,10
3.CARDIOLOGIA (PREQUIRURGICO ADULTOS)	878	1,94
4.CARDIOLOGIA (PREQUIRURGICO PEDIATRICO)	63	0,14
5.CARDIOLOGIA (TRANSPLANTE CARDIACO)	11	0,02
6.CARDIOLOGIA INFANTIL	592	1,31
7.CARDIOPATIAS CONGENITAS DEL ADULTO	117	0,26
8.CIRUGIA BARIATRICA	328	0,73
9.CIRUGIA CARDIOVASCULAR	962	2,13
10.CIRUGIA CARDIOVASCULAR (PATOLOGIA DE LA AORTA)	121	0,27
11.CIRUGIA CARDIOVASCULAR (POST-OPERATORIO)	222	0,49
12.CIRUGIA CARDIOVASCULAR INFANTIL	72	0,16
13.CIRUGIA CARDIOVASCULAR INFANTIL (PRE-QUIRURGICO)	12	0,03
14.CIRUGIA GENERAL	700	1,55
15.CIRUGIA GENERAL, MINIMAMENTE INVASIVA Y PERCUTANEA	225	0,50
16.CIRUGIA INFANTIL	681	1,51
17.CIRUGIA INFANTIL (POST OPERATORIO)	147	0,33
18.CIRUGIA LAPAROSCOPICA AVANZADA	173	0,38
19-CIRUGIA MAXILOFACIAL, CABEZA Y CUELLO	1361	3,01
20.CIRUGIA PLASTICA	151	0,33
21.CIRUGIA TORACICA	147	0,33
22.CLINICA PEDIATRICA	167	0,37
23.COLUMNNA VERTEBRAL	1901	4,21
24.DIABETES	1219	2,70
25.ELECTROFISIOLOGIA	298	0,66
26.ENDOCRINOLOGIA	2329	5,16
27.GASTROENTEROLOGIA (PATOLOGIA DE ESOFAGO Y ESTOMAGO)	34	0,08
28.GASTROENTEROLOGIA: (ENTEROSCOPIA)	233	0,52
29.GASTROENTEROLOGIA: HEPATOLOGIA	639	1,42
30.GASTROENTEROLOGIA: PATOLOGIA BILIAR	434	0,96
31.GASTROENTEROLOGIA:(ENFERMEDADES INFLAMATORIAS Y MALABSORTIVAS)	477	1,06
32.HEMATOLOGIA	433	0,96
33-HEMATOLOGIA (ALTERACIONES DE LA HEMOSTASIA Y TROMBOFILIA)	221	0,49
34.HEMATOLOGIA (CONTROL DE ANTICOAGULACION)	751	1,66
35-HEMATOLOGIA (EVALUACION DE TRANSPLANTE DE MEDULA OSEA)	93	0,21
36.HEMODINAMIA	395	0,87
37.HEMODINAMIA (REEMPLAZO VALVULAR AORTICO PERCUTANEO)	4	0,01
38.HEMOTERAPIA (HEMOFILIA)	3	0,01
39.INFECTOLOGIA	580	1,28

40-INFECTOLOGIA – INMUNOCOMPROMETIDOS	67	0,15
41.I NFECTOLOGIA INFANTIL	31	0,07
42.INMUNONEFROLOGIA (COLAGENOPATIAS)	173	0,38
43.MEDICINA LABORAL	1	0,002
44.MEDICINA TRANSFUSIONAL	840	1,86
45-MIEMBRO INFERIOR	450	1,00
46-MIEMBRO INFERIOR (RECONSTRUCCION OSEA)	389	0,86
47.MIEMBRO INFERIOR (RODILLA)	438	0,97
48.MIEMBRO INFERIOR (SEGUIMIENTO)	18	0,04
49.MIEMBRO SUPERIOR Y MICROCIRUGÍA	1542	3,41
50-MIEMBRO SUPERIOR Y MICROCIRUGIA INFANTIL	319	0,71
51.NEFROLOGIA INFANTIL	532	1,18
52.NEFROLOGIA INFANTIL (SEGUIMIENTO)	254	0,56
53.NEUMONOLOGIA	733	1,62
54.NEUMONOLOGIA INFANTIL	498	1,10
55.NEUROCIRUGIA	1733	3,84
56.NEUROCIRUGIA (POST QUIRURGICO)	14	0,03
57.NEUROCIRUGIA FUNCIONAL	73	0,16
58.NEUROCIRUGIA INFANTIL	467	1,03
59.NEUROINTERVENCIONISM	77	0,17
60.NEUROLOGIA ADULTOS	1021	2,26
61.NEUROLOGIA INFANTIL	1008	2,23
62.NUTRICION	309	0,68
63.NUTRICION PARA PACIENTES DBT	186	0,41
64.OFTALMOLOGIA (ALTA)	120	0,27
65.OFTALMOLOGIA (RETINA)	642	1,42
66.OFTALMOLOGIA POST QUIRURGICA	2090	4,63
67.OFTALMOLOGIA PREQUIRURGICA	571	1,26
68.OFTALMOLOGIA QUIRURGICA	1482	3,28
69.ONCOHEMATOLOGIA	765	1,69
70.ONCOLOGIA (SEGUIMIENTO)	2318	5,13
71.ONCOLOGIA CLINICA	740	1,64
72.ONCOLOGIA INFANTIL	93	0,21
73.ORTOPEDIA INFANTIL	1074	2,38
74.OTORRINOLARINGOLOGIA	16	0,04
75.POST QUIRURGICO DE MIEMBRO SUPERIOR	215	0,48
76.PRE QUIRURGICO DE MIEMBRO SUPERIOR	103	0,23
77.PSICOLOGIA	610	1,35
78.PSICOLOGIA (EVALUACION PRE - QUIRURGICA CCV INFANTIL)	11	0,02
79.PSICOLOGIA (EVALUACION PRE - QUIRURGICA CIRUGIA BARIATRICA)	112	0,25
80.REHABILITACION CARDIOVASCULAR	73	0,16
81.REUMATOLOGIA	1333	2,95
82.TERAPIA OCUPACIONAL (REHABILITACION MM SS) INGRESO""	132	0,29
83.TERAPIA OCUPACIONAL (REHABILITACION MM SS) SEGUIMIENTO""	837	1,85
84.TERAPIA OCUPACIONAL PEDIATRICOS (REHAB MM SS) SEGUIMIENTO""	52	0,12
85.TRAUMATOLOGIA (POST-QUIRURGICOS)	195	0,43

Gestión de Pacientes por Especialidades Médicas más Complejas

Como se mencionara anteriormente, este estudio analiza cuatro consultorios de mayor complejidad. A Continuación se muestra lista del Servicio de Cirugía general y sus responsables por especialidades.

Luego se presenta cada una de estas cuatro en particular, con sus ejecutores y el tipo de subespecialidades que poseen.

Cirugía General

Responsable: Dr. Osvaldo Russo

Subjefe: Dr. Gustavo Tachella

Coordinador del área de cirugía pediátrica:

Dr. Gustavo Rosas.

Coordinadores del área de cirugía maxilofacial:

Dr. Leonardo Piraino y Dr. Osvaldo Ordoñez.

Médico de planta Dr. Lucas Pisano Gobbi.

Coordinador de cirugía torácica:

Dr. Sebastian Gandolfo.

Coordinador de cirugía percutánea:

Dr. Xavier Taype.

Los objetivos previstos están acordes al nivel de desarrollo del servicio de cirugía. Su orientación es netamente hacia los procedimientos quirúrgicos que no se realizan en la red. También se busca generar un centro de cirugía laparoscópica de avanzada, que abarque las distintas especialidades, por lo que podemos identificarlos en:

Objetivos asistenciales: el servicio debe seguir integrándose a la red prestacional, desarrollando todos aquellos procedimientos quirúrgicos que no se realizan en

los otros hospitales y sirviendo de soporte para aquellos paciente que por la evolución de su cuadro clínico necesiten ser derivados a esta institución.

Objetivos docentes: proyectamos para el año 2010 cursos y jornadas.

Objetivos académicos: participar como anfitriones en actividades académicas de las distintas especialidades, invitando a referentes en las distintas especialidades así como a las autoridades de las distintas sociedades científicas (sociedad argentina de cirugía torácica, sociedad argentina de cirugía vascular, asociación argentina de cirugía, etc.).

Objetivos de investigación: capacitar a nuestros recursos humanos en metodología de investigación y desarrollar protocolos de investigación.

Objetivos de difusión de actividades del servicio: inaugurar un sitio web (blog), que sirva como método de divulgación de las actividades que se desarrollan en el servicio, a través de videos, actualizaciones de técnicas quirúrgicas, nuevas modalidades de tratamiento, opiniones de expertos, etc, así como para intercambiar experiencias con otros profesionales del país o extranjeros.

El servicio cuenta con distintas áreas y especialidades a cargo de sus coordinadores.

Están programadas varias líneas de trabajo que se encuentran explicitadas en nuestro programa operativo anual:

cirugía laparoscópica de avanzada:

(colorectal-urológ-bariátr)

cirugía torácica convencional y

videoasistida cirugía mínimamente invasiva percutánea

cirugía bariátrica y metabólica

cirugía pediátrica

cirugía maxilofacial

cirugía hepatobiliopancreática

Actualmente se realizan procedimientos como:

hemicolectomías,

esplenectomías,

suprarrenalectomías,

hepatectomías,

nefrectomías,

lobectomías pulmonares y tumores mediastinales

todos por cirugía videoasistida. El servicio de cirugía interactúa con los servicios internos: Uti-emergencias-gastroenterología-clínica médica-oncología-uti pediátrica y pacientes derivados de los hospitales integrantes de la Red buscando fortalecer el trabajo en equipo en pos del bienestar de los pacientes.

1-Cirugía Cardiovascular

Integrantes: Dr. Roberto Grinfeld y Dr. Alejandro Machaín

Objetivos: Crear un Servicio de Cirugía Cardiovascular de alta complejidad en una zona de gran densidad poblacional en la que no existe este tipo de prestación médica para pacientes sin cobertura de salud.

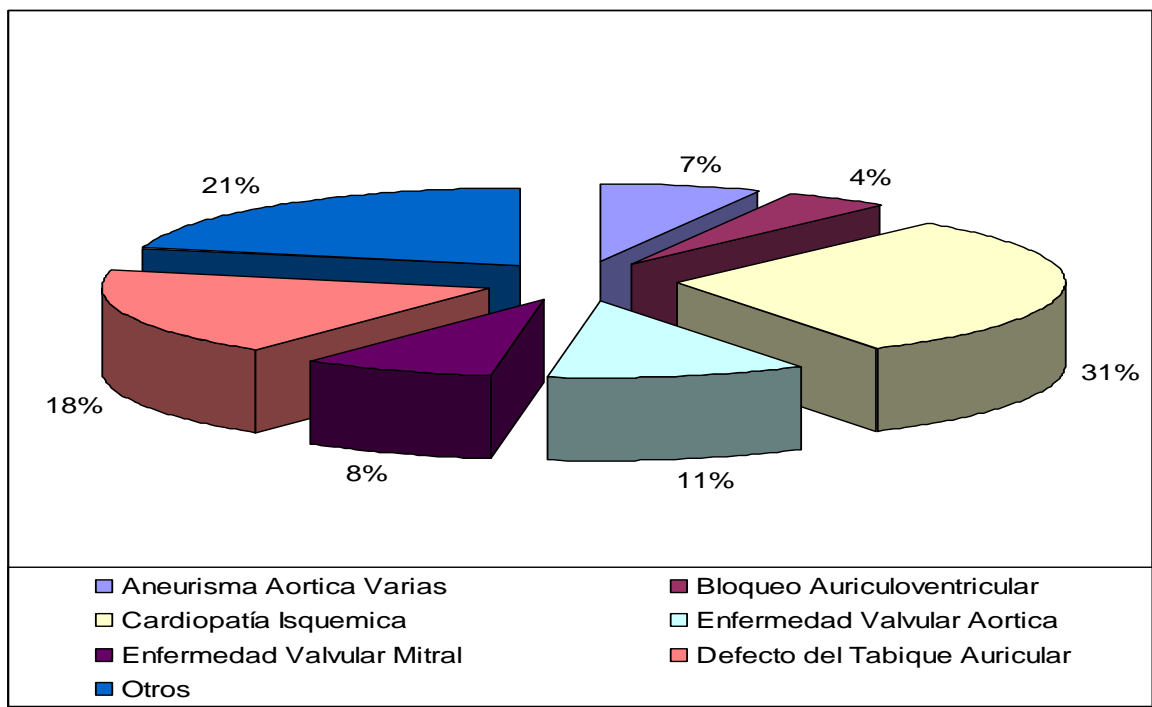
- Crear una estructura de trabajo de tipo horizontal en equipo con el Servicio de Cardiología, que promueva la investigación y la docencia como generadoras de excelencia médica.
- Implementar programas basados en los perfiles de riesgo de los pacientes para la evaluación de los resultados.
 - Transplante cardíaco.
 - Transplante pulmonar y cardio-pulmonar.
 - Utilización de homoinjertos y operación de Ross.

Cirugía mini invasiva coronaria y valvular.

El Servicio de Cardiología, a través del Dr. Potito Mauricio, Coordinador Médico de Consultorios de Cardiología, junto al Jefe Dr. Tajer, me facilitaron un valioso material denominado: “Estadísticas de Consultorios de Cardiología Periodo 2009/2010” que me resultó muy provechoso para este estudio. De donde tomo datos que expreso en la siguiente lista:

Prácticas y Datos de Pacientes Ambulatorios:

❖ Holter	Colocado a 70 Mujeres	56 Hombres
❖ Presurometría	13 Mujeres	4 Hombres
❖ ECG	826 Adultos	124 Pediátricos
❖ Ergometría	7 Mujeres	7 Hombres
❖ Más atendidos:	IAM=235	HTA= 90
❖ X Sexos adultos:	299 Fem.	597 Masc.
❖ X sexos Niños	82 Fem.	102 masc.
❖ Rango Etario ad.:	51-60= 323	61-70= 212
❖ Rango Etario Niños:	0-2 años=88	3-10 años 63



Torta que muestra Cirugía Cardiovascular Ambulatorio Diferentes Patologías, fuente: Gestión de Pacientes.

Consultorios de Cirugías Cardiovascular:

Las Cirugías realizadas en el primer período en números son:

Cardiopatía Isquémica = 132 pacientes; Por defecto del Tabique Auricular = 79; Por Enfermedad Valvular aórtica = 47; Por Enfermedad Valvular Mitral = 35; Por Aneurisma

Aortica Varias = 29; Por Bloqueo Auriculoventricular = 19 y por otras Patologías varias =93 pacientes.

Especialidades cardiológicas en Consultorio Externo 2011

Cardiología	1255
Cardiología (Insuficiencia Cardíaca avanzada)	14
Cardiología (Pre quirúrgico Adulto)	779
Cardiología (Pre quirúrgico Pediátrico)	60
Cardiología Transplante Cardíaco	9
Cirugía Infantil	418
Cardiopatía Congénita del adulto	46
Cirugía Cardiovascular	378
Cirugía Cardiovascular (patol. de la Aorta)	56
Cirugía Cardiovascular (pos operatorio)	140
Cirugía Cardiovascular Infantil	38
Cirugía Cardiovascular Inf, Pre quirúrgico	9
Electrofisiología	161
Hemodinamia (R,Valvula aortica percutánea)	4

2-Neurocirugía

Neurociencias

Este servicio se organizará por distintas sub-especialidades de las neurociencias, desarrollando la incorporación de alta tecnología y complejidad, en la práctica asistencial.

Se basará en tres pilares: Asistencia, Docencia e Investigación.

Cirugía Cardiovascular Ambulatoria, Patologías

- Se ofrecerá a los pacientes estrategias terapéuticas oportunas y adecuadas, diseñadas por un equipo multidisciplinario, sólidamente formado y con vasta experiencia en el tema.

Se realizará un sistema de referencia y contra referencia con los hospitales que integren la Red.

- Se llegará a la población con información por medio de la Red para prevenir enfermedades neurológicas.
- Se desarrollarán programas de tratamiento de alta complejidad de acuerdo con las necesidades de la Red.
- Se incorporará un grupo humano y tecnología que pueda abarcar todas las patologías neurológicas de difícil control.

Prestaciones:

- Micro neurocirugía de adultos
- Micro neurocirugía infantil
- Neurocirugía Estereotaxica
- Neurocirugía funcional:
- Cirugía del dolor, epilepsia, Parkinson, espasticidad, braquiterapia Estereotáctica, estudio y tratamiento de la epilepsia, electrofisiología, polisomnografía, video telemetría, EEG y EMG.
- Prevención y tratamiento del ataque cerebral
- Unidad de Stroke
- Departamento de movimientos anormales
- Enfermedades Neuro-MusculareEvaluaciones n Seguimiento del lactante de alto riesgo
- Movimientos involuntarios
- Enfermedades desmielinizantes
- Neurometabolismo

3-. Traumatología de Columna

Ortopedia y Traumatología

Integrantes:

Jefe de Servicio:Dr. Osvaldo ROMANO

- **Sector Ortopedia y Traumatología Infantil** Dra. Silvia Viejo Estuard
Dr. Alejandro Giammello
- **Sector Miembro Superior y Microcirugía**

Dr. Luís Coccozzella

Dr. Sebastián Valbuena

- **Sector Columna**
- Dr. Osvaldo Romano
- **Dra. Roxana Ferreira**

Este Servicio colabora con los restantes Hospitales de la Red en la atención del paciente con afecciones del aparato locomotor. Actualmente se desarrollan 3 subespecialidades:

- Ortopedia y Traumatología Infantil
- Patología del Miembro Superior y Microcirugía
- Columna Vertebral

Se puede acceder a los consultorios externos de cada subespecialidad a través de la derivación desde los Hospitales de la Red.

Actividad del Servicio:

- **Consultorios externos:**
- **Ortopedia y Traumatología Infantil** Martes (tarde) Dra. Silvia Viejo Estuard
Miércoles (tarde) Dr. Alejandro Giammello
- **Columna**
- Martes (mañana) Dr. Osvaldo Romano
- **Lunes (mañana) Dra. Roxana Ferreira**

- **Miembro Superior y Microcirugía**
- Martes (mañana) Dr. Luis Cocozzella Miércoles (tarde) Dr. Sebastián Valbuena
- Viernes (mañana) Dr. Sebastián Valbuena (Mano Infantil)
 - **Ateneos Bibliográficos:**

Miércoles de 8 a 8.30 hs.

- **Ateneos Pre y post-quirúrgicos de Ortopedia y Traumatología**

Miércoles de 8.30 a 10 hs.

- **Ateneos de Columna conjunto con Neurocirugía y Diagnóstico y Tratamiento por Imágenes**

2º y 4º lunes de cada mes a las 11 hs.

- **Cirugías**
- **Actividad de Sala**

3b-Cirugías de columna

Este servicio ya realiza cirugías de columna vertebral, como las que se efectúan en los centros especializados de salud.

El equipo quirúrgico está integrado por el Dr. Osvaldo Romano, responsable del Servicio de Ortopedia y Traumatología, el neurocirujano Jorge Lambre, y el Dr. Sebastián Solernó, especialista en ortopedia del Hospital Mi Pueblo de Florencio Varela quien participa de estas cirugías.

El cronograma de las diferentes intervenciones fue el siguiente:

- En octubre se operó (2009) al primer paciente con compresión radicular lumbar.
- En noviembre se realizó la primer cirugía con instrumentación lumbar,
- Y en el mes de diciembre, se intervino a la primera paciente de cirugía de columna cervical (laminoplastia).

Sector Columna Vertebral, cuadro de números de intervenciones

Bloqueos y biopsia bajo TAC	67
Radiculografía	3
Bloqueos selectivo facetorial	5
Biopsias vertebral por punción	11
Bloqueos selectivos foraminal	48

4-Especialidad Cirugía Maxilofacial Cabeza y Cuello

Módulos de Cirugía de cabeza y cuello

Congénitas:

- Labio leporino.
- Fisura de paladar.
- Orejas en asa o cucurucho.
- Atresia de coanas.
- Macroglosia.
- Colocación de expansores.
- Operaciones secundarias de labio o paladar fisurados.
- Linfangiomas de cuello.

Tumorales:

- Tumores malignos de cabeza y cuello. Resección oncológica, sin y con vac. cervical.
- Quistes y tumores benignos o malignos de mandíbula y maxilar superior.
- Paratiroides (hiperparatiroidismo).
- Paratidectomía total, sin vac. cervical (Tumores de glándulas salivales).

- Tiroidectomía total, con o sin invasión mediastínica.
- Tumores mandibulares que requieran reconstrucción ósea. No microquirúrgica.
- Tumores de Glomus carotídeo, con compromiso solo cervical.
- Tumores de cavidad oral y lengua.
- Tumores de laringe.

Traumáticas:

- Fractura de piso de órbita.
- Fractura de ángulo mandibular.
- Fractura de mandíbula en paciente desdentado.
- Fractura conminuta de mandíbula, o con más de un trozo fracturado

Cuadro comparativo de cantidad de atención por especialidad

Especialidad	Clase de Cirugía	Cantidad atendida pacientes	%
Cirugía Cardiovascular	1. <i>Varias</i>	1. 962	1. 2,13
	2. <i>Patología Aorta</i>	2. 121	2. 0,27
	3. <i>Post-operatorio</i>	3. 222	3. 0,49
	4. <i>Infantil</i>	4. 72	4. 0,16
	5. <i>Infantil (pre Qx)</i>	5. 12	5. 0,003
Neurocirugía	1- <i>Varias</i>	1. 1733	1- 3,84
	2- <i>Post Qx.</i>	2- 14	2- 0,03

	<i>3-Funcional</i>	3 -73	3-0,16
	<i>4-Infantil</i>	4- 467	4-1,03
Cirugía de Columna	<i>C. Vertebral</i>	1901	4,21
Cirugía Maxilofacial	<i>Cabeza y cuello</i>	1361	3,01
Totales	+ de 12 tipos Cx.	6936 consultas	15,31%

El HEC atiende a una población de 2.000.000 de habitantes aproximadamente. La atención general en Consultorios Externos en tres años, con 86 Especialidades y 75 Profesionales, fue la siguiente:

Año	<i>Atención de Consulta Externa en General</i>
2008/9	25.430
2010	39.945
2011	47.884
Totales	113.259

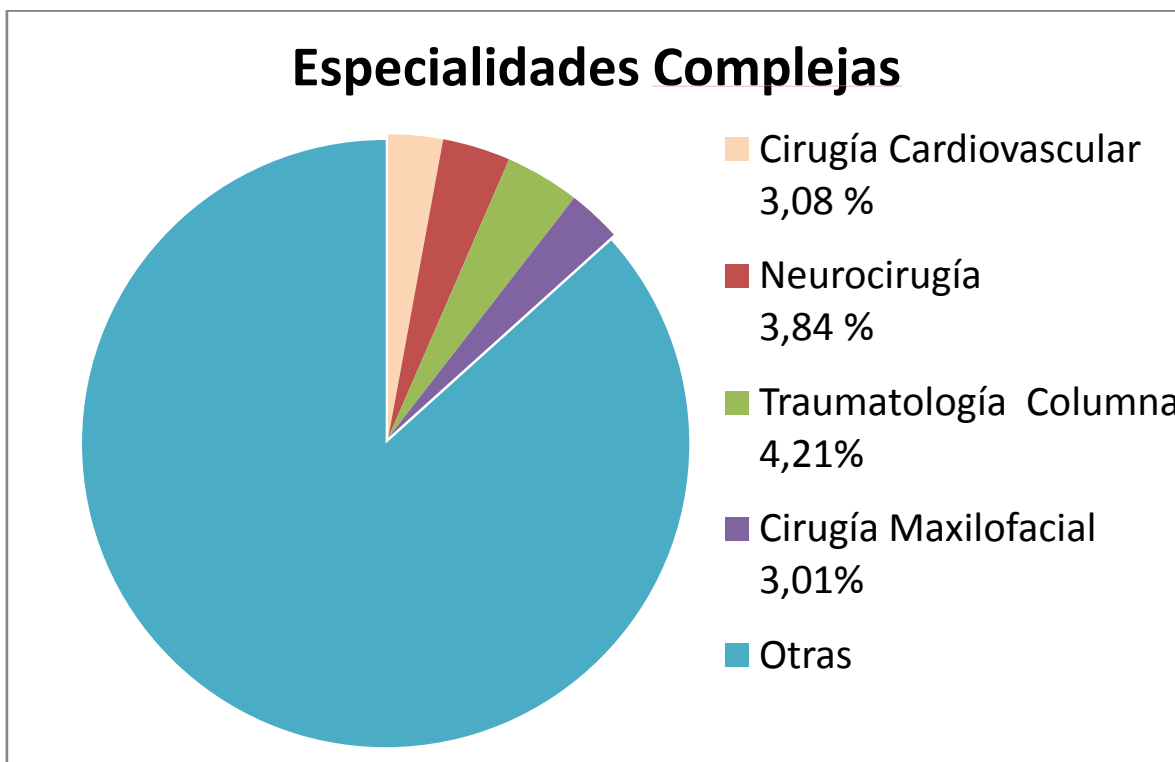
Los 113.259 pacientes atendidos y registrados en Gestión de Pacientes en el Sistema Informático en Consulta Externa y contabilizado por Estadísticas, un número de 6384, son los registrados en las Especialidades Complejas estudiadas aquí, y que son: Cirugía Cardiovascular, Neurocirugía, Traumatología de columna y Cirugía Maxilofacial. En el siguiente cuadro se especifican cantidades y porcentajes, también se mencionan otras especialidades con gran cantidad de atención.

Cantidad de Pacientes atendidos en Consulta Externa, en las 4 especialidades complejas.

Especialidad Medica	Consultas en 2011	%	Otras Consultas %
Cirugía Cardiovascular	1389	3,08	Endocrinología 5,16
Neurocirugía	1733	3,84	Oncología 5,13
Traumatología de	1901	4,21	Oftalmología post Qx.

Columna			4,63
Cirugía Maxilofacial	1361	3,01	Cardiología 3,32
Totales	6384	14,14	18,24

Cuadro con Datos suministrados por Estadística. (32,38% de 86 Espec.)



“Mejora Continua en Consultorios Externos HEC²”

El siguiente trabajo es un estudio de tipo Observacional, donde el único instrumento que se utiliza es la demanda de nuestros usuarios que expresan verbalmente su descontento en la atención en temas generales de Gestión, y de necesidades de nuestro personal y del área para ofrecer un servicio óptimo a nuestros usuarios.

Enfermería es el principal receptor y observador de los problemas. Por lo cual se siente oidor y espectador de estos temas.

² Pared, Liliana, PMC en Consultorios Externos HEC. Trabajo para 4º Jornadas Científicas HEC, Abril 2010-abril 2011.

Comprometidos con la **Visión** e cuanto a la “búsqueda permanente de la excelencia”, con la **Misión** en cuanto a “gestión orientada a la búsqueda permanente de mejoras asistenciales y organizativas que le permitan una eficiencia acorde con la efectividad de las prestaciones” y con los **Valores** donde “El usuario es la razón de ser de la Institución”, es que nace este trabajo. El mismo, observa 2 temas:

- 1- Requerimiento de los usuarios externos en cuanto a Gestión y atención.
- 2- Requerimiento del Personal de Enfermería, cliente interno, para optimizar el Servicio.

Este estudio se dedica a IDENTIFICAR los problemas de Gestión, sin presentar soluciones ya que no corresponde a Enfermería esta área, aunque se coloca del lado de Gestión de Pacientes, deseando ser partícipe de las reformas positivas que necesite.

IDENTIFICA también los problemas que sí, se intentan solucionar desde nuestro puesto y lugar de Enfermería. Problemas que, de solucionarse o aportar ideas para tal fin, redundarían en mejor y ágil servicio a nuestros usuarios, en búsqueda de la excelencia de servicio que pretendemos.

Sin más, se espera el beneficio que premie con excelencia a todos: clientes externos, internos y el HEC en general.

El Proceso de Mejora Continua (desde aquí PMC) es un enfoque sistemático para lograr mejoras en los procesos que producen Producción y Servicio a los usuarios.

El PMC en Consultorios Externos tiene como objetivo identificar los posibles problemas en la atención, demanda, calidad y satisfacción de quienes son nuestros usuarios o clientes externos.

El HEC posee un Plan Estratégico 2009-2012 que cuenta con 4 Apuestas. La N° 1 se trata de “Desarrollo de La Alta Complejidad orientado a la mejora continua de la Calidad y Eficiencia”, teniendo como meta esta Apuesta es que nace este estudio que identifica los problemas más mencionados por los usuarios, que constantemente Enfermería de Consultorios, ve y oye.

El PMC en consultorios Externos HEC tiene como meta lograr una mejor producción de Servicios y calidad en la atención a los usuarios o clientes externos.

Debemos hacer de esto, un asunto de todos los días.

Se aplicará el sistema SAMME. ¿De qué se trata este sistema?

La sigla nos dirige en cuanto a los pasos a seguir en el estudio:

1.-**Seleccionar**

2.-**Analizar**

3.-**Medir**

4.-**Mejorar**

5.-**Evaluar**

Para realizar un PMC en Consultorios y poder llegar al punto de Evaluar, se necesita un mínimo de 6 meses, para medir resultados de Mejora Continua. Por lo que en este estudio solo se llega hasta el punto 2, con muy pocas mediciones, las que pertenecen a mes de Agosto 2011, para tener una aproximación de lo que se habla y se entienda en números.

Para cada punto de Problema se debe realizar un Proceso que lo corrija.

1.-Seleccionar

Identificando los Problemas

a-Requerimiento de los Usuarios/Clientes Externos

(Según Problemas de Gestión y otros)

Necesidad + expectativas= a Requerimiento de los usuarios

- Turnos muy distantes entre atención y nueva consulta
- Médicos que llegan más tarde del horarios a su consultorio
- Pacientes atendidos una hora después del turno que se le asignó
- Dificultad para retirar resultados de estudios

- Pérdida de tiempo de atención de Consulta por tener que firmar planillas, rehacer recetas, llenar formularios, etc.
- Falta de lugar físico, a veces se interponen Médicos.
- Usuarios no se quieren ir a pesar de tener el alta.
(Referencia/Contrarreferencia)

Cuadro de Requerimiento de Usuarios Externos, elaboración propia en base a datos de SIGHEOS

Especialidades: 86

Médicos:75

Especialidad Medica	Distancia entre turnos Atendido en setiembre 2011 vuelve:	Dificultad para retirar o ver estudios	N° de Usuarios atendidos en Agosto 2011
ONCOLOGIA	1 MES	X	X 4: 245
DIABETOLOGIA	Enero 2012	X	X1: 138
REUMATOLOGIA	Enero 2012	X	X1: 115
TRAUMATOLOGIA Columna	Aprox.3 meses	X	X3: 200
CARDIOLOGIA	Nov.-Dic. 2011	No	X11: 396
OFTALMOLOGIA	Dic.	No	X4: 469

Otros Datos:

V° de Demanda

V° de canje y cambio de turnos

B.-Requerimiento de Enfermería/Cliente Interno

- Arreglos Internos de Distribución de Tareas (Proceso de Distribución de Tareas)
- Lugar para medicar, cerca de Office de Enfermería.
- Más Consultorios habilitados para atención.
- Hoja de Enfermería digital, para Report en Consultorios (elevado el Pedido)
- Iniciar Protocolos de Acciones de Enfermería (iniciado Protocolo de Angiografía)

- Evitar el pedir información innecesaria al Usuario.
- PC con lectora de CD o Capacitación del Galileo. (Innumerables pedidos hechos)
- Implementar en los LCD de los pasillos, un espacio promoción de Marketing interno del HEC, con respuestas a preguntas comunes de los Usuarios, Historia del Establecimiento, especialidades con las que cuenta, etc.
- Dificultad con fotocopiar planillas, para tratamientos fuera de la Institución.
(En un HEC que se intenta no utilizar papeles, se dificulta y se convierte en un gasto extra las fotocopias de planillas, ya sean internas o para otras instituciones).

¿Cuáles son las Posibles Causas de los Problemas Presentados?

- Somos un Hospital nuevo, joven, complejo, etc.
- La Demanda nos superó en este tiempo.
- Se nota Falta de Comunicación entre los distintos servicios.
- No se terminó de encastrar el “trabajo en equipo”.

Posibles Soluciones

- Proceso de Distribución de Tareas
 1. Enfermera 1, TM
 2. Enfermera 2, TM
 3. Enfermera 3, TT
 4. Enfermera Referente TT
- Protocolización de Acciones de Enfermería
- Continuar con atención Personalizada al usuario
- Proceso de Protocolizar Acciones de Enfermería
 - Protocolo de Preparación de cada Consultorio
 - Protocolo de Angiografía
 - Protocolo de asistencia en curaciones

- Protocolo de atención en cada consultorio

En Síntesis:

En la medida que el HEC siga creciendo, implementando más servicios y también que aumenta la Demanda, es importante cuidar la imagen, y cumplir con la Misión, Visión y Valores que seguimos.

Este PMC debe continuar (y ser medido en 6 meses) con el fin de mantener al HEC, como una Institución eficiente y del mejor nivel. Después de todo el usuario se lo merece, y es nuestra razón de ser.

Necesidad de Avances:

-Mejor distribución días/horarios/pacientes, ya que hay días que se atienden 200 usuarios y días que se atienden menos del 50%, produciéndose una recarga horaria y de gente en los pasillos de espera. Los usuarios en estos días deben esperar algunos parados, no alcanzan asientos.

-Mejorar y Disminuir los tiempos de espera entre consulta y consulta. También en la atención de consultorios y de los pasos hasta llegar a la atención (confirmación de turno, facturación, orientación, evitando largas filas).

-Provisión de recetarios: de Obras Sociales en general, de PAMI en particular, solidarios y de Psicofármacos, etc.

-Que los Profesionales lleguen a horario (salvo algo fortuito) a atender.

-Programar que los pacientes que necesiten ECG, los realicen con turnos antes de la consulta con cardiología, permitiendo se agilice la misma, Ya que el médico no tendría que hacerlo él, en consultorio, con incremento de tiempo de atención no calculado.

-Crear una Comisión de Satisfacción del Usuario o cliente, que realice y controle las encuestas de satisfacción, de respuesta a los buzones de quejas y sugerencias. Que efectúe ateneos para dar soluciones.

-Señalización de salida. Pedido varias veces, todavía sin realizar.

-Implementación de más consultorios físicos, equipados con los elementos necesarios,

instrumentos para atender la demanda. Los Profesionales no siempre terminan de atender en el tiempo estipulado, y se interponen con el médico que ingresa a atender, a veces sin lugar a donde ubicarlos. Se acrecienta tiempo de espera de los usuarios y el malestar del profesional que llega a horario y su consultorio no está desocupado.

-El que se haga respetar la norma de que en Consultorios no debe extraerse sangre para laboratorio, porque disminuye tiempo de prestación de Enfermería.

-Mejorar la entrega resultados de estudios y/o análisis antes del ingreso a la consulta. Luego es difícil encontrar y/o seguir el camino de donde deben estar los mismos.

La gran fortaleza de tener un Programa de Calidad en el HEC, depende del grupo de Profesionales que se distinguen por su compromiso, entusiasmo y esfuerzo en el hacer. Así también como el poder contagiar el tema calidad en todas las esferas, con la mirada puesta en la satisfacción de los usuarios. La calidad es cosa de todos, y todo camino iniciado no debe ni puede quedar a la mitad, somos partícipes absolutos de conseguir la meta, que no es imposible, porque se trata que cada día, lo hagamos un poco mejor.

“La Gestión de Calidad de los Servicios de Salud fue y es un motivo de preocupación de gestores, políticos y de la Sociedad en su conjunto. Mas aun la realidad de muchos servicios es muy diferente de la retórica “las personas son nuestro capital mas importante”. Hasta que esa diferencia no desaparezca, hasta que los sentimientos no nos importen tanto como los aspectos financieros, estamos destinados a crear organizaciones que destruyen, además de la gestión, el alma y el espíritu de sus miembros. El desafío consiste en diseñar estrategias que ubiquen a las personas en el corazón de la organización. (Gratton, 2001).

PMC: La Evaluación³

Luego del año de planteado este trabajo, esta fue la propuesta que mostró los resultados.

- **Objetivo General**
- -Evaluar y Demostrar los alcances del PMC en Consultorios Externos del HEC a casi año de su implementación.
- **Materiales y Métodos**

³ Pared, Liliana. PMC, La Evaluación. Estudio presentado como evaluación de un año de puesta en marcha. F. Varela, Octubre 2011.

- Descripción y análisis de los cambios logrados.
- **Desarrollo y Resultados**
- Tras la observación de los logros alcanzados y que se muestran en cuadro siguiente, los resultados arrojados son:
- -Se destaca la solución de siete de los problemas planteados al comienzo del PMC.
- -En Ocho problemas se está trabajando para una conveniente solución.
- -Solo un problema de los planteados, espera respuesta.
- Se considera altamente positivos los resultados logrados, que indudablemente redundan en el bienestar del usuario (Cliente externo) y el Personal (Cliente Interno).

Resultados:

- 1-La implementación de una Gestora de Soluciones (Sta. Analia Coronel), hizo posible las 7 soluciones.
- 2-La implementación de un Jefe-Coordenador de Consultorios (Dr. Cerrudo) alivió el trabajo en General de Gestión de Pacientes, y puntualizó los problemas específicos para seguir Trabajando los 8 puntos restantes.
- 3- Queda el reto más difícil que es conseguir la Referencia/Contrarreferencia de los Usuarios que siguen sin querer irse.
- 4- Aparece ahora, la Multiplicidad de turnos por usuario, recargando más al sistema y alejándose más de la meta de atención de Alta Complejidad. (Nuevo Objetivo)-
- 5- Con la implementación de SGC Normas ISO 9000, se reducirán los procesos inútiles e ineficaces.
- 6-Con ayuda de los Cursos de Comunicación y Trabajo en Equipo, dos de las cosas que hacían falta para un mejor trabajo, y con la buena voluntad de todos los que de alguna u otra forma hacemos la atención al Usuario, se logra día a día mejorar la Comunicación, estamos además, aprendiendo a trabajar en Equipo.

- 7- El PMC, resulta positivo y debe enfrentar nuevos objetivos para seguir en la meta de dar cada vez lo mejor.

III. Calidad de Atención

Calidad en Salud es un tema principal e importante. La meta de Calidad en Salud es transformar las Organizaciones y Sistemas Sanitarios, empleando estrategias para optimizar la calidad institucional y de todos aquellos que participamos en ellas

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) la Calidad de la asistencia sanitaria es: “Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del paciente y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del paciente con los procesos”. Pero los conceptos son muchos,. Asenjo Sebastian, en el capítulo 2, de libro Gestión Diaria del Hospital (1999) dice “Podemos concretar afirmando que la calidad asistencial es el resultado de aunar dos componentes el primero intrínseco al acto asistencial o científico, compuesto de conocimientos y tecnología, y el otro extrínseco o percibido, que es el aspecto humanitario de la asistencia, en el que influyen desde el trato al enfermo y sus familiares hasta la información y los aspectos relacionados con el ambiente y la hotelería...” En el HEC, es usuario se deslumbra por el edificio, el orden, la limpieza, las habitaciones y por qué no, su gente, por eso, la calidad percibida por el usuario es altamente positiva, lo demuestran las encuestas, los comentarios, los agradecimientos recibidos.

Este autor, también aclara que “para garantizar la calidad necesitamos disponer de: personal suficiente, con conocimientos adecuados y actualizados permanentemente,” (fomentar y la Docencia y la Investigación, de gran importancia en el HEC). Debe haber una constante evaluación, ya que ningún sistema hospitalario funciona sin problemas. Se deben conocer los errores para corregirlos.

. Los aspectos a tener en cuenta en la Gestión de Calidad son:

1-Calidad como construcción de los actores con valores y principios compartidos

Política de la Calidad

La política de Calidad del Hospital de Alta Complejidad en Red “El Cruce Dr. Néstor Carlos Kirchner” SAMIC está basada en los siguientes ejes estratégicos:

Participación de todos los niveles de Liderazgo de la Institución

Confianza como valor central en el fortalecimiento del HEC en cuanto al aprendizaje educación permanente y producción.

4-La búsqueda permanente de un trabajo de Equipo, Experto, no de Expertos.

-Alcanzar en el mediano plazo un cambio cultural en los equipos de trabajo, en especial el equipo de salud, que permita integrar el compromiso con la calidad como un componente estructural de la laboral diaria.

-Evaluación permanente de los procesos con miras a su mejora continua.

-Mejorar en todos los aspectos la seguridad hospitalaria, tanto en lo que hace a pacientes y familiares como así también a personal y público en general, reduciendo y controlando las fuentes de riesgo.

-Incorporar a los hospitales de red en la conformación de una red asistencial mediante el desarrollo de políticas comunes y consenso de las diferentes responsabilidades y metas a alcanzar

¿A qué llamamos Calidad de Atención

A la provisión de Servicios accesibles y equitativos con un nivel profesional adecuado, que teniendo en cuenta los Recursos disponibles, logre la adhesión y satisfacción del

usuario y del personal de salud a través de un proceso de planificación, evaluación y mejora de la gestión.

La primera acepción de calidad es la calidad del Producto, la definición de las Normas UNE 66.901 dice “La calidad es el conjunto de propiedades y características de un producto o servicio que le confieren su aptitud para satisfacer unas necesidades manifiestas o implícitas”, refiriéndose al tema que mencioné antes, la calidad vista por el binomio lo intrínseco y lo percibido.

La calidad se planifica, gestiona y evalúa. Debe gestionarse en todos los Servicios o niveles de la organización, requiere el compromiso y participación de todos los que la integran, y se gestiona y/o planifica desde la Dirección.

En un Programa de Calidad existen por lo menos cuatro actores:

1-El ministerio de Salud (Maso Gestión), el actor que fija los lineamientos políticos dentro y Se orientan todos los programas de calidad.

2-La Dirección del Hospital (Meso Gestión) responsable de la política y exigencia de llevar adelante el Programa de Calidad interno.

3-Los Usuarios directos del Programa, el RRHH del establecimiento y los indirectos que son los Usuarios/pacientes de la Red que utilizan los servicios del HEC.

4-La Comunidad: que hace valer sus derechos, manifestando sus quejas y reconocimientos, y Que son los verdaderos evaluadores finales, y destinatarios de la calidad. (Micro Gestión).

Los Sistemas metodológicos de control de calidad comúnmente utilizados en calidad son cuatro:

- Métodos orientados hacia los Problemas
- Hacia los Procedimientos
- Hacia los Objetivos
- Hacia el método Sistémico o Cibernética.

En el Control de Calidad de Atención médica se pueden utilizar también, dos sistemas de control que surgen del Sector Industrial; Control de Procesos con métodos estadísticos y el de Costos de calidad, que no es un simple pensamiento económico, sino que expresa una garantía de eficacia.

La Gestión de la Excelencia

Entre los diferentes modelos de gestión de la excelencia destaca el elaborado por la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad, el Modelo de la European Foundation for Quality Management (EFQM-1999) de Excelencia Empresarial. Este es un marco de referencia y un instrumento práctico que ayuda a la Organización a establecer en qué punto se encuentra del camino hacia la excelencia, analiza las diferencias que hay entre ese punto y los objetivos y estimula la búsqueda de soluciones. El EFQM tiene nueve criterios. Cinco de ellos son agentes facilitadores, lo que la organización hace, y cuatro son resultados, lo que la organización logra. El fundamento de este Modelo hace que los Resultados respecto a las personas, clientes, sociedad y rendimientos son consecuencia de un liderazgo que dirige e impulsa la política y estrategia, las personas de la organización, las alianzas y recursos, y los procesos. La naturaleza dinámica del modelo viene dada por la retroalimentación del sistema, mediante la cual la innovación y el

aprendizaje potencian la labor de los agentes facilitadores y dan lugar a una mejora de los resultados. El ciclo de mejora se denomina REDER: determinar los resultados, planificar y desarrollar enfoques integrados para alcanzar los objetivos, desplegar los enfoques para asegurar su implementación completa, y evaluación y revisión de los resultados y planificación e implementación de las mejoras necesarias.

Un tema importante en Calidad: la Normatización

La Normatización de derechos y obligaciones, tiene principios y elementos de esa relación: Normas éticas y reglas técnicas. El HEC posee folletería de éstos temas que están en mostrador de informes para que los usuarios los tomen. Lo que esos folletos explican, también se encuentran en dos carteles al ingreso del Hospital con los títulos

Derechos de los usuarios, uno y el otro **Responsabilidades de los usuarios** (Ya mencionados anteriormente).

La Gestión de Calidad se nutre de Normas éticas que son las que indican el camino hacia “lo que debe ser...”

- Señala el modo de obrar para obtener el bien propio y el de la Sociedad. Rescata la atención del usuario teniendo en cuenta todos los perfiles: técnico, científico, administrativo y social. Tras la búsqueda de la mejora continua.
- Propone la equidad y la solidaridad. Por el principio ético de No dañar y Dar a cada uno lo que le pertenece y/o merece.
- Propone procedimientos de Justicia y Equidad.
- Las reglas técnicas indican los medios de que deben valerse los seres humanos para lograr los fines que se han propuesto.

Toda información, marketing y formularios también figuran en la página Web del HEC, a través de Comunicaciones, único agente encargado de subirlo a la web.

Formulario de reclamos y sugerencias:

En el Hospital El Cruce si alguien tiene una queja o una sugerencia que quiera realizar, puede acercarse a la Oficina de Atención a Usuarios o bien solicitar al personal de atención al

público el formulario para efectuarla. También puede realizarla a través de la página web, completando un formulario. Para tal fin. La opinión del usuario es fundamental para la mejora del sistema interno.

Auditoría Clínica

La Auditoría clínica es un sistema de valoración de la calidad del cuidado al paciente. La ANDEM (Agence National pour le Développement de l'Évaluation Médicale, Paris, 1994) engloba bajo la denominación de Auditoría Clínica la evaluación de las prácticas Profesionales en los hospitales, cualquiera sean los Profesionales sanitarios que las desarrolle: médicos, enfermeras, farmacéuticos, técnicos, etc. De modo que le confiere un campo de aplicación más amplio, integrando todos los aspectos de cuidados. La ejecución de una Auditoría Clínica pasa por las siguientes etapas:

1. Se constituye un grupo de Auditoría
2. Se elige una actividad a evaluar
3. Se definen los criterios de evaluación y se establecen los estándares de referencia.
4. Elegir el tipo de estudio y el método de medida.
5. Recoger los datos
6. Analizar y comparar los resultados obtenidos
7. Mejorar la práctica y medir las modificaciones conseguidas.

La Calidad analizada en las Memorias HEC

1- Gestión de Calidad y Satisfacción del Usuario

Durante el año 2010 se inició el proceso de medición de Satisfacción del Usuario, a través de encuestas telefónicas a pacientes que estuvieron internados en el Hospital. De una muestra de 300 casos, de pacientes derivados de diferentes hospitales de la Red, distribuidos así: 36% Evita Pueblo, 25% Mi Pueblo, Oñativia 19%, Iriarte 11 %, Oller 7% y L. Melendez 2%. Los resultados que se obtuvieron fueron bastates

Homogéneos. En cuanto a: Comodidades, Limpieza, Servicio de comida, Horarios de visita, Privacidad y Seguridad. En cuanto al trato recibido por: Informes y Admisión así como la Oficina de Atención al Usuario dieron, un 83 % Excelentes. El trato recibido de parte de: Profesionales, Enfermería, Técnicos y Limpieza y Mucamas dio un 79%, Servicio Social un 77% y Personal de vigilancia en un 81%. Los porcentajes mínimos que dan insatisfacción, se revieron para mejorar. Esa es la idea.

2. Gestión de la Calidad en la Memoria 2011 se menciona que el HEC cuenta con 51 Normas aprobadas y publicadas en la página WEB y 27 Normas en Proceso de revisión y Publicación. Se logró implementar el Sistema de Gestión de calidad bajo Normas ISO, con un total de 11 procesos documentados, 11 en desarrollo, 15 reuniones de Equipo de Gestión para ISO y 12 Áreas involucradas. Con la realización de una auditoría Diagnóstica sobre el Estado del Sistema, en búsqueda de la certificación Bajo Normas ISO 9001:2008.

-Premio del INCUCAI por ser uno de los Hospitales con mayor Procuración durante el 2010.

Se continuó trabajando sobre la Seguridad del Paciente a través de una Investigación sobre Eventos Adversos asociados a drogas mediante disparadores, según tecnología del Institute for Health-care Improvement (IHI, USA). También se continuó asesorando en Seguridad del Paciente al Servicio de Pediatría del Hospital Evita Pueblo de Berazategui y diseñando un nuevo Sistema Universal, para el reporte de eventos adversos.

Los Premios obtenidos fueron: Premio a la Calidad de la UCA y el Premio de la Calidad de la Fundación Conciencia.

El Hospital fue becado por la Fundación MAPFRE y se logró ingresar al Ranking 2011 de los Mejores Hospitales de América Latina de la Revista "América Economía" del país hermano de Chile.

Los Comités que funcionan en 2011 son:

- 1- Comité de gestión Clínico Económica
- 2- Comité Asesor Científico
- 3- Comité de Ética de Investigación
- 4- Comité de Farmacia y Terapéutica

5- Comité de Infecciones

La Satisfacción del Usuario en agenda 2011

Durante el 2011 el HEC puso especial énfasis en brindar una atención de excelencia a todos los usuarios, para lo cual se decidió implementar el Sistema de Gestión de Opinión del Usuario (SGOU) que junto con la Encuesta de Satisfacción se destacan como medio para permitir expresar a los usuarios su opinión acerca de los Servicios que reciben, permitiendo fijar las medidas apropiadas para elevar los niveles de satisfacción y resolución de problemas causantes de las valoraciones negativas.

Otra incorporación fue el ordenador de la cola que permitió agilizar y mejorar el confort en el sector de Confirmación de turnos.

El Registro de opiniones arrojó el siguiente resultado:

- a. 52 Quejas (64%)
- b. 20 Agradecimientos (24%)
- c. 10 Sugerencias (10%)

Evaluación de Satisfacción en 2011:

En Conclusión los resultados de este año fueron: Esta vez se duplicaron los casos, son 600.

- ✓ El 82% de los encuestados supo a qué sector pedir referencia y esperar instrucciones.
- ✓ El 98% utiliza y encuentra útiles las señales dentro de la Institución.
- ✓ El 75% de los usuarios provienen de los Hospitales de la Red, lo cual muestra la efectividad del sistema.
- ✓ El 87% de los usuarios eran atendidos dentro de los 15 minutos y pasan a la sala de espera, donde los tiempos de espera para atención Profesional oscilan entre 15 a 30 min. En un 38% y de 30 a 60 min. En el 47% de los casos.
- ✓ Se calificó la atención recibida como muy buena en el 90% de los casos.
- ✓ Reclamos más frecuentes:
 - 1- Problemática referida al trato por parte del Personal de Seguridad
 - 2- Información incorrecta proporcionada a través de la Red.

- 3- Falta de Información por parte de empleados administrativos en cuanto a la preparación previa de estudios diagnósticos a realizar.
- 4- Malestar general debido a que los familiares de los pacientes no pueden ingerir alimentos o tomar mate dentro del Hospital.
- 5- Cancelación de Turnos, sin previo aviso al Paciente.

IV. Conclusiones

Al ultimar el estudio se podría decir que se realizó en manera completa y satisfactoria el “Análisis de Gestión de Pacientes del Hospital de Alta Complejidad en Red El Cruce SAMIC Dr. Néstor Carlos Kirchner durante los primeros años de existencia 2008- 2011”, ya que teniendo como objetivos Conocer el funcionamiento, Describir los desaciertos y observar la Satisfacción del Usuario, se llega al final y cada aspecto fue analizado en su totalidad.

Teniendo en cuenta la descripción del Hospital, su historia, dimensiones, alcance a la población, la Oferta y Demanda de los Servicios. Donde también se mostró: la cartilla de atención en Consultorios Externos, y se analizaron específicamente los cuatro consultorios de más complejidad: Cirugía Cardiovascular, Neurocirugía, Traumatología de Columna y Cirugía Maxilofacial.

Se mencionó de manera especial el Plan Estratégico 2009-2012, ya que la Apuesta N° 2: **BRINDAR UN SERVICIO DE EXCELENCIA EN ALTA COMPLEJIDAD CENTRANDO LAS ACTIVIDADES EN EL USUARIO Y SUS PREFERENCIAS**, indicó la postura de la organización en privilegiar al Usuarios como eje principal. Y constatar que se cumplió, en cada búsqueda de mejora, en cada implementación, en cada avance.

Se cerró el estudio con un tema importante como “Calidad de Atención”, porque indudablemente sin ella, es imposible llegar a la Satisfacción del usuario y a cumplir con la Apuesta Estratégica N°2.

Resultaron las siguientes conclusiones:

- Entendemos la Gestión de Pacientes como el ordenamiento de las organizaciones de Salud que transformó el organigrama de mando a un organigrama horizontal.

Es un cambio cultural, un proceso de Optimización, de programación de gestión de recursos, de previsiones y de atención al público, para asegurar a cada usuario un servicio asistencial adecuado.

- La información está basada en datos, los mismos ayudan para la toma de decisiones. Decisiones que serán tomadas con total beneficio de los Pacientes, usuarios.
- Gestión ordena el camino de los pacientes desde el ingreso a la Institución hasta el egreso. El tiempo que la persona utilice nuestros servicios su estadía deberá ser placentera, donde todas sus dificultades serían resueltas, su atención efectiva, y se sienta satisfecho por cómo fue asistido en todos los niveles.
- Se destacó el incremento de Pacientes atendidos por Consulta Externa de la siguiente manera:

Año	<i>Atención de Consulta Externa en General</i>
2008/9	25.430
2010	39.945
2011	47.884
Totales	113.259

El cuadro muestra el incremento de Consultas Externas en el período analizado. (Elaboración propia con Datos de Estadística Hec).

- Se mostró la Cartilla Profesional con la Oferta del Hospital El Cruce, sus Especialidades y Subespecialidades, que seguramente seguirá creciendo, pero a la época del estudio resultó:

Las Especialidades que ofrece el Hospital en atención de Consultorios Externos son 86, Los Profesionales son **75**, un mismo profesional suele atender 2 ó 3 sub-especialidades, por lo que hay un poco menos de Profesionales que el número de especialidad.

- Fue expuesto también la cantidad de Pacientes atendidos en las cuatro especialidades consideradas más complejas:

Especialidad Medica	Consultas en 2011	%
Cirugía Cardiovascular	1389	3,08
Neurocirugía	1733	3,84
Traumatología de Columna	1901	4,21
Cirugía Maxilofacial	1361	3,01
Totales	6384	14,14

El cuadro muestra cantidad de Consultas Eternas en las cuatro Especialidades estudiadas con sus porcentajes.

- Como errores y desaciertos los encontrados tienen que ver con la inexperiencia de comienzos de la organización y el incremento creciente de la consulta externa por especialidad. El tratamiento dado a cada tema y el estudio desde Gestión de Pacientes para dar soluciones arrojó hacia fines del 2011, algunas soluciones como:
 - ✓ Mejoró la distribución días/horarios/Consultorios y cantidad de pacientes en Consultorios de Primera vez, y los de seguimiento. Se revió el tiempo necesario de atención de consulta según necesidad de tiempo de atención necesario por cada especialista.
 - ✓ Se arreglaron las salas de espera con agregado de asientos para más comodidad de los usuarios.
 - ✓ Se Agregó Personal de Gestión de Pacientes, lo que disminuyó el tiempo de espera y la fila de turnos.
 - ✓ Se proveyó de recetarios de PAMI. De IOMA, solidarios y de Psicofármacos, para dar solución a la búsqueda de los mismos por otros servicios, o dar la negativa al paciente de los mismos por no tenerlos, con todo lo que ello implica.
 - ✓ Los Profesionales llegaron a horario, cambiaron días y horarios a los que pueden llegar y cumplir con la atención de su consultorio

- ✓ Señalización correcta de los Servicios del Hospital y de las salidas normales y las de Emergencia.-
 - ✓ Implementación de más consultorios: tres en total.
 - ✓ Mejor equipamiento propio del sector: Espirómetro, Oxímetro, 1 balanza digital pediátrica y una balanza digital de adultos
 - ✓ La disminución de tareas de enfermería que no deben hacerse en Consultorios, ej. Extracción de sangre o realización de ECG, entre otras.
 - ✓ Se intentó mejorar la entrega resultados de estudios complementarios y/o análisis antes del ingreso a la consulta. Todavía en proceso de cambio, ya que no se obtuvo el resultado óptimo.
 - ✓ Se ofrecieron cursos de Trabajo en Equipo y Comunicación a todo el Personal, en distintos horarios y días para subsanar el tema más crucial que surgiera de la Encuesta de Satisfacción del Personal que arrojaba que éstos son los problemas por los cuales no se encastró el Trabajo en Equipo. Los cursos estaban muy buenos, sin embargo un muy poco porcentaje de Personal se acercó a recibirlos.
-
- 2010: Se implementó el Sistema de Encuestas Telefónicas, donde un 83% contestó estar excelentemente satisfechos con la atención recibida en general. La consulta fue a 300 pacientes que estuvieron internados en nuestros servicios.
 - 2011: Se implementó el Sistema de Gestión de Calidad sobre Normas ISO, en búsqueda de la Certificación Bajo Normas ISO 9001:2008, con 12 áreas involucradas y 11 Procesos Documentados. Puso en Funcionamiento 5 Comités, y trabajó sobre Seguridad del Paciente.

Los premios obtenidos fueron:

- ❖ INCUCAI por ser el Hospital con mayor Procuración de órganos.
- ❖ UCA Premio a la Calidad
- ❖ Fundación Conciencia Premio a la calidad
- ❖ Isalud Premio a la calidad

- ❖ Ingresó al Ranking de los Mejores Hospitales de América Latina de la Revista “América Economía” de Chile.

-Se efectuó también el “Sistema de Gestión de Opinión del Usuario” o SGOU

-Se creó un ordenador de cola de espera

-Se habilitó un Registro de opinión que arrojó estas respuestas:

- 52 Quejas
- 20 Agradecimientos
- 10 Sugerencias

La Evaluación de satisfacción en este año fue realizada sobre 600.usuarios, fue mas etensa y arrojó estos resultados:

- ✓ El 82% de los en cuestionados supo a qué sector pedir referencia y esperar instrucciones.
- ✓ El 98% utiliza y encuentra útiles las señales dentro de la Institución.
- ✓ El 75% de los usuarios provienen de los Hospitales de la Red, lo cual muestra la efectividad del sistema.
- ✓ El 87% de los usuarios eran atendidos dentro de los 15 minutos y pasan a la sala de espera, donde los tiempos de espera para atención Profesional oscilan entre 15 a 30 min. En un 38% y de 30 a 60 min. En el 47% de los casos.
- ✓ Se calificó la atención recibida como muy buena en el 90% de los casos.

-Reclamos más frecuentes fueron

Problemática referida al trato por parte del Personal de Seguridad

-Información incorrecta proporcionada a través de la Red.

-Falta de Información por parte de empleados administrativos en cuanto a la preparación previa de estudios diagnósticos a realizar.

-Malestar general debido a que los familiares de los pacientes que no pueden ingerir alimentos o tomar mate dentro de la institución.

Por lo tanto, la visión general del trabajo deja por sentado que el Análisis fue positivo, y se llega a el Objetivo planteado, así como a las Conclusiones expresadas que muestran un trabajo de Gestión de Pacientes digno de imitar, a al menos que emite sugerencias del cómo trabajar en éste ámbito a Instituciones Nacionales o Internacionales de ésta envergadura y que puedan utilizar lo que le significó a esta Institución empezar y continuar el camino de expansión con calidad.

Por mi parte, feliz del logro de la responsabilidad asumida al intentar demostrarlo y satisfecha por pertenecer al HEC, pero mucho más aún, por poder presentarlo como tesis final de Posgrado, porque esto responde a lo que recibí y absorbí en Isalud.

Lic. Liliana Pared

V. Bibliografía

1. Díaz, Carlos A. El Pequeño Gestión Ilustrado. Ediciones Isalud, 2005.
2. Plan Estratégico 2009-2010, Hospital El Cruce SAMIC.
3. Díaz, Carlos A. Gestión de Servicios Asistenciales. Ediciones Isalud 2009.
4. Jiménez Jiménez, José. Manual de Gestión para Jefes de Servicios Clínicos. Ed. Díaz de Santos. Madrid, España. 2000
5. Asenjo, Miguel Angel y otros. Gestión Diaria del Hospital, Ed. Masson.1999.
6. Página del HEC: WWW.hospitalelcruce.org
7. Planeamiento Estratégico y Gestión de la calidad en Hospitales e Instituciones de Salud. Cuaderno de Curso. Ledesma, Dardo E. Univ. CAESE. 2008
8. Memoria 2009 HEC
9. Memoria 2010 HEC
10. Memoria 2011 HEC
11. Material de las 3° Jornadas Internacionales de Gestión “La
12. Gestión de Pacientes en Red” 3 y 4 de Mayo.2012.HEC. Bs As.

VI. Anexos