

INFORMACIÓN, GESTIÓN Y AUDITORÍA

1.- La información comunicada retroalimenta la gestión

*Horacio Luis Barragán
Luis María Gambarotta*

Ferrero y Giacomini, son pioneros de los registros y estadísticas de efectores de salud en Argentina, que ligan la comunicación y la información como instrumentos en la gestión sanitaria en 1973.

Se adelantaron así al planteo de la relación entre comunicación y conducta, en este caso aplicada a la gestión, tendiendo a superar el concepto unidireccional de la primera y comprendiendo que la gestión, en tanto forma de la interacción social, es multidireccional (Watzlawick, 1997).

La comunicación es intercambio de información, o sea, en cierta forma una energía. La comunicación de esta energía no es unidireccional sino bi o multidireccional y genera conductas en la interacción humana. La respuesta o reacción de otro ante la comunicación se transforma en retroalimentación, y en un proceso circular tal como lo plantea la Teoría General de Sistemas. La retroalimentación negativa comunica información tendiente a mantener la estabilidad de la interacción o de la gestión. La retroalimentación positiva, a la inversa, tiende a modificarlas, e impulsa el cambio (Watzlawick, 1997:32). En general “retroalimentación es la propiedad del sistema de control que posibilita que la salida sea comparada con la entrada y, de acuerdo con ello, se toma o no una acción de control” (Ferrero y Giacomini, 1973:19).

Un fenómeno observado resulta inexplicable si la observación y la información sobre el mismo no son suficientemente amplias¹.

Las reflexiones precedentes se plantean para señalar que una información que no se comunica no tiene utilidad social y una gestión sanitaria que no se desarrolla teniendo en cuenta la comunicación no tiene seriedad profesional.

Estas reflexiones no son ociosas, ya que, con frecuencia, la información sanitaria no se reúne o procesa con oportunidad o no se comunica para ofrecer retroalimentación a la gestión. A la inversa, la gestión otras veces no la requiere o no la atiende por privar el criterio de la absoluta arbitrariedad en las decisiones –que en nuestro medio irónicamente suelen llamarse “decisiones políticas”– o por desconfianza en su valor.

Se ha señalado precedentemente que la organización de un efector de salud se planifica y gestiona de acuerdo a indicadores demográficos, sociales, ecológicos y epidemiológicos.

Se referirá aquí la organización de un efector de salud que gestiona de acuerdo a indicadores específicos. De ellos la mayoría son clásicos y normatizados. Pero de ninguna manera quien planifica y gestiona debe ceñirse a ellos. Hay indicadores que se elaboran según las situaciones y necesidades. En tal sentido, dependen de la habilidad y perspicacia de los protagonistas que deben crearlos según los casos.

¹ Se cuenta una anécdota del etólogo Konrad Lorenz (Premio Nobel de Fisiología y Medicina, 1973) que estudiaba en su jardín el comportamiento de un grupo de patitos a quienes seguía arrastrándose y dando vueltas alrededor de las plantas y graznando fuertemente, los patitos no se veían. A poco se dio vuelta y vio a un grupo de vecinos mirándolo como a un loco. No podían observar, no tenían información como para explicarse tan extravagante actitud (Watzlawick, P.,1997:22).

En primer lugar expondremos los clásicos y normatizados que se refieren a la estructura, la producción y el rendimiento de un efector y de sus sectores constituyentes.

1.1.- Indicadores de estructura

Correlacionan los componentes físicos entre sí y con los recursos humanos. Los componentes físicos finales son los consultorios y las camas de cuidado intermedio e intensivo. Las relaciones de superficie en metros cuadrados por cada uno de ellos son indicadores de estructura.

Los recursos humanos y los consultorios o camas se interrelacionan en cocientes. Más precisos son los que miden las horas-personal, según tipos, en concordancia con esos mismos elementos físicos.

La estructura hospitalaria se mide en torno a la unidad cama de internación. La primera relación es el número de camas por habitante sobre la que hay distintos criterios y tendencias.

Un criterio clásico, relacionado con la Ley Hill-Burton (sobre apoyo a la construcción de hospitales en EEUU), marca un número de camas hospitalarias de agudos según la concentración de la población en un área determinada [Cuadro 1.1.a].

Camas hospital. c/1.000 hab. s/ley. Hill-Burton (EEUU)*

Área	Nº camas de agudos x 1000h. (rango)
rural	2,5 – 3,5
intermedio	4,0 – 5,0
base	4,6 – 5,5
*La ubicación en el rango depende de la densidad de población. (Salleras San Martín y Asenjo, 1988:1105-6).	

Cuadro 1.1.a

Una relación razonable en la actualidad son cuatro camas de agudos por cada mil habitantes. La eficiencia de esa relación depende de los indicadores de rendimiento, en especial del Porcentaje Ocupacional y del Promedio de Días de Estado, así como de la organización en red de los servicios a partir de los Centros de Atención Primaria (CAPs).

Se han usado otras relaciones como por ejemplo:

- una cama hospitalaria cada dos defunciones por año;
- el cociente entre el número de internaciones y el giro cama o índice de rotación;
- el número total calculado sobre requerimiento por edad y por especialidades;
- las técnicas estadísticas por regresión múltiple o por el método de Poisson.

Los números de camas por mil habitantes ha sido alto en los países desarrollados, pero los nuevos procedimientos médicos (vg. la cirugía ambulatoria y la internación domiciliaria) a la vez que el creciente costo de construcción y mantenimiento de hospitales generó una tendencia a reducirlos [Cuadro 1.1.b].

Camas hospitalarias c/1000 hab. Países de Europa del Este. 1985 y 1995, variación*

País	1985	1994	Cambio %
Rep. Checa	11.01	9.81	- 11
Hungría	9.1	9.92	+ 3
Polonia	6.59	8.22*	-
Fed. Rusa	12.98	11.94	- 8
Ucrania	13.14	12.95	- 3
*año 1990. (WHO, Europe. 1997:221)			

Cuadro 1.1.b

El número de camas necesario depende de las admisiones esperadas y del Promedio Días de Estado (PDE), así como del Porcentaje Ocupacional (PO), ya mencionados. Esas relaciones no son lineales pero puede apreciarse en Suiza como el alto PDE y en Australia el mayor número de admisiones requiere más camas [Cuadro 1.1.c.]

Camas hospitalarias agudos por 1000 hab. Admisiones por 100 hab/año/ y promedio de días de estado países desarrollados seleccionados. 1989

País	Nº camas /1000 hab.*	Admis./100/año	PDE
Australia	5,5	22,3	5,6
Canadá	4,3	13,8	10,9
Suecia	4,2	16,4	6,8
Suiza	6,7	13,6	14,0
EEUU	3,8	12,5	7,3

*año 1987.
(OCDE, 1994:41 resumido).

Cuadro 1.1.c

En Argentina el número de camas de internación era de 5,21 en 1980 y de 4,55 c/1000 hab. en 1995 (Mera y Bello, 2003:81).

El número de camas en relación a la población de un país no refleja su distribución según subsectores y jurisdicciones provinciales y municipales. Es así como no define la accesibilidad a la internación de los diferentes sectores poblacionales.

Para medir esta accesibilidad es preciso el análisis por subsectores y jurisdicciones y considerar el pago directo, en su caso, para internarse y la distancia en horas por transporte público para llegar desde el domicilio al establecimiento. Estos indicadores se miden por encuestas.

La distribución de las camas por especialidad tiende a unificarse bajo el criterio de los cuidados progresivos. Sin embargo en los establecimientos estatales suele mantenerse el criterio de especialidad. Así se han propuesto ciertas distribuciones proporcionales para hospitales generales de agudos [Cuadro 1.1.d].

Distribución porcentual estimada de las camas en un hospital general de agudos

Especialidad	Porcentaje s/ Barquin C.	s/ Fajardo Ortiz
Cirugía	45	35-45
Clínica	15	10-20
Pediatría	20	15-25
Obstetricia	20	15-35
TOTAL	100	

(Barquin Calderón, 1970:506; Fajardo Ortiz, 1983:45).

Cuadro 1.1.d

Esta distribución es dependiente de la tasa de natalidad y de la estructura etárea de la población. Las camas de obstetricia para un área se calculan multiplicando el número de nacimientos más el número de abortos estimados en un año, por el PDE y dividiendo por el número de días del año. Se agrega un 10-20% para no sobrepasar un porcentaje ocupacional de 80-90% (Fajardo Ortiz, 1983:460). Las camas de terapia Intensiva se calculan entre el 6 y 12 % de las camas de dotación general (vide infra) (Fajardo Ortiz, 1983:473).

El planteamiento de nuevos establecimientos y camas debe hacerse a la luz de la organización sanitaria general y local, del crecimiento demográfico y el perfil epidemiológico así como de la preexistencia de estructuras susceptibles de coordinación y del área de influencia.

El número de consultorios, considerando el de los establecimientos con internación, y los Centros de Atención Primaria (CAPs) se ha estimado en relación a la población [Cuadro 1.1.e].

Consultorios generales s/nº habitantes s/Barquin Calderon

Habitantes	Nº Consultorios Generales
5.000	2
10.000	3
15.000	4
20.000	5
25.000	6
30.000	8
40.000	10
50.000	12
60.000	14

(Barquin Calderon, 1970:510).

Cuadro 1.1.e

Son también indicadores de estructura aquellos que relacionan áreas con espacio y personal. Así se estima que una cama de internación requiere entre 6 y 9 m² según se ubique en habitaciones múltiples o individuales, y un volumen de alrededor de 18 m³ (Barquin Calderon, 1970:511).

Para estimar el espacio total que requiere un hospital, involucrando todas sus áreas se relaciona el número de camas a razón de 50 y 70 m² por unidad. Con este procedimiento se hacen los primeros cálculos presupuestarios considerando el costo de construcción del m² (Salleras San Martín y Asenjo, 1988:1104). También se relaciona el número de camas para calcular el número y estructura del personal: 2,3 agentes/cama, de los que 22% son profesionales, 45% enfermeros y técnicos y 33% administrativos y de servicios generales (Salleras San Martín y Asenjo, 1988:1010).

1.2.- Indicadores de producción

Miden los diversos productos de un efector –finales, intermedios y generales– en términos absolutos para su comparación a lo largo del tiempo y en relación a su estructura. En el caso de la producción final (consultas de distintos profesionales ó especialidades y egresos) con la base física de esa producción (consultorios correspondientes y camas).

1.3.- Indicadores de rendimiento

a) De Internación

La base para obtener estos indicadores son formularios “ad hoc” que siguen un orden progresivo:

En el **Censo diario** se registran las camas disponibles, su utilización y el movimiento de pacientes de cada día entre las 0 y 24 hs. Está a cargo de la secretaría de la sala o piso y lo habitual es que se complete a primera hora del día subsiguiente, haya o no haya habido movimientos (Ferrero y Giacomin, 1973:70). El formulario es explícito para su llenado [Cuadro 1.3.a].

Censo Diario							1. Fecha		
							Día	Mes	Año
2. Servicio:		3. Sector de internación:			4. Camas disponibles:				
5. Apellido y nombres	6. Cama	7. Historia Clínica Nº	8. Ingresos	9. Pases de:	10. Egresos		11. Pases a:		
					Altas	Defunc.			
12. Total:.....		16. Egresos		17. Pases a:	18. Existencia a las 24 hs	19. Ingresos y egresos en el día	20. Pacientes días	21. Camas disponibles	
13. Existencia a las 0 hs.	14. Ingresos	15. Pases de:	Altas	Defunc.					

Cuadro 1.3.a

Las camas disponibles no siempre son las de dotación ya que algunas de estas últimas pueden estar inhabilitadas por diversas razones. Disponibles son las que están ocupadas y las que pueden ser ocupadas de inmediato.

Cada paciente internado debe ser anotado con su apellido (de soltera en las mujeres) y nombre, el número de cama que ocupa y el de su H.C. Se marca con X si el paciente ingresó o egresó y de la misma forma los movimientos internos (pases "de" o pase "a") entre servicios, de tal forma que el que pasa "de" un servicio deberá estar anotado en el formulario del receptor como pase "a". Se usa un sólo renglón para cada paciente. Los óbitos, dentro de los egresos, deben diferenciarse si son antes o después de las 48 horas de la internación (-48 o + 48 en la columna pertinente)

Al pie del formulario se anotan la existencia de pacientes de comienzo y de final del día y las sumas de las otras variables. Al final se suman los pacientes días, número total de pacientes internados, y las camas disponibles.

El resumen mensual del censo diario está a cargo del área de estadística del hospital, que recibe los censos diarios de todos los servicios, controla su corrección y coherencia y traslada las sumas a este segundo formulario también explícito. Se hace uno por cada servicio y uno para el conjunto del hospital [Cuadro 1.3.b].

Resumen mensual del censo diario							1. Fecha:			
2. Establecimiento		3. Servicio		4. Sector de internación				Día	Mes	Año
5. Día	6. Existencia a las 0 hs	7. Ingresos	8. Pases de:	9. Egresos		10. Pases a:	11. Existencia a las 24 hs	12. Ingresos y egresos en el día	13. Pacientes día	14. Camas disponib.
				Altas	Defunc.					
1										
2										
3										
15. Total										
16. Observaciones:				17. Camas de dotación	18. Total Pacientes días	19. Total de camas disp	20. Porcentaje ocupacional			

Cuadro 1.3.b

Los renglones, en este caso, indican con números la suma de variables del censo diario, día por día y al pie se anotan las camas de dotación y se suman los pacientes-días y las camas disponibles. Estos datos permiten elaborar indicadores [Cuadro 1.3.c].

Indicadores de internación. Emergentes del resumen mensual

Indicador	Abreviatura y fórmula	Resultado en el período
Prom de cs disp	PCD= $\frac{\text{Total días-cama disp en un per}}{\text{Total de días del período}}$	Núm prom de cs disp diariam; varía con las de dotación
Prom censo diario	PCD= $\frac{\text{Total ptes-días en un per}}{\text{Total días del período}}$	Núm. prom ptes asist en intern; señala el uso de las cs
Porc de ocupación de cs	POC= $\frac{\text{Total ptes-días en un per}}{\text{Total días-cama disp. de ese per}} \times 100$	Núm prom de cs que fueron ocup; indica el rendim de las cs
Prom de días de estada	PDE= $\frac{\text{Total días de estada de los egrs en un per}}{\text{Total de egresos en ese período}}$	Núm prom de ds que estuvieron intern los ptes egrs
Giro de camas	CG= $\frac{\text{Total de egresos en un período}}{\text{Promedio de camas en ese período}}$	Número de egresos por cada cama en promedio
Intervalo de giro	IG= $\frac{(\text{Total ds-cama de un per}) - (\text{Total de ptes-ds de ese per})}{\text{Total de egresos en ese período}}$	Núm prom ds que una cama perm desocup e/ un egreso y el pxmo ingr
Prom de egrs	PE= $\frac{\text{Total egresos en un período}}{\text{Total días de ese período}}$	Núm de ptes admit que egresaron por alta u óbito
Tasa de Mort Hosp	THM= $\frac{\text{Total de egrs por óbito en un per}}{\text{Total de egrs en ese per}} \times 100$	Porc de egrs por óbito respec de los egrs totales

Ferrero y Giacomini (1), con modificaciones.
 prom.: promedio; cs.: camas; cs. disp.: cams disponibles; num.: número; pte.: paciente; intern.: internación; egrs.: egresos; per.: período; porc.: porcentaje; ds.: días; hosp.: hospitalaria; mort.: mortalidad, desoc.: desocupado; egr.: egreso; ing.: ingreso.

Cuadro 1.3.c

Las camas de dotación son las asignadas o reconocidas por la autoridad sanitaria y su número se ajusta anualmente con las remodelaciones y ampliaciones. La capacidad de camas en relación a las instalaciones puede ser mayor a la dotación. Las **camas disponibles** son aquellas que están ocupadas más las que pueden ser ocupadas. Su número es más variable. Pueden instalarse camas adicionales, por ejemplo por aumento de la demanda o por una epidemia. Pueden asimismo reducirse por desinfección o mantenimiento de la cama o de un área (vg. reparaciones, pintura). Se consideran camas disponibles las incubadoras de complejidad y las de UTI y similares. No así las cunas para RN sanos en los servicios de obstetricia, las camas de trabajo de parto, las de consultorios de emergencia, ni las de personal de guardia.

El **promedio** de camas disponibles (PCD) es el cociente entre el número de camas disponibles y los días totales del año.

El **Porcentaje de Ocupación de Camas** (POC) debe oscilar entre 70 y 90%. Un porcentaje menor de 70 indica exceso de recursos, más aún si el PDE es alto. Si es mayor de 90, y si el PDE es excesivamente corto (vg. 1 de PDE en un servicio de obstetricia) señala insuficiencia del recurso, el establecimiento trabaja a “cama caliente”.

El **Promedio de Días de Estada** (PDE) varía con el subsector y con el servicio. En el subsector privado el PDE tiende a ser menor que en el estatal en que suele ser mayor por pacientes que no pueden ser dados de alta por problemas sociales o que permanecen más días en función de la docencia. Es frecuente que se prolongue por los “cuellos de botella” de los servicios centrales insuficientes o con equipos sin funcionamiento (vg. imágenes, laboratorio, interconsultas) así como –en los servicios quirúrgicos– por falta de disponibilidad de quirófanos o de sus equipos. El funcionamiento horario parcial de esos servicios agrava la situación. Se tiende a que los mismos funcionen al menos 16 horas al día, para lo que hay que superar el vicio del hospital matutino, contratando el personal profesional y técnico por horarios mayores (vg. de 6 a 8 hs.) y agregando recursos humanos para el pleno funcionamiento vespertino, y en la alta complejidad, también nocturno, regular.

El PDE varía según los servicios y los criterios [Cuadro 1.3.d].

PDE típicos en hospitales generales

Servicio	PDE
Obstetricia	2-4 días
Quirúrgico	6-12 días
Clínica	10-18 días
Pediatría	8-14 días
Prematuros	15-60 días
(Fajado Ortiz, 1983:243).	

Cuadro 1.3.d

Estos promedios son clásicos y deben tender a reducirse habida cuenta de los recursos hoy disponibles. Así la cirugía laparoscópica admite un PDE de 2 días. Lo mismo resulta del criterio de pronta movilización postquirúrgica para prevenir el tromboembolismo, la infección hospitalaria y las neumonías y escaras por decúbito.

Por el contrario el PDE en RN prematuros ha aumentado por el logro de sobrevivida en RN de muy bajo peso, cuya asistencia puede requerir hasta 90 días o más en incubadora compleja.

Los sistemas clasificatorios de pacientes con los Grupos Relacionados de Diagnóstico y los Modulados permiten precisar el PDE por tipo de patología.

El **giro de Camas** (CG) llamado también índice de renovación o de rotación, mide el número de pacientes asistidos en una cama a lo largo de un año. En los hospitales generales de agudos el giro debe oscilar entre 25 y 35 egresados por cama y año (Feld, Rizzi y Goberna, 1978:325). El giro es mayor cuanto menor es el PDE y viceversa.

El **Promedio de Egresos** (PE) es un indicador para medir la demanda de internación de la comunidad (tasas de uso) y con las eventuales listas de espera.

La **Tasa de Mortalidad Hospitalaria** indica el riesgo de muerte de los pacientes hospitalizados. Se divide en letalidad de antes y después de las 48 horas, ya que la primera, en términos estadísticos, descarta la responsabilidad del establecimiento en tanto la asistencia no ha tenido tiempo de actuar. Hay tendencias a reducir dichas 48 hs. a 12 hs. (Feld, Rizzi y Goberna, 1978:326).

1. Consultas

La base para obtener estos indicadores es el formulario "Informe de Consultorio Externo" que anota el mismo profesional o la secretaría y sus datos son explícitos [Cuadro 1.3.e].

						Paquete	Hoja N°
1. Establecimiento		2. Servicio		3. Consultorio		4. Fecha:	
						Día	Mes
						Año	
5. Apellido y Nombres	6. Edad y Sexo		7. Domicilio Habitual	8. Esta consulta en este año, en este servicio y por esta enfermedad es?	Diagnóstico	Código	
	Masc.	Fem.					
			Pdo:				
			Prov:				

Cuadro 1.3.e

Los consultorios pueden estar codificados en números. Se agrega un número de paquete y hoja para su presentación al área de estadística que también codifica los diagnósticos y hace un resumen mensual con la cantidad total de consultas y, las de primera vez o ulterior. De este resumen surgen los datos para los siguientes indicadores [Cuadro 1.3.f].

Indicadores de consultas. Emergentes*

Indicadores	Abreviatura y fórmula	Resultado en el período
Prom. diario de cons	$PDC = \frac{\text{Total de cons. en un per.}}{\text{Total de ds. del per.}}$	Núm. Prom. del total de cons. darias
Porc. de cons. de 1ra vez	$PCPV = \frac{\text{Total de cons. de 1ra vez en un per.}}{\text{Total de cons. durante ese per.}} \times 100$	Por. de cons. de 1ra vez respec al total de cons.
Índice de conc de cons.	$ICC = \frac{\text{Total de consultas en un período}}{\text{Total de cons. de 1ra vez en ese per.}}$	Razón de cons. totales respec a las de 1ra vez, es inversa a la anterior

Fte: Ferrero y Giacomini (1), con modificaciones.
 Ref: Ver pie de cuadro 1.3.c.; cons.: consultas; conc: concentración.

Cuadro 1.3.f

El **Promedio Diario de Consultas** (PDC) indica el peso de la atención ambulatoria diaria. Su productividad se aprecia comparándolo con indicadores estructurales como el número de consultorios y con las horas médicas disponibles, ambas cifras como denominadores en sendos cocientes cuyo numerador es el total de consultas en el período. La razón entre este último número y el de egresos en el período señala la capacidad de resolución ambulatoria de los problemas de salud. Estos indicadores deben aplicarse al conjunto de establecimientos cuando se considera una red de hospitales-CAPs, en la cual hay que agregar un indicador que mida las derivaciones con referencia y contrarreferencia.

El **Porcentaje de Consultas de Primera Vez** (PCPV) se complementa con el **Índice de Concentración de Consultas** (ICC). La consulta de primera vez es la inicial a un paciente en el año en un servicio y por una enfermedad (Feld, Rizzi y Goberna, 1978:340). El total comprende a los de la primera vez y los de ulteriores. El valor ideal del ICC es función del tipo de servicios, así en Pediatría y Obstetricia la concentración debe ser alta, 4 y 7 respectivamente. Una concentración menor indica que hay mal control del niño o del embarazo o –si se cruza con las que se realizan en los CAPs– que el control se hace en red, lo que manifiesta una buena organización. También es función de la enfermedad ya que en la aguda la concentración puede ser 1 pero en la crónica (vg. hipertensión arterial, diabetes) debe ascender a 2 o 3. El control de los problemas en forma ambulatoria se logra si cada paciente es atendido por el mismo profesional, si este lleva ficha actualizada y aplica, con criterio, las normas de diagnóstico y terapéutica para cada enfermedad.

El análisis global de las hojas de egreso aunque más laborioso, genera nuevos indicadores [Cuadro 1.3.g y 1.3.h].

HOJA DE EGRESO					
INFORME ESTADÍSTICO DE HOSPITALIZACIÓN					
2. Identificación del establecimiento			Código del establecimiento		
Apellido y nombre del paciente		Nº de Historia Clínica		5. Tipo y Nº de documento	
3. Fecha de nacimiento	4. Edad al ingreso	6. Tipo y nº de documento de la madre			
7. Residencia habitual		8. Sexo			
9. Pertenece o está asociado a : OOSS, Plan Privado o Mutual o Seguro Público					
10. Nivel de instrucción			11. Situación Laboral		
12. Ocupación habitual					
13. Fecha de ingreso	13.1. Servicio	13.2. Días de estada			
13.3. Fecha de pase	13.4. Servicio	13.5. Días de estada			
14. Fecha de egreso	15. Total días de estada	16. Tipo de egreso: Alta def. Alta trans. Defunción Retiro vol.			
17. Diagnóstico principal del egreso			Códigos		
18. Otros diagnósticos					
19. Procedimientos quirúrgicos y obstétricos					
20. Otras circunstancias que prolongan la internación			21. Días de estada por otras circunstancias		
22. Causa externa de traumatismo, envenenamiento y otros efectos adversos					
1- Producido por 2- Lugar donde ocurrió 3- como se produjo:					
Datos del evento obstétrico (incluye los datos del producto de la gestación) Datos del R.N Patológico					
23. Fecha de terminación del embarazo		24. Edad gestacional		25. Paridad	
Cada renglón corresponde a un producto del evento obstétrico actual					
		28. Condición al nacer		29. terminación	
		30. sexo			
		Nac. Vivo 1	Nac. Fetal 2	Vaginal 3	Cesárea 4
				Femenino	Masculino
Firma del médico interviniente			Aclaración		
Información protegida por Ley 17.622/68					
Decreto 3.110/70 – Secreto Estadístico					

Cuadro 1.3.g

Indicadores seleccionados con fuente en la hoja de egreso*

Sigla	Indicador	Fórmula
TLE	Tasa de letalidad =	$\frac{\text{Muertos por una causa}}{\text{Egresos por esa causa}} \times 100$
TA	Tasa de autopsias =	$\frac{\text{Autopsias realizadas}}{\text{Egresos por óbito}} \times 100$
TQ	Tasa quirúrgica =	$\frac{\text{Número interv. quirúrg.}}{\text{Número de egresos}} \times 100$
TIPO	Tasa Infecciones Postoperatorias =	$\frac{\text{Número de infecc. postquirurg.}}{\text{Número interv. quirúrg.}} \times 100$
PEAP	Proporción de estudios anatómopat. postquir. =	$\frac{\text{Número de piezas con est. anatomopat.}}{\text{Número interv. quirúrg.}} \times 100$

Nota: Siglas convencionales.

Cuadro 1.3.h

1.4.- Indicadores de resultados:

La **medición de resultados** favorables o adversos de la asistencia de salud requiere indicadores que relacionen datos más difíciles de obtener y procesar que los de estadística hospitalaria clásica y que las sumatorias de eventos.

Requiere una clasificación por práctica, diagnóstico y la evolución de los pacientes que en lo que se refiere a internados puede obtenerse, en parte, de la hoja de egreso y de la epicrisis.

El Nomenclador Nacional de Prestaciones, sobre el que se hará referencia más adelante, clasifica sólo las intervenciones quirúrgicas y algunos síndromes clínicos complejos.

La introducción de **nuevas formas de clasificación** en los países más desarrollados tiende a valorar al mismo tiempo la **efectividad** de la asistencia y la **eficiencia** del gasto. Se usan para evaluar las ventajas de los procedimientos médicos (vg. resección transuretral de próstata/próstectomía a cielo abierto) así como para comparar los resultados entre establecimientos o servicios distintos (Peiró Moreno, 1999:209 y ss.).

Para esto se han elaborado **perfiles de práctica** que requieren:

- una evaluación previa de cada paciente en función de su gravedad o riesgos (de muerte, complicaciones, estadías prolongadas o altos costos). Se usan los sistemas de clasificación de pacientes (SCP), los de ajuste de riesgos (SAR) y los Grupos de Diagnóstico Relacionados (GRD)
- un sistema de base de datos clínico-administrativos al alta hospitalaria o de un Conjunto Mínimo de Datos Básicos (CMBD), con identificación del paciente y del episodio e información clínica, complementado por otros registros
- una comparación entre los resultados emergentes de (b) con los parámetros previstos en (a).

Se verán ejemplos de estos indicadores más adelante.

2.- Registro y clasificación de las enfermedades y de las prestaciones

Luis María Gambarotta

2.1.- Clasificación internacional

La Clasificación Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud es un sistema de categorías nominales codificadas que se asignan a las entidades nosológicas de acuerdo con criterios consensuados entre diversas especialidades médicas y estadísticas. Es esencial para el agrupamiento y tabulación de datos así como para su difusión, comparación y utilización.

La clasificación tuvo sus precursores en las nomenclaturas de las enfermedades como las de Sauvage y William Allen, a fines del siglo XVIII. Estas nomenclaturas no estaban destinadas a los estudios estadísticos que preconizó John Graunt en el mismo siglo, en base a los registros de mortalidad de Londres. En la primera mitad del siglo XIX la obra de Graunt fue perfeccionada por William Farr, del Registro General de Inglaterra. En el congreso de Estadística de Bruselas (1853) se adoptó, prevaleciendo la localización anatómica, una Lista Internacional de Causas de Defunción.

En una reunión internacional de estadística (Chicago, 1893) el francés Jacques Bertillon la perfeccionó y en 1898 (Ottawa) se acordó revisarla decenalmente. El mismo Bertillon dirigió la preparación de la primera (1900) y segunda (1910) revisión. Una provisional (tercera, 1922) fue coordinada por grupos de especialistas, entre los que se destacó el alemán E. Roesley desde el Instituto Internacional de Estadística y la Organización de Higiene de la Sociedad de las Naciones y se prepararon la cuarta (1929) y la quinta (1938) revisión.

Una vez constituido provisionalmente la Organización Mundial de la Salud (1946) se hicieron la sexta (1946), que comenzó a incluir enfermedades no mortales, la séptima (1955) y la octava (1965). En la misma organización se concretó la novena revisión (1975) (OPS-OMS Manual de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades, Traumatismos y causa de defunción) 9ª revisión (OPS, Washington FOC, 1978 Vol. I: VII-XXVII)

La décima revisión (OPS-OMS. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas Relacionados con la Salud. 10ª revisión, OPS, Washington DC, 1992) para aplicarse desde el 1 de enero de 1993, mantiene la estructura de la anterior con modificaciones:

- a) la codificación numérica se reemplazó por una alfa-numérica formada por una letra seguida de dos números (nivel de tres caracteres) y de tres (nivel de cuatro caracteres)
- b) se agregaron capítulos sobre enfermedades del ojo y del oído;
- c) se incorporaron al texto principal la clasificación de causas externas, los factores que influyen en el estado de salud y los surgidos por contacto con los servicios de salud, que antes eran suplementos;
- d) se publican en tres formas (tomos):
 1. Lista Tabular con dos clasificaciones –en tres y cuatro caracteres– y otras complementarias: morfología de los tumores, tabulaciones para mortalidad y morbilidad, definiciones y reglamento de nomenclatura;
 2. Manual de Instrucciones: recomendaciones sobre certificaciones y clasificación, normas sobre uso de la CIE;
 3. Índice alfabético.
- e) de 17 capítulos pasó a 21;
- f) al final de algunos capítulos se agregaron afecciones emergentes de tratamientos médicos (vg. derivados de ablación de órganos);
- g) se registraron las referencias marcadas con daga y asterisco;
- h) la mortalidad materna se dividió en “defunción relacionada con el embarazo” hasta los 42 días del parto y “muerte materna tardía” después de ese término;
- i) se jerarquizó la mortalidad de menores de cinco años en relación a la mortalidad infantil;
- j) las entidades psiquiátricas se explicitaron con criterios diagnósticos.

[Véase un modelo resumido en **ANEXO I** del presente capítulo].

2.2.- El ordenamiento de las prestaciones surgió de los primeros convenios

A principios de la década de 1950 las Obras Sociales (OOSS) comenzaron a hacer convenios con prestadores privados para cobertura médica de sus beneficiarios. En ellas se incluían nóminas de prestaciones valorizadas equivalentes a las tarifas (fees) de EEUU (Feld, Rizzi y Goberna, 1978:193).

La Federación Médica de la provincia de Buenos Aires (FEMEBA) elaboró en 1960 un Arancel Mínimo para asistencia y prácticas médicas valorizado en pesos y lo editó con tapas verdes (Libro Verde) en 1961 al que se agregó un anexo de aranceles sanatoriales, que se editaría como Libro

Rosa, y valoraciones bioquímicas. El arancel diferenciado mayor, que podían cobrar los médicos con cierta antigüedad y antecedentes, se incorporó al año siguiente.

Las prestaciones posteriormente se codificaron en cuatro dígitos y se valorizaron en unidades denominadas “galenos”, convertibles en pesos (Moirano, 1978).

Los Colegios Profesionales convalidaron estas normativas y el Estado unificó los valores médicos, sanatoriales, bioquímicos y los adoptó con modificaciones por el Decreto-Ley 18.912 (1970) en lo que se llamó Nomenclador Nacional de Prestaciones Médico-Sanatoriales (NN). Los valores sanatoriales se diferenciaban según los establecimientos reunieran o no ciertos “requisitos mínimos” (Moirano, 1978). En 1977 se reordenó en tres grandes capítulos: a) intervenciones quirúrgicas; b) prácticas especializadas y c) síndromes clínicos, internación y UTI. Se suprimieron los requisitos mínimos.

El Decreto-Ley 19.710 (1970) estableció, además del pago por prestación sobre la base del NN, otras formas como la capitación, la cartera fija y la hora profesional, lo que trajo conflictos con las entidades médico gremiales.

Posteriormente, sobre la base de los estudios de la comisión paritaria del Instituto Nacional de OS (INOS), se ajustó la codificación y se incorporaron normas de aplicación. Los valores eran actualizados por el INOS de acuerdo a la inflación pero con atrasos que generaban conflictos (March y Reynoso, s/f: 195).

A partir de 1990 el NN dejó de ser el eje de los convenios aunque sigue siendo un marco de referencia no sólo para valorizar las prestaciones, sino también para desarrollar su auditoría y corregir desvíos (March y Reynoso, s/f).

2.3.- Las prestaciones se clasifican y valorizan en nomencladores

El nomenclador (NN) de uso médico sanitario es un catálogo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos con un elencado ordenado y de extensión apreciable, en el marco de las relaciones entre financiadores y prestadores.

El costo se expresa en unidades abstractas convertibles en moneda corriente para Gastos (Unidades sanatoriales) y Honorarios (Galenos).

Tiene la ventaja de su universalidad y de la posibilidad de actualización. Sin embargo esta última no se aplica a nuestro medio: se registran aún prácticas que no se realizan más (ej: neumocentriografía) y faltan prácticas más recientes. Además, prioriza el uso de técnicas en oposición a la atención intensiva e ignora los sistemas de retribución por día-cama, o por diagnóstico de base. Ha sido abandonado por sectores asistenciales significativos (vg. grandes prestadores sanatoriales, propietarios de equipos complejos y representantes de especialidades críticas como la Anestesiología).

El NN debe ser actualizado permanentemente por un grupo multisectorial ad hoc, conformado por representantes de beneficiarios, de los prestadores y financiadores.

Véase un modelo resumido de códigos del Nomenclador Nacional de Prestaciones incluidas las prestaciones del P.M.O. 2000 en el **ANEXO II** del presente capítulo.

2.4.- Las prestaciones médicas obligatorias se definieron sobre la base del NN

Una comisión técnica con representantes del Ministerio Nacional, la ANSSAL (Agencia Nacional de Seguros de Salud) y la CGT, sin participación de universidades, sociedades científicas, ni prestadores, elaboró el Programa Médico Obligatorio (PMO) para las OOS nacionales que, en 1996, fue aprobado por Dec. 492/95 [Cuadro 2.4].

Programa Médico Obligatorio (PMO). Cobertura de OOSS Nacionales

- Programa de prevención y promoción.
- Plan maternoinfantil.
- Prog. de Enfermedades Oncológicas.
- Odontología preventiva.
- Ingreso al sistema de médicos Generalistas.
- Modalidades de recuperación de la salud en ambulatorio e internación, todas las especialidades.
- Consultas generales y especializadas.
- Atención odontológica, no prótesis dentales.
- Atención psiquiátrica hasta 30 consultas y 30 días de internación/año.
- Medicamentos: 40% en ambulatorios y 100% en internación. Se recomienda Vademecum ambulatorio.
- Medicamentos: baja incidencia y alto costo en 100% Exepto los que se deben tramitar por ANSSAL: factor VIII y antihemofílicos, Somatotropina, Ceradace (enf. Gaucher), y anti HIV-SIDA.
- Internación general y especializada, incluyendo UTI, UCO, UCI y neonatológica.
- Laboratorio clínico: todas las prácticas del Nomenclador.
- Imágenes: Rx, mamografía, hemodinamia, centellografía, ecografía, TAC y cámara gamma.
- Traslados en ambulancia.
- Prótesis y ortesis, bajo condiciones.
- Rehabilitación: kinesioterapia 25 sesiones/año, ACV h/3meses y s/evolución; postoperatorio de traumatología h/3 meses y s/evolución; grandes accidentados h/6meses y s/evolución.
- Transplantes, hemodiálisis y prácticas de alto costo y baja incidencia.

(Resol. Nº 247/96. MS y AS).

Cuadro 2.4

Se hacen recomendaciones y sugerencias en cada caso. Se establecen coseguros para las visitas a domicilio, las consultas psiquiátricas, medicación no oncológica usada en protocolos oncológicos y sesiones de kinesioterapia. Se proveen subsidios de ANSSAL para prótesis y ortesis (s/ Res. 043/92 ANSSAL).

Posteriormente se agregó la Diálisis Peritoneal Continua Ambulatoria (DPCA), se incorporó como medico generalista, para su caso, al pediatra, al ginecólogo y obstetra y se incorporó la asistencia psicológica. Se incluyó la cobertura de insulina y elementos para su aplicación así como la piridostigmina (NR Mestinon 60 mgr.) para la Miastenia Gravis con 100% de cobertura.

En 2002 se declaró la Emergencia Sanitaria (Ley 25.590) eximiéndose de impuestos, gravámenes y tasas o aranceles a la importación de productos críticos para diagnóstico y tratamiento según un listado². La reglamentación (Decreto 486/02) define objetivos y atribuciones del Ministerio de Salud, encomienda al COFESA la definición de criterios racionales de utilización y afecta una partida de \$50 millones para uso hospitalario y de APS así como un régimen de contrataciones y monitoreo de precios. Crea un programa de acceso universal a medicamentos de uso ambulatorio para jefes de hogar y de genéricos para APS. Encomienda al Ministerio de Salud la definición de “prestaciones básicas esenciales... necesarias e imprescindibles para la preservación de la vida y la atención de las enfermedades”. Modifica porcentajes del Fondo Solidario de Redistribución y suspende la ejecución de sentencias que condenen a pagos a las OOSS. Encomienda al Interventor-Normalizador del Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP) que proponga un régimen ad hoc de emergencia, le otorga facultad para la rescisión unilateral de contratos y a su renegociación sobre la base del principio de “sacrificio compartido”. Manda un relevamiento y control de deudas del Instituto así como un plan estratégico de reforma estructural del mismo.

Encomienda a la ANMAT (Agencia Nacional de Medicamentos, Alimentos y Técnicas) normas sobre reesterilización y reutilización de marcapasos y otros implantes.

² Incluye insumos, partes y accesorios para equipos médicos, bioquímicos, materiales estériles y descartables, implantes y accesorios para su colocación, productos para determinaciones complejas, reactivos de diagnóstico y medicamentos especiales.

De esta norma surge el Programa Médico Obligatorio de Emergencia (PMOE, Res. 201/02 MS) que agrega algunas prestaciones al PMO y precisa los requerimientos para coberturas de mediana y alta complejidad. Hace un amplio catálogo de prestaciones a la manera de un nomenclador, con ese tipo de requerimientos. Establece un formulario terapéutico de genéricos y lo completa con un listado de precios de referencia.

2.5.- Hay nuevas formas de clasificar y valorizar la asistencia

Las nuevas formas que tienden a suplir al Nomenclador son:

- 1 **GRD** (Grupos Relacionados de Diagnóstico).
Se basa en diagnósticos codificados por modificación clínica de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE) e involucra 470 categorías iniciales con peso relativo para el pago. Sin embargo no contempla prácticas ambulatorias ni pediátricas.
- 2 **PMC** (Patient Management Categories) del Instituto de Investigación de Pittsburg.
Combina el diagnóstico y los procedimientos normativos en 831 categorías.
- 3 **APACHE III** (Acute Physiologic Age Chronic Health Evaluation).
Se mide la mortalidad de pacientes internados en UTI o equivalentes.
- 4 **RACI** (Risk-adjusted Complication Index).
Mide la probabilidad de complicaciones intrahospitalarias.
- 5 **APC** (Ambulatory Payment Groups-Grupos de Pago Ambulatorio).
- 6 Este modelo sirve para costear prácticas ambulatorias y está basado en el CPT (Current Procedural Terminology – Terminología actualizada de Procedimientos).
- 7 **RARI** (Risk-adjusted Readmisión Index) Mide la probabilidad de reingreso a los 30 días.

Los nomencladores modulados más simplificados se utilizan en Argentina. Véase un modelo de ejemplos del vigente en el convenio IOMA- FECLIBA- ACLIBAS, en la provincia de Buenos Aires, en el **ANEXO III**.

2.6.- Los modelos de retribución varían entre profesionales y establecimientos

Los modelos de retribución a los profesionales se pueden dividir en: a) puros: por salario, por prestación o por cápita o b) mixtos: salario más pago por acto; pago por acto más techo individual (“Clow back”); pago por acto más techo grupal.

Los modelos de retribución a establecimientos se pueden dividir en: financiamiento de la oferta (presupuestos, característico de establecimientos estatales) y financiamiento de la demanda (propio de establecimientos privados) por prestación, por día/cama, por capitación, por módulos a patología resuelta (tipo DRS), tasa de casos relacionados por servicio o leasing de camas [Cuadro 2.6.a].

Modelos Puros de Pago a Prestadores

Sistema	Comportamiento teórico	Ventajas	Desventajas
Salario	- Inclina a minimizar la carga laboral.	<ul style="list-style-type: none"> - Alta progresividad de los gastos. - No obstaculiza la cooperación "horizontal". - No estimula la sobrestimación. - Homoginiza la retribución entre médicos/no médicos. 	<ul style="list-style-type: none"> - No incentiva la productividad - Independiza cantidad y calidad de la prestación de la remuneración - Puede estimular la subprestación - Introduce presiones para incrementar el personal - Tiende a la minimización de la jornada efectiva - Aumenta el peso relativo de los costos fijos
Pago por prestación	- Incentiva al prestador.	<ul style="list-style-type: none"> - Alta productividad - Mayor satisfacción del prestador - Prevalece la acción sobre la observación - Cálculo simple de la remuneración a liquidar - Favorece la satisfacción del usuario (libre elección, estudios completos) 	<ul style="list-style-type: none"> - Induce a la sobrestimación - No permite un control efectivo sobre la productividad y el gasto total - Desalienta la prevención - Atenta contra la interrelación profesional - Incentiva la distribución desigual de la oferta profesional - Requiere numerosos controles de gestión
Cápita	- Tiende a maximizar el número capitados y a minimizar los actos profesionales.	<ul style="list-style-type: none"> - Sencillez administrativa - Menor competencia entre profesionales - Orienta hacia una continuidad en la atención 	<ul style="list-style-type: none"> - Indirectamente estimula la sobreutilización de medios auxiliares diagnósticos ("satisfacer al usuario") - Ausencia de incentivos - No pone límites a la aceptación de usuarios por prestador - Induce la derivación a otras áreas prestacionales

Cuadro 2.6.a

Modelos de Financiamiento a la demanda

Sistema	Comportamiento teórico	Ventajas	Desventajas
Pago por prestación	- Busca obtener el máximo provecho de cada usuario	<ul style="list-style-type: none"> - Facilidad conceptual/ pesadez práctica del manejo administrativo - Traslado de todo el riesgo al financiador - Elevada productividad - Favorece la satisfacción del usuario 	<ul style="list-style-type: none"> - Favorece la sobrestimación - Dificulta el control sobre lo prestado y el gasto originado (puede manejarse con "techos") - Requiere de excesivos controles
Pago por día/cama	- Maximiza la captación, minimiza la prestación	<ul style="list-style-type: none"> - Simplicidad en el cálculo del costo final - Transfiere el riesgo al prestador (lo compensa parcialmente con las "exclusiones") - Mejora la efectividad médica, pero puede llevar a la subprestación 	<ul style="list-style-type: none"> - Estimula la sobrepermanencia - Puede comprometer la calidad - Genera selección de pacientes ("Cream skinning") - Cálculo justo del valor diario dificultoso (muchas variables confluentes)
Pago por cápita	- Ídem anterior	<ul style="list-style-type: none"> - Facilita aún más el cálculo del gasto futuro - Transfiere el riesgo al financiador - Reduce los controles por parte del financiador - Mejora la efectividad médica, pero puede llevar a la subprestación - Puede ajustar riesgos por patología y edad - Incentiva el control de costos por el prestador 	<ul style="list-style-type: none"> - Puede comprometer la calidad
Pago modular	- Ídem anterior	<ul style="list-style-type: none"> - Transfiere el riesgo al prestador - Facilita la liquidación, la auditoría médica y el control de calidad - Incentiva el control de sus costos por el prestador 	<ul style="list-style-type: none"> - Puede estimular la subprestación con sobreutilización de las "exclusiones"

Cuadro 2.6.b

3.- La Historia Clínica como documento clave de la asistencia

La **Historia Clínica** (HC) es un documento hospitalario que cumple una múltiple función:

1. Registra ordenadamente la evolución clínica del paciente, los estudios realizados, la conducta terapéutica, el perfil pronóstico y el control ambulatorio previo o posterior a la internación.
2. Aporta elementos de elevado significado epidemiológico.
3. Implica un documento de valor médico-legal.
4. Representa el elemento convalidante clave para la facturación a las Obras Sociales y otros financiadores.
5. Sirve de guía básica para las evaluaciones continuas de Control de calidad.

Las normas generales para la confección de la HC son las siguientes:

- 1 La evolución referida en la HC debe ser contemporánea a los hechos, y será redactada y rubricada por el médico tratante, debiendo constar en cada hoja los datos filiatorios del paciente, el n° de Historia Clínica y la fecha.
- 2 Deben detallarse las condiciones del paciente a su ingreso.
- 3 Lo escrito debe ser legible, sin tachaduras ni borrones. De haberse cometido una equivocación se escribirá al margen la palabra **error** y se aclarará a continuación lo correcto.
- 4 En lo posible deberán evitarse abreviaturas y nombres propios.
- 5 No se añadirá nada entre renglones. De ser necesario se escribe al pié de página convocando con un signo de llamada.
- 6 Se sintetiza periódicamente (7-10 días) la impresión acerca del paciente y/o familiares.
- 7 Se consigna claramente fecha, resultado y ejecutante de todas las prácticas realizadas.
- 8 Se cierra con una epicrisis, resumen final del episodio, breve, conciso y completo.

4.- El circuito de la Historia Clínica

La HC como documento totalizador de la situación del paciente, tanto en salud como en enfermedad, debe ser por definición única para toda su atención en el hospital, tanto en internación como en forma ambulatoria.

De allí surgen las siguientes características:

1. Deberá ser abierta por la Oficina de Administración durante el primer contacto del paciente con un efector prestacional del establecimiento.
2. La modalidad de confección inicial dependerá del área inicial en que se realice tal primer contacto (ver luego).
3. Finalizada la prestación (internación o atención ambulatoria) la HC deberá ser remitida simultáneamente al egreso del paciente al Archivo Central.
4. Del Archivo Central la HC sólo egresará acompañando al paciente en su próxima atención. La consulta de la misma por profesionales deberá practicarse sistemáticamente en el propio Archivo, de donde no debe salir.
5. Con cada reinternación se agregará un fascículo completo de HC (**modelo A, Punto 5 – hojas 1 a 13 y 18**) progresando desde la contratapa de la carpeta. Se exceptúan las planillas anexas que sólo se incorporarán la primera vez.

El facsímil de HC aquí propuesto es un modelo polivalente, que pretende ser de utilidad en la mayor parte de los ámbitos asistenciales del establecimiento, pero no es óbice para que determinados sectores que requieren información diferenciada o que desarrollan técnicas asistenciales especiales, puedan incorporar a la misma la documentación que les resulte necesaria. Entre tales casos podríamos enunciar, sólo a tipo de referencia:

1. El modelo de la HC de Neonatología y Pediatría vigente puesto que sugiere una serie de ítems particularizados (Modelo B, Punto 5).
2. Las hojas de evolución y control de UTI, Terapia Intermedia y otros servicios especializados; así como las reseñas de prácticas especiales (vg. procedimientos dialíticos, espirometría, pletismografía) que se añadirán a la HC según necesidad.

5.- La Historia Clínica tiene varios componentes

La composición de una HC tipo sigue los siguientes parámetros:

A- Carpeta, con identificación y datos personales. Siguen las hojas según número:

1. Hoja de anamnesis.
2. Hoja de examen físico.
3. Hoja de evolución clínica.
4. Consentimiento informado para prácticas.
5. Hoja de interconsultas.
6. Hoja de diagnóstico por imágenes.
7. Hoja de laboratorio.
8. Hoja de resultados bacteriológicos.
9. Consentimiento informado para determinación de HIV.
10. Consentimiento para traslado.
11. Hoja de indicaciones médicas.
12. Hoja de enfermería.
13. Cuadro clínico de control.
14. Protocolo operatorio.
15. Ficha anestésica.
16. Hoja de cirugía ambulatoria.
17. Consentimiento para necropsia.
18. Protocolo mínimo de egreso (epicrisis).

B- Anexos (en HC pediatría):

1. Planilla de esquema vacunal.
2. Planilla de evaluación de maduración psiconeurológica.
3. Gráfico de estatura (niños o niñas).
4. Gráfico de peso (niños o niñas).
5. Gráfico de PC. (perímetro craneano)
6. Gráfico de TA. (tensión arterial)

6.- La Historia Clínica puede organizarse en base a una lista de problemas

Santiago Luis Barragán

Más recientemente ha surgido una nueva tendencia para el registro de los datos de la HC: el esquema orientado al análisis de los problemas de salud. Un problema de salud es una realidad insatisfecha referente al estado de salud; se trata de un hecho que requiere intervención profesional para su resolución. No solo se refiere a cuestiones de terapéutica sino también a otros temas (vg. diagnóstico y prevención).

El registro escrito de la información sobre un paciente, es un acto médico obligatorio. Cada médico es una persona particular con formas propias de expresar los hechos ocurridos a un paciente a su cargo y, en general, esto se traduce en una forma casi única de escribir la HC. Esta individualidad determina que las HC se confeccionen con letra ilegible, incompletas, desordenadas, con datos innecesarios y otras múltiples falencias que dificultan la lectura de la información para el que no la confeccionó. Si sumamos la intervención de interconsultores que aportan su propia individualidad,

la HC puede transformarse en una maraña indescifrable de sucesos médicos. Ante estas dificultades surgen como posibles auxiliares del registro de la información médica: la informatización de la HC y el enfoque orientado al problema.

La Historia clínica orientada al problema, se caracteriza por la sistematización en el registro de los datos basada en una lista de problemas que constituye la columna vertebral del documento. Los problemas de salud de un paciente suelen clasificarse en problemas activos, si requieren acciones por parte del médico, y problemas pasivos, si su planteo puede ser postergado. Los problemas activos pueden ser transitorios (agudos) o permanentes (crónicos). Los problemas se registran en forma de un listado dinámico de prioridades que en general se encuentra en la primera página y de una sola vista permite una aproximación al estado de salud del paciente. No se omiten los datos personales y los antecedentes no relacionados con el problema activo pero se los coloca en un segundo plano priorizando la lista de problemas activos. Detectado el problema de salud, se planifica su manejo a través de conductas ya sean de prevención, de seguimiento, de diagnóstico o de terapéutica según el caso. Se omiten, en general, las clásicas y extensas anamnesis sobre antecedentes no relevantes y el examen físico se circunscribe solamente a los aparatos relacionados con el problema en cuestión (vg. inicialmente, no se preguntará sobre epidemiología de hidatidosis ni se revisarán las faneras y aparato locomotor si el problema de salud es la hipertensión arterial). Las evoluciones o notas de seguimiento son breves y concisas, orientadas a consignar solamente las novedades sobre los estudios solicitados o los resultados de las medidas terapéuticas instauradas. En ellas no se hace mención a los temas no relacionados con el problema activo. Las notas de seguimiento suelen sistematizarse en secciones que puede organizarse de variadas formas pero que en general hacen referencia a los síntomas del paciente (mejoría o no), el examen físico (sólo los datos positivos), los resultados de los estudios complementarios, el diagnóstico y el plan de acción (vg. cambios en el tratamiento, nuevos estudios).

7.- La auditoría médica promueve la calidad

Luis María Gambarotta

El objetivo de la auditoría médica es controlar que se haga correctamente todo lo que sea necesario, en el momento oportuno [Cuadro 7.a].

Lema habitual a desterrar

Hacer todo lo que se pueda, como se pueda, y cuando se pueda.

Cuadro 7.a

La calidad en la atención ayuda al prestador a lograr:

- 1 consenso social (potenciales clientes);
- 2 prevención de mala praxis;
- 3 reconocimiento de lo facturado;
- 4 racionalidad del gasto.

La calidad en la atención al ente financiador le:

- 1 reasegura su responsabilidad en el estado de salud de sus afiliados;
- 2 permite mayor racionalidad en el gasto.

Así, las tareas de auditoría médica en un ente financiador son:

- 1 Evaluar posibles prestadores.
 - 2 Participar en la elaboración de contratos.
 - 3 Evaluar en concurrencia los prestadores actuantes (vg. hiper-prescriptores).
 - 4 Diseñar sistemas de retribución, especialmente para 2^{do} nivel (vg. nomencladores modulares).
 - 5 Evaluar el prestador según parámetros de calidad (vg. HC, normas de asepsia).
 - 6 Controlar la facturación de las prestaciones asistenciales.
 - 7 Evaluar indicadores asistenciales en 1^{ero} y 2^{do} nivel (vg. rx/paciente, estadías medias).
 - 8 Pre-auditar las prácticas/insumos de alto impacto económico.
 - 9 Auditar en terreno de 2^{do} nivel (“calidad real”).
 - 10 Controlar la gestión (vg. gasto en medicamentos, hiper-consultantes).
 - 11 Analizar en forma:
 - individual;
 - por grupo etéreo;
 - por diagnóstico;
 - por prestación;
 - por institución.
- Recepcionar y transmitir las denuncias de los afiliados.
 - Evaluar su satisfacción.
 - Diseñar y ejecutar Programas de Prevención en Salud (vg. difusión, vacunaciones, prácticas preventivas).

Las tareas de auditoría médica en un prestador son:

- 1 Evaluar posibles financiadores y sus modalidades operativas.
- 2 Participar en la elaboración de contratos.
- 3 Evaluar en concurrencia financiadores (vg. coberturas, débitos, sistemas de auditoría).
- 4 Evaluar la razonabilidad de los sistema de retribución.
- 5 Evaluar parámetros de calidad (vg. HC, trazadoras, normas de atención).
- 6 Controlar débitos de AM y elaborar las refacturaciones .
- 7 Evaluar indicadores asistenciales (sobre todo en el 2^{do} nivel).
- 8 Autorizar previamente prácticas/insumos según impacto económico y régimen de financiación.
- 9 Coordinar su gestión de cobro (vg. troqueles de prótesis).
- 10 Acordar y seguir los módulos otorgados en 2^{do} nivel.
- 11 Participar en la gestión (vg. vademécum farmacéutico).
- 12 Analizar: por diagnóstico; por prestación; por área asistencial; institucional.
- 13 Recepcionar y tramitar las denuncias de los usuarios.
- 14 Evaluar su satisfacción.

Por su parte la tarea de todo auditor médico tiende a jerarquizar el criterio médico en la toma de decisiones de gestión (vg. debe ser un médico quien decida qué medicamentos incluye un formulario terapéutico).

Para concretar la auditoría, la Historia Clínica es un instrumento esencial por lo que debe registrar las características y circunstancias del paciente y su evolución en forma: contemporánea, ordenada. Además se debe observar estado al ingreso y evolución, los estudios (coherencia, resultados), la conducta terapéutica, el perfil (pronóstico/resumen periódico), epicrisis, controles pre/postinternación, prolija y legible.

No deben faltar en la Historia Clínica los siguientes documentos:

- 1 consentimiento informado
- 2 informes de interconsultas y estudios

- 3 resultados de laboratorio (incluyendo bacteriológicos)
- 4 indicaciones médicas
- 5 control y prácticas de enfermería
- 6 protocolo operatorio
- 7 ficha anestésica
- 8 todas las planillas especializadas que sean necesarias

Auditoría e Historia Clínica de Calidad
"El sueño se hace a mano y sin permiso"
Silvio Rodríguez

Cuadro 7.b

8.- Anexos

8.1.- Anexo I: Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. Décima revisión (capítulos y ejemplos)

Capítulo I.-Ciertas enferm. infecciosas y parasitarias (A00-B99)
Vg.: A00- Cólera; A15- TBC resp., confirmada; A50- Sífilis cong.; A80- Poliomiелitis; A90- Fieb. del dengue; B05- Sarampión; B15- Hepatitis A; B20- Enfermedad por VIH; B50- Paludismo p/P. *falciparum*.

Capítulo II.-Tumores (neoplasias) (C00-D48)
Vg.:C18- colon; C34- bronquios y pulmón; C50- mama; D06- Carcin. in situ del c. del útero.

Capítulo III.-Enferm. de la sangre y de los órg. hematopoyéticos y ciertos trast. que afectan el mecan. de la inmunidad (D50-D89)
Vg.:D50- Anemias por def. de hierro.

Capítulo IV.-Enferm. endocr., nutric. y metab..(E00-E90)
Vg.: E02- Hipotiroidismo subclín. p/ deficiencia de Yodo; E10- Diabetes mellitus insulino-depend.; E43- Desnutrición proteico-calórica severa no especificada; E66- Obesidad.

Capítulo V.-Trast. mentales y del comport. (F00-F99)
Vg.:F00- Demencia en la enf. de Alzheimer; F10- Trast. mentales y del comportam. debido al uso de alcohol, F20- Esquizofrenia; F32: Episodio depresivo; F40 Trast. fóbicos de la ansiedad.

Capítulo VI.-Enferm. del sist. Nervioso (G00-G99)
Vg.: G00- Meningitis bacteriana, no clasif. aparte; G20- Enferm. de Parkinson; G40- Epilepsia; G81- Hemiplejía.

Capítulo VII.-Enferm. del ojo y sus anexos(H00-H59)
Vg.: H10- Conjuntivitis; H25- Catarata senil.

Capítulo VIII.-Enferm. del oído y de la apóf. mastoides (H60-H95).
Vg.: H66- Otitis media supurat. y la no espec.; H80 Otosclerosis.

Capítulo IX.-Enferm. del sist. circulatorio (I00-I99)
Vg.: I10- Hipertensión esencial (primaria); I26- Embolia pulmonar; I60- Hemorragia subaracnoidea; I21 Aneurisma y disección aórticos.

Capítulo X.-Enferm. del sist. resp. (J00-J99)

Vg.: J02- Faringitis ag.; J13- Neumonía deb. a *S. pneumoniae*; J43- Enfisema; J45- Asma; J62- Neumoconiosis deb. a polvo de sílice.

Capítulo XI.-Enferm. del sist. digestivo (K00-K93)

Vg.:K21- Enferm. de reflujo gastroesofágico; K35- Apendicitis ag.; K40- Hernia inguinal; K74- Fibrosis y cirrosis del hígado; K81- Colecistitis.

Capítulo XII.-Enferm. de la piel y del tej. subcutáneo (L00-L99)

Vg.: L10 Pénfigo; L22- Dermatitis del pañal; L40- Psoriasis; L50- Urticaria.

Capítulo XIII.-Enferm. del sist. osteomuscular y del tej. conjuntivo (M00-M25)

Vg.: M05- Artritis reumatoide seropositiva; M10- Gota; M16- Coxartrosis; M32 Lupus eritematoso sist.; M65- Sinovitis y tenosinovitis; M80- Osteoporosis c/ fract. patológica.

Capítulo XIV.-Enferm. del sist. genitourinario (N00-N99)

Vg.: N00- Síndr. nefrítico agudo; N17- Insufic. renal ag.; N20- Cálculo del riñón y del uréter, N30- Cistitis; N40- Hiperplasia de próstata; N60- Displasia mamaria benigna, N80- Endometriosis.

Capítulo XV.-Embarazo, parto y puerperio (O00-O99)

Vg.:O00- Emb. ectópico; O15- Eclampsia; H20- Hemorragia precoz del embarazo; O85- Sepsis puerperal.

Capítulo XVI.-Ciertas afecciones originadas en el per. perinatal (P00-P96)

Vg.: P05- Retardo del crecimiento fetal y desnutrición fetal; P20- Hipoxia intrauterina; P36- Sepsis bacteriana del R.N.

Capítulo XVII.-Malform. Cong., deformidades y anomalías cromosómicas (Q00-Q99)

Vg.: Q20- Malform. cong. de las cámaras cardíacas y sus conexiones; Q36- Labio leporino; Q39- Malform. cong. del esófago; Q90- Síndr. de Down.

Capítulo XVIII.-Sínt., signos y hallazgos anormales clínicos y de laboratorio, no clasif. en o/ parte (R00-R99)

Vg.: R05- Tos; R12- Acidez; R33- Retención de orina; R44- Mareo y desvanecimiento; R51- Cefalea; R91- Hallazgos anormales en diag. p/ imagen de pulmón; R95- Síndr. de la muerte súbita infantil.

Capítulo XIX.-Traumatismos, envenenamientos y algunas consec. de causas externas (S00-T98)

Vg.: S22- Fract. de costillas, del esternón y de la columna torácica (dorsal); S31- Herida del abdomen, de la región lumbosacra y de la pelvis; S67- Traum. p/ aplastamiento de la muñeca y de la mano; S72- Fract. del fémur; T20- Quemadura y corrosión de la cabeza y del cuello; T36- Envenenam. p/ antibióticos sistém.; T51- Efecto tóxico del alcohol; T74- Síndr. del maltrato, T80- Complic. consecutivas a infusión, transfusión e inyección terapéutica.

Capítulo XX.-Causas externas de morbilidad y mortalidad(V01-Y98)

Vg.:V03- Peatón lesionado p/ colisión con automóvil; V22- Motociclista lesionado p/ colisión con vehículo; V44- Ocupante de automóvil lesionado p/ colisión con vehículo de transporte; W10- Caída en o d/ escalera y escalones; W20- Golpe con objeto arrojado; W32- Disparo de arma corta; W54- Mordedura o ataque de perro; W67- Ahogamiento y sumersión en una piscina; W86- Exposición a otras corrientes eléctricas especif.; X00- Exposición a fuego no controlado; X20- Contacto traumático con serpientes; X30- Exposición al calor natural excesivo; X38- Víctima de inundación; X48- Envenenam. accid. p/, y expos. a plaguicidas; X54- Privación de agua; X68- Envenenam. autoinfligido p/ plaguicidas; X72- Lesión autoinfligida p/ arma corta; X91- Agresión por ahorcamiento; Y05- Agresión sexual; Y06- Negligencia y abandono; Y23- Disparo arma larga, de intención no det.; Y36- Operac. de guerra; Y40- Efectos adversos de antibióticos sistém.; Y61- Objeto extraño dejado accident. durante la at. méd. y quirúrgica; Y98- Afección relac. c/ el estilo de vida.

Capítulo XXI.-Fact. que influyen en el estado de salud y contactos con los servicios de salud (Z00-Z99).

Vg.: Z02- Exámenes y contactos para fines administrativos; Z28- Inmunización no realizada; Z30- Atención para la anticoncepción; Z49- Cuidados relativos al procedimiento de diálisis; Z57- Exposición a factores de riesgo ocupacional; Z70 Consulta relacionada con actitud, conducta u orientación sexual.

8.2.- Anexo II

NOMENCLADOR NACIONAL de PRESTACIONES con P.M.O. 2000

a. Índice

Nomenclador de intervenciones quirúrgicas

01. Operaciones en el sistema nervioso; 02. Operaciones en el aparato de la visión; 03. Operaciones otorrinolaringológicas; 04. Operaciones en el sistema endocrino; 05. Operaciones en el tórax; 06. Operaciones en la mama; 07. Operaciones en el sistema cardiovascular; 08. Operaciones en el aparato digestivo y abdomen; 09. Operaciones en los vasos y ganglios linfáticos; 10. Operaciones en el aparato urinario y genital masculino; 11. Operaciones en el aparato genital femenino y operaciones obstétricas; 12. Operaciones en el sistema músculo esquelético; 13. Operaciones en la piel y tejido celular subcutáneo.

Nomenclador de prácticas especializadas

14. Alergia; 15. Anatomía patológica; 16. Anestesiología; 17. Cardiología; 18. Ecografía; 19. Endocrinología y nutrición; 20. Gastroenterología; 21. Genética humana; 22. Ginecología y obstetricia; 23. Hematología-inmunología; 24. Hemoterapia; 25. Rehabilitación médica; 26. Medicina nuclear; 27. Nefrología; 28. Neumonología; 29. Neurología; 30. Oftalmología; 31. Otorrinolaringología; 32. Pediatría; 33. Psiquiatría; 34. Radiología; 35. Terapia radiante; 36. Urología; 37. Síndromes clínicos; 40. Terapia intensiva; 41. Cuidados especiales; 42. Asistencia en consultorio, domicilio e internación; 43. Prestaciones sanatoriales y de enfermería; 44. Unidad coronaria móvil-unidad respiratoria móvil.

b. Ejemplos

Código	Nomenclador Nacional de Intervenciones Quirúrgicas	Honorarios			Gasto Quirúrgico	
		Especialista	Ayudantes	Anestesiista		
01.02.10	Escisión de lesión tumoral intracraneana (neoplasia benigna o maligna cualquiera fuera su ubicación) con o sin lobectomía	U.	744.00	2 x 149.25	239.25	366.00
02.01.08	Vitrectomía. Con microscopio con luz coaxial y vitrectotomo.	U.	637.50	127.50	186.00	910
03.02.02	Timpanoplastía	U.	425.25	84.75	159.75	281.00
03.06.03	Laringectomía total	U.	372.75	2 x 74.25	132.75	233.00
03.13.01	Amigdalectomía, adenoidectomía o amígdalo-adenoidectomía	U.	61.50		80.25	109.00
05.04.01	Neumonectomía, lobectomía, segmentectomía. Pleuroneumonectomía. Decorticación de pulmón.	U.	478.50	2 x 95.25	212.25	366.00
06.01.01.	Mastectomía radical (resección del pectoral mayor, pectoral menor y vaciamiento axilar). Incluye la eventual toma biopsia para congelación.	U.	372.75	74.25	132.75	323.00
07.01.03	Colocación de marcapaso definitivo con electrodo endocavitario.	U.	201.75	39.75	104.25	270.00
07.02.03	Reemplazo de válvula cardíaca por prótesis o injerto.	U.	1594.50	3 x 318.75	451.50	1273.00
07.02.07	Tratamiento quirúrgico de los aneurismas del cayado aórtico. Aneurisma disecante de aorta.	U.	1913.25	3 x 382.50	558.00	1273.00
07.02.09	Derivación (by-pass) aorto coronaria única, doble o triple. (Incluye toma del injerto venoso).	U.	1594.50	3 x 318.75	451.50	1237.00
07.06.12	Safenectomía interna y/o externa de miembro inferior con ligaduras y/o resecciones escalonadas, unilateral. Coronariografía selectiva de coronaria izquierda y/o derecha (incluye cateterismo cardíaco, toma de presiones, obtención de muestras de sangre para oximetría y ventriculograma, incluye monitoreo cardíaco). -"Y código 34.08.05"-.	U.	101.25	30.00	80.25	120.00
07.07.03	Coronariografía selectiva de coronaria izquierda y/o derecha (incluye cateterismo cardíaco, toma de presiones, obtención de muestras de sangre para oximetría y ventriculograma, incluye monitoreo cardíaco). -"Y código 34.08.05"-.	U.	212.25	42.75		300.00
08.01.01	Esofaguectomía total y reconstrucción en un tiempo.	U.	797.25	2 x 159.75	239.25	375.00
08.02.03	Hernioplastía inguinal, crural, epigástrica, umbilical, obturatriz, etc.	U.	191.25	36.75	80.25	220.00
08.05.03	Hemicolectomía (derecha o izquierda).	U.	372.75	2 x 74.25	132.75	233.00
08.05.24	Apendicectomía.	U.	168.00	34.50	80.25	179.00
08.07.01	Lobectomía hepática.	U.	797.25	2 x 159.00	239.25	366.00
08.07.09	Colecistectomía (con o sin coledocotomía)	U.	279.00	2 x 55.50	127.50	271.00
10.04.01	Prostatectomía radical.	U.	327.75	2 x 74.25	132.75	323.00
11.02.01	Histerectomía radical; colpoanexo-histerectomía total ampliada. Operación de Werthein o de Meigs-.	U.	425.25	2 x 84.75	159.75	366.00
11.02.04	Miomectomía uterina abdominal (Como única operación).	U.	201.75	39.75	87.00	271.00
11.04.01	Parto.	U.	228.00			166.00
12.10.01	Cadera.	U.	303.00	2 x 61.50	127.50	312.00
12.19.03	Minerva.	U.	54.00			162.00
12.19.18	Yeso colgante.	U.	12.75			50.00
13.01.10	Sutura de heridas.	U.	30.00			45.00

Código	Nomenclador Nacional de Prácticas Especializadas	Unidades			
		Honorarios		Gastos	
15.01.01	Biopsia por incisión o por punción (ganglio, lesión de piel, trozo de ovario, cilindro de hígado, etc.)	U.	26.25	gb	4.00
17.01.01	Electrocardiograma en consultorio (con o sin prueba de esfuerzo)	U.	7.50	og	20.00
18.01.04	Ecografía tocoginecológica	U.	27.00	gr	58.00
18.01.11	Ecografía de testículos	U.	18.00	gr	24.00
20.01.22	Esofagogastroduodenofibroscofia	U.	45.00	og	342.00
20.01.26	Rectosigmoidofibroscofia	U.	15.00	og	30.00
22.01.01	Colposcopia-traqueloscopia	U.	4.50	og	18.00
22.02.04	Control obstétrico del trabajo de parto	U.	67.50	--	--
23.01.20	Coombs directa. Prueba de	U.	3.00	gb	1.50
24.01.03	Transfusión de hematíes sedimentados (concentrado globular), por unidad de hasta 300 cc.	U.	8.25	og	33.00
25.01.04	Rehabilitación del lenguaje. Por sesión y por beneficiario	U.	7.00	og	2.00
26.01.01	Curva de captación tiroidea (tres determinaciones)	U.	10.50	og	20.00
26.03.09	CEA (Carcinoma embriogénico)	U.	8.00	og	30.00
26.05.01	Centellograma de cerebro (dos posiciones)	U.	52.50	gr	70.00
26.05.28	Perfusión sanguínea miocárdica con radioisótopos: en estado de reposo	U.	30.00	gr	95.00
27.01.01	Hemodiálisis con riñón artificial en insuficiencia aguda. Por sesión	U.	40.00	og	440.00
28.01.01	Espirometría. Comprende: capacidad vital forzada, flujo espiratorio forzado, flujo medio forzado	U.	7.50	og	18.00
29.01.01	Electroencefalografía con activación simple	U.	15.00	og	50.00
30.01.13	Retinofluoresceinografía. -Unilateral-	U.	22.50	og	50.00
31.01.02	Audiometría	U.	4.50	og	5.00
32.01.04	Atención del recién nacido normal o patológico en sala de partos	U.	87.75	--	--
33.01.01	Psicoterapias individuales, niños o adultos, por sesión mínima de 40 minutos practicadas por especialistas (con o sin psicodiagnóstico) debidamente autorizada. Narcoterapia	U.	19.50	--	--
34.03.01	Radiografía o teleradiografía de tórax: con o sin trazado de diámetros cardíacos, con o sin relleno esofágico, de primera exposición. A	U.	6.75	gr	25.00
34.06.02	Mamografía, proyección axilar (únicamente con mamógrafo original de fábrica con tubo de molibdeno y película de grano fino) por lado. H	U.	5.25	gr	40.00
34.08.04 + 07.07.02	Cardiografía o angiocardigrafía (mínimo 6 placas ó 15 metros de película) por estudio. D#	U.	24.75	gr	180.00
34.10.10	T.A.C. torácica	U.	60.75	gr	700.00
35.01.02	Telecobaltoterapia, telecesioterapia, radioterapia dinámica. Cada aplicación	U.	3.00	gr	30.00
36.01.02	Uretrocistofibroscofia	U.	22.50	og	342.00
37.01.01	Insuficiencia respiratoria aguda grave (síndrome laringeo, neumotórax hipertensivo)	U.	20.00	--	--
40.01.01	Arancel global por cada 24 horas de atención	U.	39.75	up	196.00
42.01.01	Consulta médica	U.	10.00	--	--
43.01.01	Una cama en habitación de dos con baño privado incluye: uso de cama, ropa limpia, higienización del paciente, limpieza del ambiente, alimentación y los medios necesarios para brindarle un ambiente confortable al paciente -ambiente climatizado- personal: incluye asistencia del médico de guardia interno, atención de las enfermeras y mucamas del piso excluye: las consultas especializadas prácticas incluidas: las nebulizaciones y los gastos correspondientes a las punciones identificadas con los códigos 01.03.07, 09, 05.04.08 y 08.02.12 cuando los mismos se realicen durante la internación	U.	--	up	57.00

Nomenclador Nacional de Prestaciones 2000. Valores de las Unidades (marzo 1991)*

Abrev.	Unidades	\$/U
G	Galeno	0,2326
--	Honorario Bioquímico	0,1315
--	Honorario Odontológico	0,1123
gq	Gasto Quirúrgico	0,4927
og	Otros Gastos	0,1226
gb	Gasto Bioquímico	0,9702
gr	Gasto Radiológico	0,3496
up	Sanatorial Pensión	0,5634
go	Gasto Odontológico	0,1715
gp	Gasto Odontológico Prótesis	0,2548

*La no actualización de estos valores lleva a que los convenios se firmen por estos multiplicados por 3 o más.
(Licisa. Nomenclador Nacional de Prestaciones 2000. Licisa, Bs As, 2000).

8.3.- Anexo III

IOMA. Listado de módulos clínicos y adicionales.

Consumo en entidades Sanatoriales. 2005. Seleccionados

Código	Nombre	Condiciones	(a)	(b)	(c)
CV 2	IAM	Para los pacientes internados en UC con demostración de IAM por dos de los siguientes: clínica, ECG y enzimas. Deben realizarse estudios pre-alta para estratificación de riesgo, los cuales deben constar en la H.C.	5	A	717
CV4	INSUFICIENCIA CARD DESC	Para ser otorgado en los casos de fallo ventricular que, por su severidad (clase funcional III -IV), y/o por el estado clínico, y/o por la patología asociada, deban ser internados. E.A.P.	3	M	192
SN 4	ACVA 2	Para los pacientes en UTI , en coma por ACV agudo instalado, con TAC de la internación compatible y sin las características de adjudicación del módulo ACV1.	7	A	771
SR 1	NEUMONÍA	Para otorgar a los pacientes con fiebre, infiltrado pulmonar y criterios de internación (compromiso bilateral, derrame pleural, EPOC, diabetes, insuficiencias cardíaca y renal, desnutrición, inmunocomprometidos, ancianos). Deben haberse realizado investigaciones bacteriológicas (esputo y/o hemocultivos y/o líquido pleural) y un esquema de tratamiento empírico reconocido o dirigido por los hallazgos bacteriológicos. Excluye explícitamente a la bronquitis aguda y a las neumonías extrahospitalarias por gérmenes habituales en huéspedes jóvenes inmunocompetentes tratables por vía oral.	4	M	292
GE 2	SUBOCCLUSION INTESTINAL	Sólo con autorización del MAT para cuadros que, por su repercusión y persistencia, de más de 48 hs.deban ser internados para estudios (Rx, ECO o TAC, medio interno) y tratamiento endovenoso.	3	M	107
GE 4	HEMORRAGIA DIG ALTA CON DESC HEMODINÁMICA	Sólo con verificación de la patología por MAT y para otorgar a los pacientes con signos de sangrado activo profuso y datos de inestabilidad hemodinámica que requieren internación en UTI para ser compensados.	4	A	420
DM 2	CETOACIDOSIS DIABETICA	Para los pacientes en cetoacidosis diabética que requieran, por la gravedad del cuadro, internación en la UTI. Los pacientes deberán estar en tratamiento con insulina y contar con evaluación del estado ácido base, monitoreo de la glucemia y estudios destinados a descartar los principales factores desencadenantes.	5	A	488
UT 2	CRISIS HIPERTENSIVA	Para HTA muy severa que ingresa para control y tratamiento y que se resuelve en 24 hs.	1	B	39
UT 3	CRISIS ASMÁTICA	Para cuadros resueltos en 24 hs. con tratamiento convencional	1	B	39
IN 2	MENINGITIS BACTERIANA	Para pacientes con diagnóstico confirmado por punción lumbar, con cultivos de LCR, y bajo tratamiento parenteral con un esquema antibiótico reconocido o guiado por los hallazgos bacteriológicos. Los pacientes con deterioro de la conciencia deberán estar en UTI.	6	A	529
IN 6	SEPSIS SEVERA CONFIRMADA	Sólo con verificación del MAT. Para las infecciones agudas y severas con compromiso sistémico que requieran internación en la UTI debido a los fallos hemodinámico con volemia normalizada, renal, hepático, o respiratorio, o que presenten complicaciones hematológicas (CID, trombocitopenia, etc.). Deben haberse realizado investigaciones bacteriológicas (esputo, hemocultivos, urocultivo, y cultivo de todo foco potencial), estudios de las funciones de órganos blanco, y un esquema de tratamiento empírico reconocido o dirigido por los hallazgos bacteriológicos.	5	A	542
GO 1	AMENAZA DE ABORTO	Certificado dentro de las 24 hs. con ECO y laboratorio	3	A	150
CP 1	BRONC OBST - NEUMOPATÍA CANALICULAR	Para pacientes que requieren fluidoterapia, oxigenoterapia o que no respondieron al tratamiento ambulatorio	4	A	405
CP 7	GASTROENTERITIS INFECCIOSA GRAVE	Para cuadro gastroenteral con repercusión infecciosa sistémica (fiebre, enterorragia, empastamiento abdominal, etc.). Deben realizarse coprocultivos.	4	A	355
FECLIBA-IOMA. (a) consumo mínimo de días (sin óbitos); (b) prioridad: A: alta; M: media; B: baja; (c) valores en UI (Unidades IOMA). MAT: Médico Auditor en Terreno					

Anexo III.a

IOMA. Valores de módulos. Convenio con ent. sanat. 2005*

Categoría	Unidades IOMA (UI)
IV	\$5.20
III	\$4.05
II	\$2.93
I	\$2.43

*Las categorías de los establecimientos son definidas por el decreto 3280/90; IV es la máxima complejidad

Anexo III.b

Citas Bibliográficas

- Barquin Calderon, M., en Sonis, A. y col. *Medicina Sanitaria y Administración de la Salud*. Buenos Aires, El Ateneo, 1970, segundo tomo: 506.
- Fajardo Ortiz, G., *Atención Médica. Teoría y práctica administrativa*. México, Prensa Med-Mex, 1983:45.
- Feld, S., Rizzi, C.H., y Goberna, A., *El Control de la Atención Médica. Auditoria Médica. Evolución de Servicios asistenciales. Fiscalización de actividades profesionales. Aspectos legales de la Atención Médica*. Buenos Aires, López Libros, 1978.
- Ferrero, C. y Giacominini, H.F., *Las estadísticas hospitalarias y la historia clínica. El departamento de información y archivo médico*. Buenos Aires, El Ateneo, 1973.
- Mera, J. A. y Bello, J. N., *Reorganización y financiamiento de los servicios de salud en Argentina. Una introducción*. Buenos Aires, OPs, 2003:81.
- OCDE. *The Reform of Health Care Systems. A Review of Seventeen Countries*. París, DECD, 1994.
- Peiró Moreno, S., "Medidas de la actividad y producto sanitario". En del Llano Señaris, *Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos*. Barcelona, Masson, 1999:209 y ss.
- Reale, A., "Modalidades de pago de prestaciones de servicios", en O'Donell, J. C., editor *Administración de servicios de salud*. Buenos Aires, Fundación Universitaria Hernandarias, 1955, primer tomo: 193.
- Salleras San Martín, L. y Asenjo Sebastián, M. A., "Asistencia secundaria y terciaria", en Piédrola Gil, G. y otros, *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Barcelona, Salvat, 1988.
- Watzlawick, P., Beavin Bavelas, J. y Jackson, D. D., *Teoría de la Comunicación Humana. Interacciones, patologías, paradojas*. Barcelona, Herder, 11^{ed}, 1997.
- WHO Europe. *European Health Care Reform. Analysis of Current Strategies*. WHO Reg. European Series N072, Copenhagen, 1997.

Bibliografía consultada

- Feller, J., *Costos en Salud. Curso de Capacitación en Administración y gestión hospitalaria. Organizado por Cátedra de Higiene, Medicina Preventiva y Social y Centro INUS*. Facultad de Ciencias Médicas, UNLP. s/f.
- Grupo MSD Argentino: "Evidencia, Economía Clínica y resultados de la Atención Médica". Incluido en el Seminario *El costo de las enfermedades crónicas hacia el siglo XXI*. AMA. Salud para todos, 7 (72) 7-10, 1999.
- Maldonado, A., *Cobertura de la Medicina prepaga*. Medicina y Sociedad, 1995; 18: 40-49.
- March, A. D., Reynoso, G.A., Creteur, M., *Un análisis crítico de la codificación de procedimientos médicos con el NN y sus posibilidades de adaptación a las necesidades actuales de la Argentina*. Cuarto Simposio Argentino de Informática y Salud. SADIO, s/f.
- Moirano, J. J., (h). *Aranceles de prestaciones de Atención Médica*. Provincia de Buenos Aires. Ministerio de Salud. Dirección de Planeamiento, La Plata, 1978.
- Tobar, F., Rosenfeld N. y Reale, A. *Modelos de Pago de Servicios de Salud*. Médico-Soc., 74: 39-52; Nov 1998.

INTRODUCCIÓN A LA GESTIÓN DE EFECTORES DE ATENCIÓN MÉDICA

Horacio Luis Barragán

1.- La gestión articula la asistencia y la administración

La organización hospitalaria del siglo XX ha tendido, sin quererlo, a generar una dualidad de conducción. Una de carácter médico ordenada a la actividad asistencial y otra de índole administrativa encargada del manejo de los recursos (Temes Montes, 2002:26).

El aumento de la demanda, la transformación de las necesidades en demanda, la creciente conciencia del derecho a la salud, por un lado, y el acelerado desarrollo y complejidad de los recursos con el consecuente incremento de los costos, por otro, ubican al sistema de Atención Médica y sus efectores en una coyuntura crítica.

Una causa principal del carácter de esa coyuntura es la falta de paralelismo entre el desarrollo de los procedimientos médicos y el de los procedimientos de organización, a la que ha contribuido aquel dualismo.

El enfoque empresarial, lejos de entenderse como privatización de efectores o prevalencia de propósitos de lucro, intenta superar el retraso organizativo y tiende a unificar la conducción con el concepto de gestión hospitalaria.

El concepto prevalece a tal punto que se ha dividido en niveles: a) **macrogestión** de políticas y acciones generales de salud con base en el Estado; b) **mesogestión** de efectores de salud de diverso tipo y complejidad y c) **microgestión** de la práctica asistencial cotidiana (Del Llano, 1999: XX).

La integración entre estos niveles es la clave de la gestión exitosa. Sin embargo, ofrece muchas resistencias. Entre los niveles meso y micro, en el ámbito de un efector, las resistencias tienen el denominador común del individualismo general y el particular de los profesionales -llamados liberales- que constituyen un núcleo numeroso y central de sus planteles.

El trabajo de conjunto y en equipos puede lograrse tendiendo a equilibrar ese individualismo con un fuerte sentido de pertenencia institucional, una real participación en la programación, decisiones y evaluación –en el marco de un orden jerárquico–, una sistemática información entre los diversos componentes y un régimen justo de incentivos.

La gestión incorpora nuevos enfoques a los tradicionales: su eje gira en torno al usuario-paciente buscando la calidad de la asistencia, su satisfacción y la del personal así como la de los costos de las prestaciones.

La gestión no ve sólo a los miembros del personal en forma individual, sino como un equipo, ni a la institución en forma aislada sino en tanto un conjunto, en relación con una población y área definidas e integrado en una red de instituciones de Salud. La gestión se abre, por ejemplo, a estrategias de fortalecimiento de la atención ambulatoria y a la de alternativas de internación (vg: internación domiciliaria)

En la microgestión, integrada a la meso, se promueven las decisiones clínicas fundadas en la evidencia científica la que requiere procedimientos para medir y comparar resultados (Del Llano, 1999:173).

Finalmente el usuario-paciente no es sólo el eje del efector y del sistema y quien expresa su grado de satisfacción con la asistencia, sino un agente activo en diversos aspectos de la gestión misma (Del Llano, 1999:173).

2.- La dirección hospitalaria debe estar a cargo de un equipo especializado

La dirección de un hospital tiene la responsabilidad de cumplir los objetivos y las metas del efector por la gestión coordinada de los recursos humanos, materiales y financieros.

En tal sentido debe estar a cargo de un equipo jerarquizado conformado por especialistas en gestión hospitalaria dedicados a tiempo completo, tanto más cuanto más complejo es el efector. Puede que parte del tiempo de los miembros de ese equipo sea ocupado en funciones asistenciales pero sólo en centros de asistencia primaria y hospitales o clínicas pequeñas y de baja complejidad. Pero no cabe, sino por excepción, que el director esté operando o atendiendo consultorio en establecimientos grandes y complejos.

La profesionalización de la dirección exige que el titular y los miembros de su equipo sean especialistas en Gestión Hospitalaria o en Salud Pública. A su vez, los jefes de Departamento, de Servicio y de Salas deben tener capacitación en gestión para asumir sus responsabilidades y para lograr un lenguaje común y un entendimiento con la dirección.

Durante muchas décadas el director de un hospital solía ser uno de los más destacados especialistas asistenciales que, en la administración, se respaldaba en los jefes del plantel de este último rubro. Asimismo el entendimiento con los jefes de servicio solía ser dificultoso en la medida en que estos no tenían una visión global del establecimiento, de su rol en una red de efectores, rechazaban la natural limitación de recursos y tendían a fortalecer, casi en exclusivo, su propio servicio.

A decir verdad, este entendimiento sigue siendo dificultoso en muchos de los hospitales y clínicas, en la medida en que las funciones directivas se asumen. Cuando hay un profesional con el título de director que, absorbido por tareas asistenciales, no se ocupa de sus funciones, el desentendimiento se desplaza hacia la figura del administrador o equivalente.

Los conflictos son permanentes dentro de los hospitales o clínicas ya sea por la obtención de personal, espacio físico, equipos, por la obtención de prestigio, poder u otros factores. Ellos responden a intereses personales o grupales, parciales, que pueden ser o no armónicos con el desarrollo global del establecimiento.

La dirección, por ello, tiene a su cargo la canalización de los conflictos y la promoción del entendimiento en el nivel más alto del establecimiento. Se trata del liderazgo.

Este concepto de las Ciencias Administrativas afianza en la personalidad pero, en una organización, se forja en las siguientes tareas (Thompson y Strickland, 1994):

- a) teniendo en claro la misión de la organización a largo plazo;
- b) definiendo los objetivos de resultados que precisa la misión a diferentes plazos;
- c) elaborando las estrategias para alcanzar esos resultados;
- d) poniendo en marcha las estrategias y organizando los recursos;
- e) evaluando los resultados para ajustar la misión, los objetivos y las estrategias.

3.- La misión y sus instrumentos deben ser conducidos por la dirección

La misión de un hospital parece clara, sin embargo cambia según la **complejidad**, la **demanda** y las **necesidades** de la población a la que sirve. A este cambio en la situación se agrega un cambio en el tiempo ya que aquellas tres variables evolucionan. Piénsese en lo que significó la introducción de la endoscopia a fibra óptica primero y la videoendoscopia después, respecto a la complejidad. Piénsese en el impacto de la pandemia de HIV/SIDA sobre la demanda y las necesidades de la población.

Hay incertidumbre en el desarrollo científico-tecnológico, que hace a la complejidad. La incertidumbre es mucho mayor en lo que hace al perfil epidemiológico de las comunidades. Piénsese en la posibilidad de mutación del virus de la gripe aviaria H5N1 y que llegue a transmitirse en forma interhumana. Así, la misión a largo plazo carga con mayor incertidumbre. A partir del carácter evolutivo de la misión, se define el mismo carácter de los objetivos y las estrategias, carácter que orienta la evaluación de resultados.

De todas formas la misión orienta los caminos, dentro de ciertos límites, en el desarrollo temporal de la organización. Piénsese en la incongruencia de que un hospital local o una clínica de una ciudad pequeña proyecte un servicio de trasplante.

Los objetivos desglosan la misión fijando resultados esperados en diferentes áreas y tiempos. Por eso, deben ser concretos y medibles. A su vez pueden dividirse en **metas**.

Las **estrategias** son los medios para alcanzar los objetivos y las metas. Se formulan en el marco de una visión total del hospital, del sistema del que forma parte y de las necesidades de la población a la que sirve.

La **estrategia** se ha definido con “el patrón de los movimientos de la organización y de los enfoques de la dirección que se usa para lograr los objetivos y para luchar por la misión de la organización” (Thompson y Strickland, 1994:7). En ella se superponen acciones habituales y novedosas así como se prevén sus ventajas y sus riesgos.

La **evaluación** es un proceso permanente que se concreta a través del **control** del cumplimiento de objetivos y de la **supervisión**. Esta última es la verificación y el asesoramiento respecto a las estrategias y procedimientos, tendiendo a “evitar la dispersión entre el trabajo que se desea y el que se está realizando” (Fajardo Ortiz, 1983:161).

Para cumplir estas funciones, la dirección tiene cuatro procedimientos principales:

- a) reunión de los miembros de la dirección, jefes y responsables en conjunto y en particular;
- b) recorridos y visitas diarias a diferentes áreas del hospital;
- c) lectura y análisis de los informes requeridos o provistos, de las normas y estadísticas;
- d) supervisión de las actividades principales.

Las reuniones llegan a ser una carga inútil si no se fijan con hora de comienzo y de final, sobre la base de una agenda acordada con los participantes a través de la secretaría. Requieren puntualidad de todos ellos y la exigencia de no desviarse de la agenda así como de que las ponencias sean breves y concisas. El cierre debe dejar conclusiones precisas o decisiones comunes.

La recorrida y las visitas a las diferentes áreas del establecimiento las comprende a todas, médicas, centrales y generales. La dirección encerrada en un despacho pierde la visión de la realidad y tiene que atenerse a lo que le dicen, muchas veces con parcialidad o sesgos. La apreciación “in situ” ofrece a la dirección un complemento para apreciar la totalidad e integración de los problemas, si es un buen observador. Las visitas involucran a las que deben hacerse fuera de horarios habituales, a las guardias y servicios de operación continua.

Una dirección que no conoce la planta de su hospital o clínica y a los grupos de personal que se desempeñan en sus diversas áreas no puede definir prioridades ni tomar decisiones acertadas.

Como es sabido, el tiempo es el único recurso irrecuperable y el de la dirección debe distribuirse con criterio sobre la base de una secretaría muy bien instruida y conocedora del establecimiento y sus relaciones externas.

Podría ensayarse un modelo de distribución del tiempo [Cuadro 3.a].

Distribución tentativa del tiempo para la dirección de un hospital mediano*

Actividades	% Tiempo	Hs. aprox.
Reuniones directivas	4	2
Trabajo con jefes de servicio o áreas	6	3
Atención individual de responsables	6	3
Supervisión de administración de personal	10	5
Supervisión de administración presupuestario	10	5
Supervisión de compras y contrataciones	6	3
Problemas de planta física y equipamiento	6	3
Problemas legales e impositivos	6	3
Recorridas y visitas	14	7
Relaciones con organismos y hospitales	4	2
Junta directiva	4	2
Visión de la comunidad y centros de AMP	8	4
Lectura de información y análisis	10	5
Atención de representantes gremiales	6	3
Total	100	50
* El tiempo tentativo se calcula para una semana de 50 hs. de trabajo.		

Cuadro 3.a

El director¹ representa al hospital, es el responsable último de su funcionamiento normal y de su continuidad permanente. Esto le da autoridad para conducir al conjunto, para evaluar, supervisar y corregir lo que afecte ese funcionamiento. En los establecimientos estatales, en tanto que depende de autoridades superiores, es el responsable de requerir los recursos mínimos para mantener la normalidad. Puede decirse hoy, que también el director de un establecimiento privado, al depender del pago de la seguridad social, es la figura idónea para indicar la insuficiencia o la inoportunidad de los pagos.

La responsabilidad de la dirección llega hasta los límites de los recursos normales y del presupuesto del establecimiento.

La dirección de un efector de AM no debe concentrar un exceso de responsabilidades como la que se daba en la década de 1990. El Programa de Investigación en Economía de la Salud hecho en la provincia de Buenos Aires (1990) por convenio entre el Ministro Ginés González García y el Consejo Profesional de Ciencias Económicas bonaerense, presidido por Alfredo Avellaneda, dice respecto a los efectores estatales "existe una estructura orgánica con "un alcance de control" demasiado amplio, lo cual conforma un "esquema en rastrillo" en donde la Dirección recibe una variada gama de requerimientos". Lo probaba obteniendo un promedio de 27 responsables que reportaban directamente a ella en seis hospitales zonales e interzonales de la provincia.

A título de ejemplo se transcriben las obligaciones de las que el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires responsabiliza al director de un establecimiento privado (Decreto 3280/90, art. 11, inc. 2):

"Contar con un director técnico médico (a excepción de consultorios, policlínicas, y odontológicas, laboratorios de análisis clínicos y servicios de ambulancias) quien será el responsable ante las autoridades sanitarias por el cumplimiento de las leyes, decretos, resoluciones, etc. vigentes en la materia.

Serán sus obligaciones: a) Controlar, por el medio que correspondiere la calidad del profesional habilitado, de toda persona que ejerciere o pretendiere hacerlo, en el ámbito del establecimiento; b) Adoptar los recaudos para que los médicos tratantes o de cabecera, confeccionen en tiempo y forma oportunas las historias clínicas de cada paciente como parte integrante del acto médico profesional; c) Conservar adecuadamente archivadas y por el plazo de 15 años las historias clínicas; d) Denunciar a la autoridad que corresponda todo hecho o acto de carácter delictuoso que llegare a su conocimiento; e) Velar por un eficaz y adecuado tratamiento de los pacientes del establecimiento; f) Propender al buen mantenimiento de equipos e instrumental, así como las condiciones de limpieza, aseo y conservación

¹ A este director los tratadistas españoles le llaman director gerente, quien tiene un director médico subordinado (Temes Montes, 2002: 67).

de las dependencias y de todo el personal que se desempeñe en el mismo; g) Denunciar a las autoridades todo caso confirmado o sospechoso de enfermedad de carácter infecto-contagioso”.

Como es sabido la autoridad puede delegarse pero no la responsabilidad, que sigue siendo compartida entre la dirección y las jefaturas subordinadas (Fajardo Ortiz, 1983:160).

La coordinación de unidades requiere un ordenamiento jerárquico que llega desde la jefatura de cada uno de los departamentos hasta la dirección. La autoridad debe transmitirse por un solo camino a través de las escalas jerárquicas. De la misma forma, los reclamos deben seguir el mismo camino en sentido inverso.

Estos niveles de autoridad y caminos de transmisión se esquematizan en organigramas que a pesar de sus defectos, son su punto de referencia (Barquin Calderón, 1978:530).

En ese esquema cada persona reconoce a su jefe inmediato de quién debe recibir las normas, decisiones y comunicaciones y ante quién debe presentar los informes y los conflictos. El salto por sobre el nivel correspondiente genera anarquía y sólo se admite por el mecanismo del “recurso jerárquico en subsidio” en situaciones de conflicto.

Los niveles de autoridad involucran la responsabilidad de ejecutar normas, distribuir las actividades y supervisarlas, tomar decisiones en esos aspectos, dar participación en cuanto a aportes, inquietudes y quejas a cada uno de los miembros de su unidad, coordinar con otros niveles equivalentes así como recibir y aplicar las decisiones y reportar al nivel superior.

Los niveles jerárquicos deben balancearse de tal forma que ninguno tenga un exceso o déficit de responsabilidades y/o de personal a cargo.

Sin embargo, como en toda organización, suele darse la existencia de un ordenamiento jerárquico formal, reflejado en el organigrama, y otro informal con vigencia real.

Las unidades de trabajo se definen según las **funciones** a su cargo y las **relaciones** con las restantes, así como su **ubicación** en el espacio y en el circuito que el paciente transita en su asistencia. Los puestos de trabajo se definen según un perfil y un detalle de los roles a desempeñar.

4.- Las responsabilidades se distribuyen y comparten

La organización de un establecimiento de salud involucra una distribución de responsabilidades y tareas en función de la **asistencia** a los pacientes en conjunción con la **investigación** y la **docencia**. En tanto esa organización interna debe ser parte de la de un sistema de salud, su función se extiende a la detección y asistencia de necesidades que no se expresan por diversas razones, a través de su área programática.

La distribución de responsabilidades y tareas es, en una primera instancia, dicotómica en tanto unas son de asistencia directa a los pacientes y otras actúan indirectamente (Barquin Calderón, 1978:527 y ss).

Las responsabilidades y tareas se agrupan constituyendo unidades de trabajo, diferenciándose con otras unidades y, a la vez, coordinándose entre sí. Esta coordinación se concreta por el intercambio de servicios (vg. laboratorio clínico obtiene muestras y provee resultados), de personas en forma regular (vg. personal de unidad de enfermería asignado a consultorios, internación o quirófanos) o puntual (vg. anestesistas o patólogos en el equipo de un acto quirúrgico).

Se ha hecho referencia a la dirección, ahora bien, en un efector de AM, con variaciones según el subsector, según su clasificación y complejidad, las unidades son variables.

Se intentará presentarlas ordenadas con eje en el paciente.

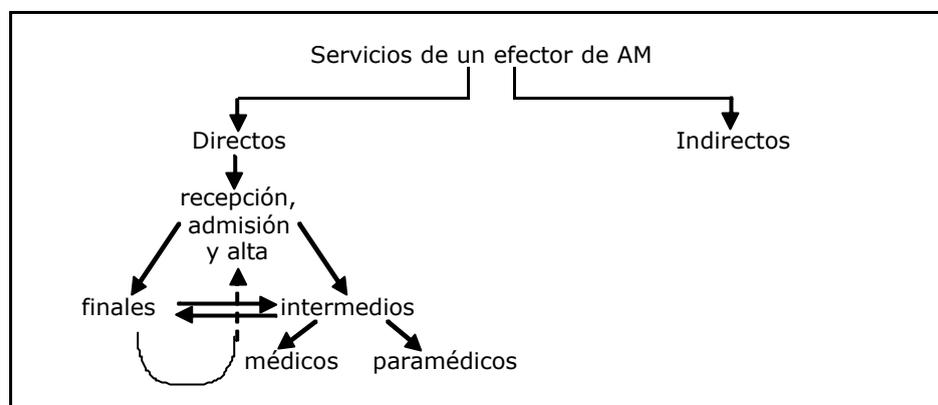
5.- Los servicios a los pacientes pueden clasificarse en directos e indirectos

Los servicios directos al paciente son aquellos que operan con relación inmediata a su persona, comienzan por su **recepción** y **admisión** al efector y terminan en el **alta**.

Una vez admitidos se orientan a un servicio directo cuyo fin es hacer un diagnóstico y tratamiento para su salida del efector: son los **servicios finales**.

No obstante estos servicios finales requieren de otros directos de apoyo que aportan desde una perspectiva especial al diagnóstico y/o tratamiento: son los **servicios intermedios**.
 Los servicios directos se pueden clasificar en médicos y paramédicos [Cuadro 5.a].

Clasificación de los servicios que se prestan en un efector de AM con eje en el paciente



Cuadro 5.a

Se ha dicho que el paciente es la persona a tiempo completo en un establecimiento con internación. Por otra parte, es el eje alrededor de quien todos los servicios y procedimientos deben girar.

Su ingreso y orientación en el establecimiento debe facilitarse por:

- 1 indicación visible del área de recepción;
- 2 señalización de todos los servicios y áreas;
- 3 presencia, en los establecimientos grandes, de un plano fijo, a la vista, que indique los lugares y accesos;
- 4 indicación en cartelera de las autoridades del establecimiento y de los servicios;
- 5 identificación de todo el personal, sin excepciones, con tarjeta con su nombre y función a la vista y en letras grandes, preferentemente con foto;
- 6 señalización de circuitos y salidas de emergencia con flechas.

a.- Recepción y admisión

La **recepción** debe estar a cargo de personal administrativo entrenado en la atención respetuosa y cordial y muy bien informado de cómo debe orientarse al paciente, con registros a la mano de servicios, días y horarios.

La **admisión** está a cargo de médicos experimentados y entrenados para escuchar al paciente y orientarlo al servicio que corresponda a su problema. Los consultorios de admisión deben existir siempre que el número de consultorios y/o servicios sea numeroso.

El **área de espera** requiere un mínimo de comodidad y confort: número de asientos proporcional a la demanda, equipos de calefacción y ventilación y sanitarios accesibles e higiénicos.

La espera en la recepción debe ser mínima, ordenada, con números si la demanda es alta. La espera en los consultorios requiere similar condición y se basa en la estricta puntualidad de los profesionales. La espera de una hora debiera considerarse un exceso tanto en el subsector estatal como en el privado.

La recepción e ingreso de visitantes se apoya en las mismas premisas, requiere la definición de horarios que no incomoden la tarea asistencial ni a los otros pacientes. Deben indicarse a los visitantes las normas de visita con las autorizaciones y prohibiciones pertinentes (Rea, 1963: 349).

La comunicación interna a través de los niveles y las unidades requiere precisión y oportunidad. Las bases son las normas escritas que definen funciones y roles y las que establecen los procedimientos que deben aplicarse. Ellas son necesariamente escritas, en términos sencillos –accesibles a la

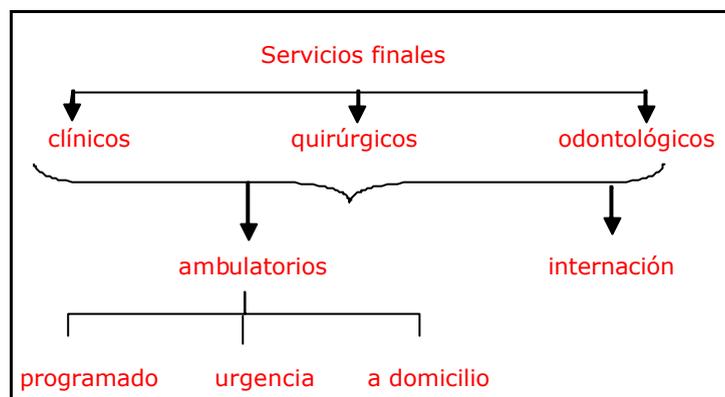
instrucción variable del personal– concretas, resumidas y al alcance de la mano. Las indicaciones en particular y las órdenes de servicio también deben ser escritas con similares características.

La comunicación oral a distancia se funda en diversas técnicas de telefonía y de altavoces. La búsqueda de personas dentro del establecimiento debe ser eficaz.

b.- Servicios finales

Los servicios finales pueden clasificarse según se oriente a especialidades clínicas, quirúrgicas u odontológicas y según la asistencia se lleve a cabo con el paciente en ambulatorio o internación. A su vez la asistencia ambulatoria puede ser en consultorios programados, en el servicio de urgencias, en la sede del efector, en el domicilio u otro lugar. Parte de esta asistencia ambulatoria se deriva a internación [Cuadro 5.b].

Clasificación de los servicios finales que se prestan en un efector de AM con eje en el paciente



Cuadro 5.b

c.- Servicio de Consultorios Externos (ambulatorio programado)

Los **servicios ambulatorios** programados se prestan en los **consultorios externos** que deben estar, con preferencia, integrados al edificio principal, en un lugar accesible, en la planta baja y en la cercanía de la entrada principal si no tienen entrada “ad hoc”. Es conveniente que se agrupen en bloque y que no estén dispersos en el efector. Los consultorios deben señalizarse por especialidad y numerarse. Deben tener una secretaría común que reciba, informe, registre y obtenga la historia clínica del paciente. Esta última debe ser manejada sólo por el personal de archivo, la secretaria y el médico. Además de los datos de identificación deben registrarse los antecedentes principales, la evolución y parámetros principales, tratamiento e indicación de regreso, por cada consulta, la intervención de enfermería y de servicios intermedios si se dieran.

El tema de la Historia Clínica se considera en el capítulo de Información. En los consultorios quirúrgicos pueden realizarse procedimientos de cirugía menor que sólo requieran anestesia local. Hay especialidades que requieren instrumental especial: oftalmología, otorrinolaringología, urología, ginecología y obstetricia. Estos tres últimos deben tener sanitarios internos, aunque sea compartidos. Cardiología requiere electrocardiografía. El de traumatología y ortopedia debe tener recursos para hacer yesos. El consultorio del nutricionista debe formar parte del bloque para la derivación inmediata del paciente que lo requiera. Los consultorios pediátricos de lactantes pueden estar divididos en 2 o 3 boxes para evitar que el médico espere el tiempo de desvestido y vestido del niño. Los servicios intermedios, en especial de Imágenes, Laboratorio Clínico, Farmacia y Servicio Social deben ser fácilmente accesibles, para lograr que en una sola visita se haga el diagnóstico principal. Un office de enfermería común permite llevar a cabo los procedimientos pertinentes también en la misma visita.

d.- Servicio de internación

La internación de un paciente cambia sustancialmente su ritmo de vida normal a diferencia del que se asiste en forma ambulatoria. Queda limitado en su libertad física, sometido a normas y procedimientos asistenciales continuos. Las visitas casi siempre tienen algún grado de restricción.

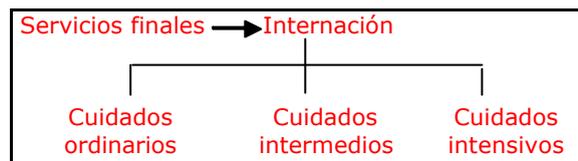
Todo lo hace propenso según su personalidad y circunstancias, a la susceptibilidad, a la percepción de pequeños estímulos, la irritabilidad. "Observa el resto del mundo en posición supina" (Fajardo Ortiz, 1983:290).

La tradición en efectores estatales, en nuestro medio, es la división de la internación en salas comunes por especialidad y sexo. En las últimas décadas se ha preferido construir o remodelar en salas de 3 ó 4 camas con baño compartido, por sexo pero no por especialidad excepto en ciertas situaciones (vg. parturientas).

La tendencia moderna es a la división de la internación según criterios de complejidad y riesgo del paciente por el principio de cuidados progresivos:

- a) Cuidados ordinarios.
- b) Cuidados intermedios.
- c) Cuidados intensivos.

AM Servicios Directos Finales. Internación



Cuadro 5.c

La estructura está formada por las salas de internación y por las siguientes áreas:

- a) Ofice de enfermería, que es a la vez el centro de coordinación de cuidados, de manejo de registros e historias clínicas, materiales y medicamentos de uso diario y debe ocupar un lugar central con una distancia máxima de 35 metros a la cama más alejada y con control visual de entradas y salidas (Fajardo Ortiz, 1983:462). Es el centro de comunicaciones del área, debe recibir llamadas (por timbre y luz) desde cada cama de internación, acceder a llamadas a la guardia y otros servicios así como a la localización de supervisoras y médicos.
- b) Área de vestido, guarda de efectos personales y sanitarios para enfermería y personal.
- c) Sala de día para pacientes que puedan deambular e incluso tomar raciones fuera de su habitación.
- d) Accesos y corredores aptos para la circulación de camas transportables y camillas.
- e) Cuarto de utilería para guardar camillas, sillas de ruedas y otros elementos.
- f) Depósito de ropa limpia y, por separado, de ropa sucia.
- g) Según el tamaño del establecimiento se agregan: área de curaciones –aunque en nuestro medio se hacen en las habitaciones– sala de médicos y sala de familiares.

e.- Servicio de urgencia

Los **servicios ambulatorios de urgencia** en la sede del efector son parte esencial de éste y deben existir en todos los hospitales o clínicas. Estos efectores tienen la característica de funcionar las 24 hs. del día y los 365 días del año sin interrupción.

La urgencia es la atención que requiere inmediatez en el tiempo. Se define, desde quién la demanda, como “toda condición que, a criterio del paciente, su familia o quien asuma la responsabilidad, requiere atención médica inmediata” (Temes Montes, 2002:237).

Una vez reconocido el paciente puede captarse el carácter objetivo o subjetivo de la urgencia y definirse la “emergencia”.

La demanda de urgencia tiende a aumentar en todo el mundo por la medicalización de la vida cotidiana, por la mayor percepción y sensibilidad ante dolencias y, en buena proporción de los casos, para ser atendido más rápido.

En el subsector estatal argentino la tendencia aún no superada, a que los consultorios atiendan de mañana y no funcionen los fines de semana y feriados, sobrecarga naturalmente los servicios de urgencia.

Los recursos para asistir las urgencias, dentro del sistema de AM, deben ser habituales y no extraordinarios (Temes Montes, 2002:207).

Suelen ubicarse en el lado posterior o uno lateral del edificio según las disponibilidades de espacio. Deben tener lugar expedito para la maniobra de ambulancias u otros vehículos, para la entrada de personas en pie y rampa para discapacitados. El paciente que es traído en ambulancia o por otras personas, dentro de lo posible, debe ingresar en camilla o silla de ruedas. Consecuentemente el área de espera y los pasillos deben tener la amplitud suficiente para su tránsito.

Las puertas deben ser, preferentemente, de apertura automática. En las regiones de climas rigurosos se pone doble juego de puertas con vestíbulo con capacidad para una camilla, para proteger contra las inclemencias climáticas (Flyun, 1963:340 y ss).

La estructura física es función de la complejidad y tamaño del efector en la medida en que la urgencia se distribuye en una red regional de establecimientos. En un establecimiento mediano se deben prever:

- 1 Sala de espera: para pacientes ambulatorios y familiares.
- 2 Una sala general, de tamaño grande, con separaciones por cortinas, para la alta demanda.
- 3 Uno o más consultorios para asistencia de pacientes que serán de alta ambulatoria.
- 4 Un consultorio para curaciones y suturas, que en un efector pequeño puede ser el mismo que el anterior.
- 5 Un shock room o más para la asistencia de pacientes críticos y accidentados graves. Es recomendable un espacio con bañera sobre tarima para lavar a quienes sea necesario (Flyun, 1963:342).
- 6 Un office de enfermería.
- 7 Una secretaría o, al menos, un escritorio en la sala de espera.
- 8 Un ámbito de estar para médicos y personal en momentos de descanso, y para espera de personal de traslado, bomberos o policías, con sus sanitarios y facilidades para agua e infusiones.
- 9 Sanitarios para pacientes y familiares en espera.

El personal hace tradicionalmente turnos de 24 hs. en guardia, sin embargo, debe tenderse a turnos de 12 a 8 hs tanto para los profesionales como para el resto de personal.

Actualmente se tiende a formar médicos en postgrado con orientación en Emergentología. J. L. Sancho Marín señala también la tendencia a desarrollar “hospitales de alta resolución” con tres componentes principales: urgencia, internación de día y cirugía ambulatoria (Temes Montes, 2002:207). Lo que no obsta a que todos los miembros de una guardia de urgencia deban estar preparados y entrenados para este tipo de asistencia.

Las actividades en un servicio de guardia pueden dividirse en los siguientes (Temes Montes, 2002:209):

- 1 Área de clasificación (triage).
- 2 Área de pacientes ambulatorios.
- 3 Área de reanimación.
- 4 Área de observación.
- 5 Área de espera e informe.

La **entrega de guardia** de uno a otro turno debe ser formal, cara a cara entre los jefes con el comentario sobre las situaciones que quedan pendientes y aclaración de los registros que fueran necesarios. De igual manera se debe proceder en enfermería y secretaría, si sigue similar turno.

La **clasificación** (triage) es paralela a la identificación -no debe olvidarse que se trata de una admisión- lo más precisa posible del paciente así como de los acompañantes o el servicio ambulatorio que lo trae. Este último, que se considera en capítulo aparte, debe proveer una ficha clínica resumida del paciente al servicio receptor.

Lo habitual, en nuestro medio es el llenado de un **Libro de Guardia** con todos los datos fundamentales y las consideraciones especiales si se trata de víctimas de violencia o accidentes así como de toda otra que pueda tener consecuencias legales.

La clasificación (triage) debe estar a cargo de un médico o en los accidentes múltiples, de un licenciado en enfermería, ambos de experiencia. Se usan diversos modelos [Cuadro 5.d]².

Modelo de clasificación de situaciones de urgencia

Situación	Riesgo	Asistencia
crítica	vital seguro	inmediata internación en UTI
emergencia	grave	a corto plazo posible internación
urgencia	moderado y leve	a corto plazo posible alta ambulatorio
no urgente	leve o banal	a medio plazo alta ambulatorio
(Temes Montes, 2002:209), modificado.		

Cuadro 5.d

La **asistencia ambulatoria** se realiza en la sala común, separada por cortinas o boxeado, o en un consultorio aparte para curaciones y suturas, otro para yesos, y acceso a un quirófano pequeño de cirugía sucia. Se recomienda un pequeño consultorio para urgencias psiquiátricas. Las urgencias oftalmológicas u otorrinolaringológicas requieren consultorios equipados "ad-hoc" y tienden a organizarse en alguno de los efectores de una red.

Los medios imagenológicos elementales (radiografía convencional y ecografía), en los hospitales grandes, tienden a ser propios de la guardia.

La **reanimación** se realiza en habitáculos equipados, tipo shock room, con acceso fácil a quirófano y UTI.

La **observación** se continúa en un área con camas para pacientes que no reúnen criterios de ingreso al primer examen pero dejan sospechas clínicas. Por ello, se los observa continuamente hasta 24 hs, después de las cuales se define su alta o internación.

La **información** a los familiares o responsables es una función obligatoria del médico asistente o del jefe en situaciones críticas y especiales. En los pacientes bajo observación deben darse partes periódicos. La sala de espera debe tener un mínimo de comodidades, acceso a teléfono público y aparatos de provisión de agua, infusiones y otros elementos que faciliten la espera, casi siempre cargada de ansiedad y angustia. La guardia de un efector debe tener contacto directo y auxilio inmediato de **personal de seguridad** por situaciones de tensión y aún de violencia que puedan presentarse.

El servicio de guardia debe funcionar como un continuo bajo la **conducción de un jefe o coordinador** de todos los días y turnos, que los programe, provea los reemplazos o cambios, conduzca la docencia en servicio y asegure los registros imprescindibles.

La guardia, por otra parte, es la puerta de entrada en accidentes múltiples y catástrofes para lo que debe conocer el plan del hospital en estas circunstancias. Este tema se verá en capítulo aparte.

2 La subcomisión de Trauma de Colegio de Médicos del Distrito I (La Plata) prefiere clasificar (Triage) al accidentado grave en atención hospitalaria, según el modelo CRAMP (circulación, respiración, abdomen, musculatura y palabra) y la colocación en la muñeca del paciente de tarjetas troqueladas de diversos colores para facilitar la evacuación. Los colores definen prioridad en el siguiente orden: **rojo**: hipoxia/shock estabilizable; **amarillo** efecto sistémico sin hipoxia/ shock pueden esperar 45-60'; **negro**: no toleran evacuación; **verde**: lesiones de poco riesgo; la tarjeta **blanca** sin talón se usa para los óbitos (Cfr Maceroni R., Moreno J y otros, *Manual de Atención Médica Hospitalaria del Accidentado grave*, La Plata, Sur, 1995.).

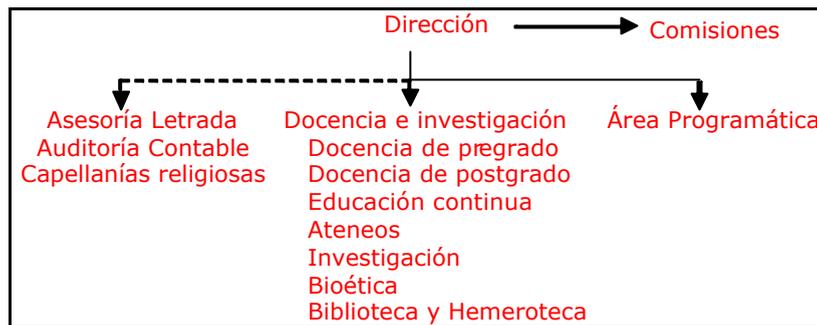
6.- Los servicios se estructuran de diversas formas

La diversidad de servicios, como quiera que estén jerarquizados, deben estructurarse dentro y fuera del efector. Hacia fuera de él uno de los grandes logros de la organización sanitaria es la responsabilidad poblacional-territorial, el área programática. Ella sin perjuicio de la libre elección y en función de la accesibilidad.

Se presentará a continuación una serie de cuadros que se consideran modelos posibles de esa organización³ [Cuadros 6.a, 6.b, 6.c, 6.d, 6.e, 6.f].

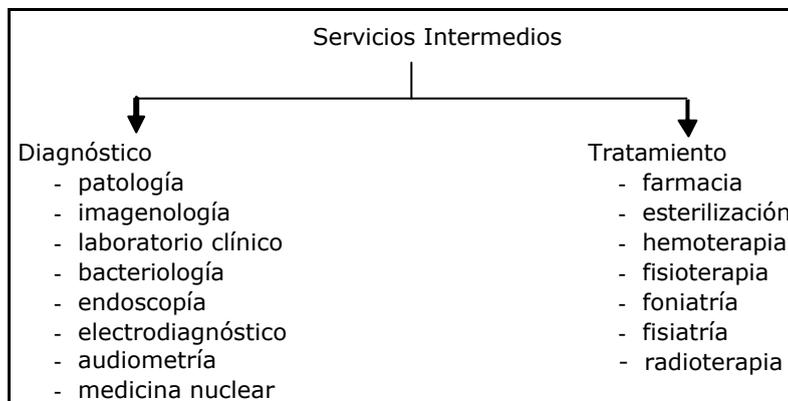
No se desarrollarán en este capítulo, sino en un escrito posterior.

Efectores de AM. Servicios Especiales



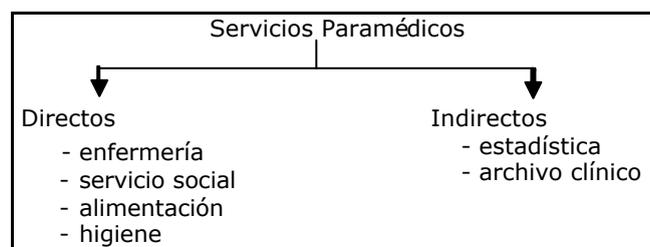
Cuadro 6.a

AM. Servicios Directos Intermedios



Cuadro 6.b

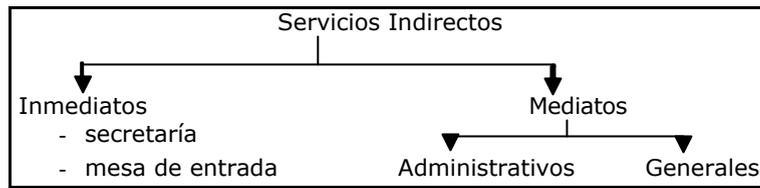
AM. Servicios Paramédicos



Cuadro 6.c

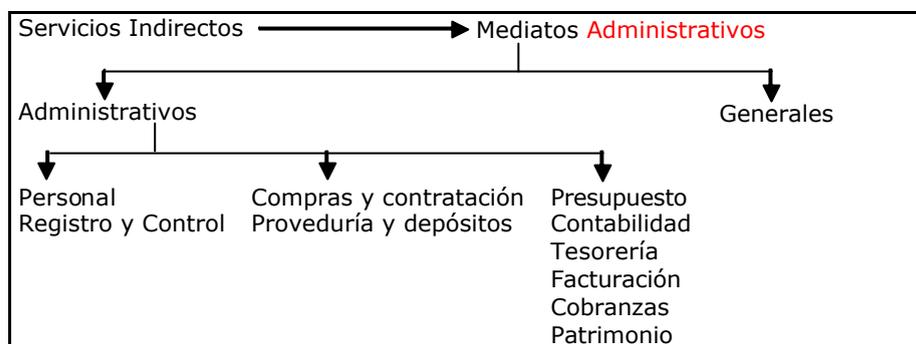
³ No significa que todos ellos existan en cada establecimiento, pero es esencial que existan en la red de la que cada efector forma parte.

Efectores de AM. Servicios Indirectos



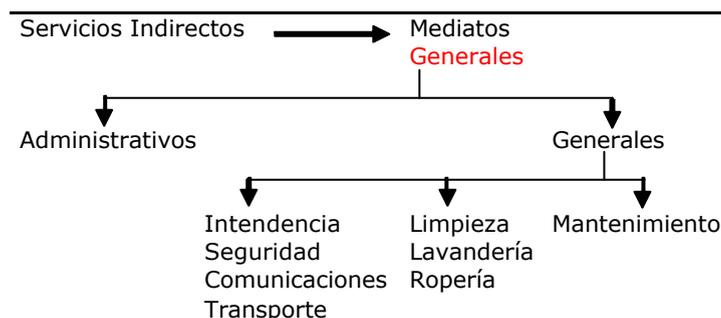
Cuadro 6.d.

Efectores de AM. Servicios Indirectos Mediatos Administrativos



Cuadro 6.e.

Efectores de AM. Servicios Indirectos Mediatos Generales



Cuadro 6.f.

Los servicios de mayor complejidad (vg neurocirugía, cardiocirugía, terapia intensiva especializada, medicina interna compleja) deben concentrarse en pocos lugares para lograr el máximo de calidad asistencial ya que se ha evidenciado que, más allá de las capacidades individuales, esa calidad, en los pacientes complejos, tiende a aumentar en proporción directa a la cantidad de procedimientos que se realizan anualmente en un centro médico (8).

7.- Los servicios se articulan de pocas formas

Se ha expresado que la dirección hospitalaria o sanatorial debe estar a cargo de un equipo especializado, así como que las responsabilidades se redistribuyen y comparten.

El desarrollo y funcionamiento armónico de un establecimiento depende de esas premisas y ellas requieren alguna explicitación.

Tanto los hospitales estatales como los privados dependen de una **instancia superior**: el organismo jurisdiccional de salud, o una junta de gobierno si está descentralizado, en los estatales; el directorio o comisión directiva en los privados. Esas instancias tienen a cargo la definición de la misión, los objetivos y las normas generales así como las estrategias del establecimiento, asegurar los recursos para cumplirlas y desarrollarlas así como de designar a los **directivos** y evaluar el cumplimiento de sus definiciones. En ese marco deben dar libertad de acción con cargo de responsabilidad a los directivos.

En esta transferencia de poder suele darse el primer conflicto tanto cuando las instancias superiores no son coherentes en sus definiciones- marco, cuando se desinteresan de la marcha del establecimiento como cuando interfieren en la labor propia de los directivos. Sin embargo, una instancia superior responsable no puede dudar en remover sin dilaciones a los directivos que no demuestren idoneidad, dedicación y/o identificación con el marco de orientación. Se llamará directivos al equipo de conducción que preside el director médico del establecimiento y que como tal, debe distribuirse la diversidad de tareas nucleares que se mencionan a continuación.

Los directivos están posicionados entre varios frentes internos y externos. Los internos son el **cuerpo profesional** y el personal, así como sus agrupaciones.

El cuerpo profesional estará más o menos disperso según el tamaño del establecimiento aunque en menor o mayor grado de interacción según la afinidad de los servicios. Los directivos deben lograr que haya servicios- en los establecimientos estatales ellos están previstos- esto es: grupos organizados por especialidad u orientación con jefes responsables y miembros de los más calificados que puedan incorporar.

En este nivel se plantea el segundo conflicto. Considerando que los directivos sean idóneos y tengan por objetivo cumplir la misión del establecimiento, pueden encontrar diversas vallas: que no haya servicios sino profesionales independientes- lo que es razonable en especialidades de baja demanda- o que habiéndolos sus jefes no los conduzcan o lo hagan mal, que los profesionales tengan el hábito erróneo de incorporar allegados sin analizar otras alternativas ni ordenar el ingreso por méritos, que los servicios no tengan normas internas o no las cumplan o que actúen en forma aislada del resto del establecimiento. Suele presentarse también la puja distributiva interna por personal, espacios o equipamiento en la que los directivos deben decidir de acuerdo a las prioridades y armonía del conjunto.

Si el establecimiento es «abierto» a **profesionales externos**, los directivos deben documentarse de sus títulos y calificaciones, según las cuales admitirán o no la actuación de los mismos.

Un hecho positivo es la **agremiación interna** de los profesionales, por lo general adherida a un nivel gremial distrital. Va de suyo que esta organización, de acuerdo a sus fines, no puede arrogarse la conducción de ningún aspecto del desarrollo y funcionamiento hospitalario. Una responsabilidad mutua de los representantes gremiales y directivos es acordar las situaciones y conflictos a la luz del marco de orientación del establecimiento (misión, objetivos, normas y estrategias) y el desarrollo armónico de los servicios. Hay ciertas tradiciones corporativas injustas, protagonizadas eventualmente por profesionales, jefes, representantes gremiales y aún directivos, tales como la defensa irrestricta de defectos o incumplimientos graves, entre otros. Estas tradiciones negativas interfieren en el desarrollo y calidad institucional y deben afrontarse tendiendo a una corrección progresiva y pacífica.

El **personal** técnico, administrativo y auxiliar tiene también problemas del tipo de los expuestos. Su heterogeneidad, en cierta forma, los complica. De allí la importancia de los administradores, los jefes de departamento de enfermería y de servicios generales. Su idoneidad e identificación con el marco de orientación resultan esenciales, como es obvio. Estos jefes afrontan en un campo más limitado los conflictos propios de los directivos y, a su vez, de no poder solucionarlos, deben reportarlos a estos últimos.

El personal tiene también sus **gremios** internos, en algunos casos diversos en adhesión distrital y orientación. La promoción de las virtudes institucionales de la agremiación es función de los directivos dentro del marco de orientación del establecimiento. La negociación con los entes gremiales es una función difícil en la que es preciso escuchar con atención y respeto, consultar y analizar con prudencia y decidir sin aceptar presiones impropias, siempre teniendo en cuenta que, a veces, es preciso ceder con equilibrio y autoridad.

La división de tareas y la valoración de las de cada sector hace de los directivos un mediador entre el cuerpo profesional, el sector administrativo y el personal. Debe asegurarse que el primero sea respetuoso y cumplidor de las normas administrativas y técnicas.

En el **frente externo**, los directivos se encuentran ante los financiadores y los proveedores de recursos, relaciones en que la situación actual de la AM en Argentina los suele ubicar en «capitis diminutio», ya sea como responsable de acreencias de los financiadores o de las deudas con los proveedores. Si bien esta función es propia de los jefes administrativos, hay situaciones críticas en las que deben intervenir los directivos.

Toca a esos jefes administrativos las relaciones con los organismos impositivos y previsionales, así como con los bancos y entidades financieras. En tal sentido, deben tener al tanto de esas relaciones y sus grandes lineamientos a los directivos. Por ejemplo, sería una irresponsabilidad de ambos que los últimos se enteren de golpe de una deuda impositiva o previsional acumulada y significativa, de cuentas importantes «en rojo» o del cese de créditos, problemas frecuentes en la Argentina en las actuales circunstancias. Si bien esto es plenamente aplicable al subsector privado, las cuentas «en rojo» no son ajenas al estatal.

Sin embargo, el ámbito interno por antonomasia de los directivos son **los pacientes y sus familias**, y si el establecimiento tiene área espacial de responsabilidad los centros ambulatorios o consultorios derivadores y la propia **comunidad**. Esto último es válido para los efectores privados en la medida en que aspiren a mantener o ampliar su clientela y sus servicios.

Los directivos deben tener contacto habitual con pacientes y familiares, atender los problemas y quejas que desbordan los niveles subordinados y valorar su satisfacción por los servicios brindados.

Finalmente los directivos deben tener en cuenta que son responsables legalmente ante las autoridades estatales, los colegios profesionales y los jueces, de los problemas graves que eventualmente ocurran en su establecimiento. La conducción acertada y las precauciones debidas (vg. historias clínicas, libros de guardia, registro de procedimientos de contrataciones, legajos y documentación completa de profesionales y personal) le serán de apoyo sustancial ante cualquier cuestionamiento.

Citas bibliográficas

- Temes Montes J. L. et al. Gestión Hospitalaria. Mc Graw Hill, Madrid, 2002.
- Del Llano Señaris J. et al. Gestión Sanitaria. Innovaciones y desafíos. Masson. Barcelona, 1999.
- Thompson D. A. (I) y Strickland A. J.(III). Dirección y Administración estratégicas. Addison-Wesley. Iberoamericana, Wilmington (Delaware, E.U.A), 1994.
- Fajardo Ortiz G. Atención Médica. Teoría y Práctica Administrativa, Prens. Med. Mex., México, 1983.
- Barquin Calderón M. Organización. En: Sonis A. y col. Medicina Sanitaria y Administración de la Salud. El Ateneo, Bs. As., 2° t, 1978.
- Rea E. L. Departamento de Consulta Externa. En Owen J. K. y Eisleben R.K. Conceptos Modernos de Administración de Hospitales. Panamericana, México, 1963.
- Flynn D. F. Servicio de urgencia. En Owen J. K. y Eisleben R.K. Conceptos Modernos de Administración de Hospitales. Panamericana, México, 1963.
- Cfr. vg. Mac Kenaie E.J. et al. A National Evolution of the Effects of Trauma Centers Care on Mortality. N. Eng. J. Med. 2006; 354:366-78; Thiemarn D.R. et al. The Association Between Hospital Volume and Survival after Major Cardiac Infarction in Elderly Patients. N. Engl. J. Med, 1999; 340:1640-49.