

revista argentina de CIRUGIA

PUBLICACION DE LA ASOCIACION ARGENTINA DE CIRUGIA

LXXVIII CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGIA
LI CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGIA TORACICA
XXXII CONGRESO ARGENTINO DE COLOPROCTOLOGIA
XXXIV JORNADAS ARGENTINAS DE ANGIOLOGIA Y CIRUGIA CARDIOVASCULAR
VIII JORNADAS NACIONALES DE MEDICOS RESIDENTES DE CIRUGIA GENERAL

Nº EXTRAORDINARIO
RELATOS 2007
BUENOS AIRES

**ACTAS DE LA
ASOCIACIÓN ARGENTINA DE CIRUGÍA**

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual N° 687.145

**Septuagésimo Octavo
Congreso Argentino de Cirugía**

**Quincuagésimo Primer Congreso Argentino
de Cirugía Torácica**

**Trigésimo Segundo Congreso Argentino
de Coloproctología**

**Trigésimas Cuartas Jornadas Argentinas
de Angiología y Cirugía Cardiovascular**

**Octavas Jornadas Nacionales de Médicos Residentes
de Cirugía General**

Buenos Aires, 2007

Publicado bajo la dirección del
COMITÉ DE PUBLICACIONES DE LA
ASOCIACIÓN ARGENTINA DE CIRUGÍA
Marcelo T. de Alvear 2415
(1122) BUENOS AIRES

Septuagésimo Octavo Congreso Argentino de Cirugía

Quincuagésimo Primer Congreso Argentino
de Cirugía Torácica

Trigésimo Segundo Congreso Argentino
de Coloproctología

Trigésimas Cuartas Jornadas Argentinas
de Angiología y Cirugía Cardiovascular

Octavas Jornadas Nacionales de Médicos Residentes
de Cirugía General

Buenos Aires, 21 al 24 de octubre de 2007

COMITÉ EJECUTIVO

PRESIDENTE

Eduardo Cassone

VICEPRESIDENTE

Eduardo de Santibañez

SECRETARIO GENERAL

Marcelo F. Figari

SECRETARIOS

Pablo Capitanich, Gustavo L. Rossi,

Ariel Ferraro y Diego L. Sinagra

CAPÍTULO SOCIEDAD ARGENTINA DE CIRUGÍA TORÁCICA

PRESIDENTE

Eduardo Acastello

VICEPRESIDENTE

Néstor C. Spizzamiglio

SECRETARIO GENERAL

Alejandro T. Newton

SOCIEDAD ARGENTINA DE COLOPROCTOLOGÍA

PRESIDENTE

Vicente Dezanzo

SECRETARIO GENERAL

Fabio O. Leiro

PRESIDENTE DEL COMITÉ CONGRESO

DE COLOPROCTOLOGÍA

Fernando Bonadeo Lassalle

JORNADAS NACIONALES DE MÉDICOS RESIDENTES DE CIRUGÍA GENERAL

PRESIDENTE

Pablo Marinelli

ASOCIACIÓN ARGENTINA DE ANGIOLOGÍA Y CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

PRESIDENTE

Marcelo H. Cerezo

VICEPRESIDENTE

L. Fernando Lucas

SECRETARIO GENERAL

E. Marcelo Pataro

PRESIDENTES DE LOS CONGRESOS DE LA ASOCIACIÓN ARGENTINA DE CIRUGÍA

Primero	(1928)	R. Armando Marotta	Cuadragésimo	(1969)	Adolfo M. Rey
Segundo	(1930)	Eduardo F. Beláustegui	Cuadragésimoprimer	(1970)	Andrés A. Santos
Tercero	(1931)	Ernesto Romagosa	Cuadragésimosegundo	(1971)	Juan V. Gurruchaga
Cuarto	(1932)	Arturo Zabala	Cuadragésimotercero	(1972)	Diego E. Zavaleta
Quinto	(1933)	Enrique Finochietto	Cuadragésimocuarto	(1973)	Julio V. Uniburu
Sexto	(1934)	José Arce	Cuadragésimoquinto	(1974)	Jorge Sánchez Zinny
Séptimo	(1935)	Marcelo Viñas	Cuadragésimosexto	(1975)	José M. Mainetti
Octavo	(1936)	Alejandro Ceballos	Cuadragésimoséptimo	(1976)	José A. García Castellanos
Noveno	(1937)	Luis A. Tamini	Cuadragésimoctavo	(1977)	Armando G. Russo
Décimo	(1938)	José M. Jorge	Cuadragésimonoveno	(1978)	Angel N. Bracco
Undécimo	(1939)	Roberto Solé	Quincuagésimo	(1979)	Clémente J. Morel
Duodécimo	(1940)	Alberto Baraldi	Quincuagesimoprimer	(1980)	Alberto E. Laurence
Decimotercero	(1941)	Arnaldo Caviglia	Quincuagesimosegundo	(1981)	Juan J. Boretti
Decimocuarto	(1942)	Carlos Robertson Lavalle	Quincuagesimotercero	(1982)	Wolfgang G. Lange
Decimoquinto	(1943)	Oscar Copello	Quincuagesimocuarto	(1983)	Miguel A. Figueroa
Decimosexto	(1944)	Pablo E. Mirizzi	Quincuagesimoquinto	(1984)	Jorge Manrique
Decimoséptimo	(1945)	Rodolfo E. Pasman	Quincuagesimosexto	(1985)	Arturo E. Wilks
Decimoctavo	(1947)	Manuel Ruiz Moreno	Quincuagesimoséptimo	(1986)	Eduardo Schiappelli
Decimonoveno	(1948)	Oscar J. Ganes	Quincuagesimoctavo	(1987)	H. P. P. J. Achával Ayerza
Vigésimo	(1949)	Adolfo E. Landívar	Quincuagesimonoveno	(1988)	Enrique M. Beveraggi
Vigésimoprimer	(1950)	Delfor del Valle	Sexagésimo	(1989)	Vicente P. Gutiérrez
Vigésimosegundo	(1951)	Vicente Gutiérrez	Sexagesimoprimer	(1990)	Jorge M. Moroni
Vigésimotercero	(1952)	Juan M. Allende	Sexagesimosegundo	(1991)	Santiago G. Perera
Vigésimocuarto	(1953)	Carlos J. Allende	Sexagesimotercero	(1992)	Héctor D. Santángelo
Vigésimoquinto	(1954)	Federico E. Christman	Sexagesimocuarto	(1993)	Alfredo Martínez Marull
Vigésimosexto	(1955)	Alejandro J. Pavlovsky	Sexagesimoquinto	(1994)	Claudio Barredo
Vigésimoséptimo	(1956)	José A. Caeiro	Sexagesimosexto	(1995)	Frutos E. Ortiz
Vigésimoctavo	(1957)	Carlos E. Ottolenghi	Sexagesimoséptimo	(1996)	Luis V. Gutiérrez
Vigésimonoveno	(1958)	Carlos E. Velasco Suárez	Sexagesimoctavo	(1997)	Leonardo H. Mc Lean
Trigésimo	(1959)	Mario M. J. Brea	Sexagesimonoveno	(1998)	Jorge R. Defelitto
Trigésimoprimer	(1960)	Wenceslao Tejerna Fotheringham	Septuagésimo	(1999)	H. Pablo Curutchet
Trigésimosegundo	(1961)	Angel F. San Martín	Septuagesimoprimer	(2000)	Eduardo N. Saad
Trigésimotercero	(1962)	Juan R. Michans	Septuagesimosegundo	(2001)	Luis Gramática
Trigésimocuarto	(1963)	Alfredo Llambías	Septuagesimotercer	(2002)	Roberto N. Pradier
Trigésimoquinto	(1964)	José E. Rivarola	Septuagesimocuarto	(2003)	Enrique A. Sivori
Trigésimosexto	(1965)	Alberto E. Baila	Septuagesimoquinto	(2004)	Hugo R. Amarillo
Trigésimoséptimo	(1965)	Guillermo Belleville	Septuagesimosexto	(2005)	Pedro A. Ferraina
Trigésimoctavo	(1967)	Aníbal J. Introzzi	Septuagesimoséptimo	(2006)	Alejandro S. Oria
Trigésimonoveno	(1968)	Iván Gorfi Moreno	Septuagesimoctavo	(2007)	Eduardo Cassone

CONTENIDO

AÑO 2007

NÚMERO EXTRAORDINARIO

RELATO OFICIAL

ORGANIZACIÓN, FUNCIONES Y GERENCIAMIENTO DE UN SERVICIO DE CIRUGÍA

RELATOR

Dr. Miguel Angel Statti, MAAC
Presidente del Consejo de Administración
Fundación Médica de Mar del Plata
Servicio de Cirugía del Hospital Privado de Comunidad

COLABORADORES

Ing. Luis Buffoni, Ingeniero en Informática
Mg. Rosa Branda, Administración Hospitalaria
Lic. Lucía Cabral, Asesora en RRHH
Dr. Sergio Gonorasky, Jefe de Investigación HPC
Ctdra. María Andrea Gorosito, Subgerente. FM, HPC
Dr. Walter Minatti, Ex. Coordinador CMA
Dr. Rogerio Obregon de Mattos, (Brasil)
Dr. Juan Perrielo, Coordinador de Cirugía Ambulatoria
Dr. Samuel Ruiz, Cirujano del Hospital 4 de Junio, Chaco
Dr. Juan Carlos Staltari, Presidente Consejo Clínica Colon
Dr. Mario Statti, Asesor legal
Ctdr. Juan Pablo Tenaglia, Gerente Gral. de Fundación Médica HPC
Dr. Carlos Wiersba, Jefe de Docencia. HPC

Buenos Aires
Año 2007

INDICE

Agradecimientos.....	11
Antecedentes.....	13
Introducción.....	13
1. Razón de ser de un servicio de cirugía.....	15
Funciones.....	15
Incumbencias.....	15
2. Organización de un servicio de cirugía.....	15
2.1 Función del cirujano.....	15
2.2 Organigrama de un servicio de cirugía.....	16
2.3 El Jefe de Servicio.....	16
2.3.1 Generalidades.....	16
2.3.2 Cualidades de Jefe.....	18
2.3.3 Funciones de un jefe de servicio de cirugía.....	18
2.3.4 Delegación de autoridad.....	18
2.4 Funcionamiento del Servicio de cirugía.....	19
2.4.1 Los servicios.....	19
2.4.2 Organización de unidades funcionales.....	20
2.4.3 Las secciones.....	20
2.4.4 Trabajo en Equipo.....	20
Comités.....	21
2.5 La Estructura de un servicio de cirugía.....	23
3. Cirugía Mayor Ambulatoria.....	24
3.1 Tipos de unidades.....	25
3.2 Organización.....	25
3.3 Selección de los pacientes.....	25
3.4 Recuperación del paciente.....	26
3.5 Control de calidad.....	26
3.6 Cirugía mayor ambulatoria en el HPC.....	26
4. Gestión de la calidad.....	28
4.1 Generalidades.....	28
4.2 La filosofía de la calidad total.....	29
4.3 Calidad asistencial.....	30
4.4 Formación de equipos de control de calidad.....	30
4.5 Actividades de monitoreo.....	30
4.6 Mecanismos habituales de control.....	30
4.7 Informe de calidad.....	31
4.8 Acreditación y control de calidad.....	31
4.9 Gestión clínica.....	32
5. Efectos adversos en Cirugía.....	32
5.1 Sistemas actuales de registro y notificación.....	34
5.2 Responsabilidad legal.....	35
6. Formación continua.....	36
6.1 Cirugía basada en la evidencia.....	36

6.2	Educación continua	37
7.	Gestión de recursos humanos	38
7.1	Selección de colaboradores	38
7.2	Reclutamiento	39
7.3	Comportamiento en servicio	40
7.4	Recursos humanos en salud	40
7.5	Manejo de los conflictos	40
7.6	Incentivos	43
8.	Procesos de integración de nuevas tecnologías	44
8.1	Desarrollo de nuevos dispositivos médicos	44
8.2	El caso de la cirugía laparoscópica	45
9.	Herramientas de administración para la mejora en la gestión del servicio	46
9.1	Gestión del conocimiento	47
9.2	Características de una buena administración	48
9.3	Contabilidad hospitalaria	50
9.4	Cuadro de mando	53
9.5	Principios del management	54
	Objetivos de la organización	54
	Áreas clave	57
	Establecimiento de objetivos organizacionales	57
9.6	Teoría de la empresa	60
9.7	La necesidad del cambio	61
	Marketing	63
10.	Rol de la informática: informatización de estudios complementarios, archivo del servicio, acceso a los datos	64
10.1	Sistemas de Información	64
10.2	Datos de Internación	68
10.3	Historia clínica informatizada	70
11.	Docencia e investigación en un servicio de cirugía	76
11.1	Obstáculos a la realización de ensayos clínicos en cirugía	77
11.2	Posibles soluciones	78
12.	Marcos de trabajo, para la gestión económica del servicio	79
12.1	Gestión económica externa	79
12.2	Gestión económica interna	81
12.3	Alternativas de trabajo con la competencia	83
13.	El Servicio de cirugía de Europa, EEUU y Argentina	84
13.1	Servicio de Cirugía en EEUU	84
13.2	Servicio de Cirugía en Europa	89
13.3	Servicios de Cirugía en Argentina	96
14.	Futuro de los servicios de cirugía	106
	Conclusiones	108
	Sitios útiles de internet	109
	Referencias bibliográficas	109

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento a la Comisión Directiva de la Asociación Argentina de Cirugía, en primer lugar por haber promovido un tema cuya importancia puede quedar oculta al cirujano corriente por su lenguaje técnico-administrativo, o como algo alejado de la actividad diaria; pero que representa el basamento y el futuro de la misma, y como tal entiendo que por la AAC ha sido considerado.

En segundo lugar deseo agradecer haber sido elegido para abordar el tema, ya que soy consciente del honor que dicha elección hace recaer principalmente en la Institución a la que pertenezco, El Hospital Privado de Comunidad de Mar del Plata, y por último en mi persona.

Desde este lugar de privilegio, expreso mi gratitud a quienes fueron mis maestros en el difícil arte de la Vida y de la Cirugía, a mi madre Elba, a mi padre el Dr. Mario Belgrano Statti, a mi padrino el Dr. Miguel Angel Tatti, al Dr. Egon Mettler, al Dr. Hugo Pedernera, al Dr. Tomas Barry, al Dr. Roberto Battelini y al Dr. Carlos Quinzio. Todos ellos han sido quienes no solo crearon un Hospital conceptualmente distinto, sino que organizaron un servicio de cirugía diferente, en el cual nos hemos formado varias generaciones de cirujanos.

Deseo manifestar mi respeto y reconocimiento a los Dres. Luis Gramática, Jorge Moroni, Claudio Iribarren y Enrique Beveraggi, por su apoyo y afecto.

Los compañeros del Servicio, los Dres. Carlos Quinzio, Felipe Fiolo, Daniel Staltari, Juan Perriello

y Enrique Cánepa, merecen mi respeto y cariño, por conformar un equipo al cual me siento orgulloso de pertenecer.

Un reconocimiento especial para el gran grupo humano del Hospital Privado de Comunidad y a los ex-residentes del Servicio, que han sabido llevar sus conocimientos y sus ganas de mejorar, a los más variados rincones de nuestra patria, todos ellos han sido un gran pilar del desarrollo institucional y personal.

Deseo agradecer con especial consideración a la Sociedad de Cirujanos de Mar del Plata, que me ha permitido participar de un espacio de comunicación, reflexión y proyectos.

Mi reconocimiento a aquellos Cirujanos y Jefes de Servicio que han colaborado aportando información para la confección de este relato:

Dr. Scott Barnhart (USA),
Dr. Josep M. Badia I. Pérez (España),
Dr. Carlos F. Candia,
Dr. Carlos Castilla,
Dr. José I. Gonzalez,
Dr. Gregorio Jimian,
Dr. Carlos Pellegrini (USA),
Dr. Angel Pierini,
Dr. Eduardo Targarona (España),
Dr. Ernie Weimuller (USA).

Un espacio distinguido en mi agradecimiento es para mi esposa Gloria, y mis hijos Paula y Miguel, por el cariño de todos los días.

ORGANIZACIÓN, FUNCIONES Y GERENCIAMIENTO DE UN SERVICIO DE CIRUGÍA

ANTECEDENTES

El tema que nos ocupa reconoce como antecedente más directo, el relato sobre Organización y Funcionamiento de un Departamento de Cirugía, realizado por el Dr. Eduardo R. Trigo, en 1974¹. En el mismo reconocemos conceptos pioneros que siguen vigentes. En los párrafos finales se plantean puntos centrales en la concepción de la atención médica:

"La necesidad de preparar personal idóneo para estas actividades, introdujo la obligación de aprender, enseñar e investigar en forma permanente e integrada en todos los aspectos de las disciplinas madres.

Es necesario extender y coordinar los horarios de trabajo, adaptando los planteles a las verdaderas necesidades de la población, teniendo en cuenta el lugar del país que lo necesite.

El hombre enfermo no admite subdivisión, es necesario que todas las capacidades humanas estén a su disposición para prevenirle o devolverle la salud. Se le debe brindar el mayor confort, bienestar y seguridad.

Mediante la función y control de los resultados se podrá cotejar si con ellos se logró el principal objetivo: curar al hombre enfermo."

Reconocemos en estas palabras la relevancia asignada a los conceptos: aprender, enseñar, investigar, ordenar, la necesidad de conformar equipos de trabajo, de obtener la satisfacción del paciente, velar por su seguridad, curarlo si es posible, controlando resultados.

Todos estos conceptos fueron adquiriendo mayor relevancia con el pasar del tiempo y hoy conforman conceptos clave en la administración de la salud.

Dos años más tarde el Dr. Juan Gurruchaga presentó el relato sobre "Condiciones que debe reunir una Institución donde se practique Cirugía"². Entendemos que su espíritu corre en el mismo sentido que el relato anterior, y que responde al interés de la AAC por mantener abierta la discusión que conduce al mejoramiento de las condiciones de la práctica quirúrgica. Debemos reconocer

que el contexto está específicamente dirigido a cuestiones principalmente estructurales más que funcionales, pero ambas fueron tratadas en el mismo. En las conclusiones se manifiesta: "Conviene señalar, como síntesis de lo expuesto que dentro de las metodologías propuestas para medir niveles de calidad, el uso de guías de evaluación puede constituir un elemento útil, no solo en la medida que posibilita efectuar valoraciones comparativas entre los establecimientos en un momento dado, sino que a la vez permite el análisis de los servicios a lo largo de diferentes períodos de actividad".

Observamos aquí un concepto que ha mantenido ocupadas a las instituciones desde los noventa, y que cada vez se torna más relevante, el concepto de "Calidad", su medición, y su comparación entre instituciones.

Quisiera destacar especialmente, el relato "El Cirujano frente a la crisis Financiera de la Salud" realizado por el Dr. Alberto Cariello en el 2003³. En el mismo ya se manifiesta claramente la necesidad de apertura del cirujano hacia la temática de la administración, y se plantean los temas importantes que hacen a la cuestión del financiamiento de la salud. En el capítulo 8, titulado Economía y enfermedad, realiza un desarrollo de principios básicos de economía, costos y evaluación económica, que merecen una atenta lectura, y tienen una relación directa con el tema que nos ocupa.

INTRODUCCIÓN

En lo económico, tecnológico, político y filosófico, el mundo contemporáneo esta siendo objeto de innumerables, rápidos y fuertes cambios. Los diferentes sectores y actores de la sociedad deben enfrentar estos nuevos desafíos, que exigen capacidad de adaptación y un trabajo permanente de innovación que permita acompañar el ritmo de la nueva realidad. Vale resaltar, después de todo, que el mundo moderno esta impregnado por la voluntad y la urgencia de cambio.

Los tiempos están cambiando también en la medicina. En otras épocas se suponía que esta

ciencia era eficaz y segura, que el médico lo sabía todo y que los pacientes hacían lo que les decíamos. De repente, nos hemos dado cuenta de que una gran parte de la medicina no es eficaz, de que con frecuencia no es tan infalible y de que nuestro aprendizaje como médicos no acaba con la entrega del título, ya que la aceleración en el crecimiento del saber solo hace predecible que nuestro conocimiento como médicos disminuye a la misma velocidad que el nuevo conocimiento crece. De donde surge, la imprescindible necesidad de continuar con el aprendizaje durante toda nuestra vida profesional⁴.

Los pacientes están más informados, son más exigentes y han adquirido una actitud más consumista ante la atención sanitaria. En el pasado, la calidad de la asistencia que proporcionábamos a los pacientes se dejaba a nuestro juicio individual. Por ello los criterios referentes a la práctica clínica han sido heterogéneos y las tentativas de mejora de la asistencia sanitaria han sido, la mayoría de las veces casuales, fortuitas o no se les ha dado la consideración que merecían.

En cuanto al sistema sanitario global, la realidad económica en la que se desenvuelve hasta el momento, se presenta como un gran enigma a resolver en el futuro.

La globalización de la salud ofrece enormes oportunidades, pero se ve ensombrecida por amenazas comunes. Alto costo, calidad irregular, mala gestión, acceso no equitativo; son problemas que ponen en riesgo la sustentabilidad de los sistemas sanitarios. En los Estados Unidos se prevé que el Medicare Trust Fund quebrará en el año 2019. El Sistema Sanitario Francés, considerado el mejor del mundo por la OMS en el año 2000, prevé que colapsará en el año 2020⁵.

Otra variable a considerar, es el consumo del presupuesto sanitario⁶, de acuerdo a los determinantes de la salud en el mundo desarrollado, que muestran que:

- a) la herencia aporta un 27% al escenario de la salud,
- b) el entorno un 19%,
- c) el estilo de vida un 43%, y
- d) el sistema sanitario un 11%, pero consume el 90% de los recursos.

La globalización ha cambiado radicalmente el modelo de negocio de los sectores industrial y de servicios. La salud tradicionalmente considerada

una actividad local, también se está globalizando. Está cambiando la forma de pensar de los chinos sobre la financiación de sus hospitales, el modo en que los estadounidenses contratan a sus médicos, los sistemas que emplean los australianos para pagar a sus proveedores sanitarios, el punto de vista de los europeos sobre la competencia o el modo en que los gobiernos del cercano oriente diseñan la política sanitaria para las generaciones futuras. Ningún país tiene todas las respuestas. Sin embargo la clave para enfrentar los desafíos que nos depara el mañana, tienen estrecha relación con la definición de aquellos factores que permitan ofrecer sustentabilidad al sistema. De acuerdo a los resultados de una encuesta de WaterhouseCooper, realizada a más de 580 directivos del sector sanitario, los factores clave de sustentabilidad son los siguientes:⁷

1. Búsqueda de un espacio compartido. Es necesaria una visión estratégica para equilibrar los intereses públicos y privados en la construcción de una infraestructura para proporcionar prestaciones sanitarias básicas en un contexto de prioridades sociales.
2. Vertebración digital. El uso de la tecnología y la interoperabilidad de redes electrónicas aceleran la integración, la estandarización y la transferencia de información clínica y administrativa en un contexto de transformación digital de la sanidad.
3. Realineamiento de incentivos. Los sistemas de incentivos aseguran y gestionan el acceso a la sanidad, además de reforzar la transparencia y la toma responsable de decisiones.
4. Estandarización de la calidad y la seguridad. La definición e implantación de estándares clínicos establece mecanismos de control responsable, aumenta la transparencia y genera confianza.
5. Despliegue estratégico de los recursos. Una adecuada distribución de los recursos satisface las exigencias, con frecuencia contrapuestas, de controlar los costos, a la vez que se proporciona la máxima atención al mayor número de personas posibles.
6. Clima de innovación. La innovación, la tecnología y la mejora de los procesos son la fórmula de avance continuo en la mejora de la calidad asistencial, la eficiencia y los resultados.
7. Adaptabilidad de profesionales y estructuras organizativas. La flexibilidad en las organizaciones sanitarias y en los roles de los profesiona-

les abren puertas a una organización centrada en el paciente.

Con este marco referencial y el firme propósito de transitar el camino de la sustentabilidad, es que se requieren conocimientos sobre la organización de los servicios y como gerenciarlos. Veremos estos temas a continuación.

1. RAZÓN DE SER DE UN SERVICIO DE CIRUGÍA

Un servicio de Cirugía cuenta como razón de su existencia: asegurar la asistencia de los pacientes con patología quirúrgica de una organización, las 24 hs. en los 365 días del año.

Las razones que dan lugar a la necesidad de la existencia de un servicio de cirugía, son las mismas que fundamentan la departamentalización en toda organización.

- La limitación que supone el manejo directo de gran número de subordinados.
- El agrupamiento de actividades y personas permite ampliar las organizaciones.
- La fluidez en la comunicación¹.

Esta departamentalización se basa en un sistema piramidal, donde cada directivo trabaja en estrecha colaboración con pequeños grupos. Existen diferentes maneras de departamentalización, por lo general los servicios obedecen a una departamentalización por funciones⁶.

Funciones

Le compete al servicio de cirugía general, desarrollar actividades técnicas, administrativas, de docencia e investigación.

a) Técnicas:

- El cirujano brinda servicios en consultorio, en internación y acude a las interconsultas.
- Efectúa prácticas e intervenciones específicas en el área quirúrgica.
- Implementa la atención de las urgencias y emergencias de su especialidad.

b) Administrativas:

debe ser responsable en la gestión de los recursos asignados al servicio e institucionales, y de la eficiencia del gasto, participando en las novedades que se producen en la financiación del sistema y la innovación de la tecnología.

c) Docencia:

Debe ocuparse del entrenamiento y formación de personal específico de su especialidad y del

equipo de salud en programas particulares. Participar en jornadas y congresos. Propiciar la educación continua.

d) De investigación:

Debe involucrarse activamente en la investigación clínica y en programas de medicina basada en la evidencia.

Servicio de Cirugía general: Incumbencias

Entre las tareas propias del servicio de cirugía se incluye la intervención en la patología de paredes, esofagogástrica, hepatobiliopancreática, colónica, abdomen, endocrina, urgencias y trauma, cabeza y cuello, mama, flebología, piel y partes blandas.

En casos de urgencia o por falta de especialistas en medios alejados, el cirujano general, de necesidad tomará a su cargo la resolución de patología de Tórax, Vascular, Urológica, Ginecológica y pediátrica.

2. ORGANIZACIÓN DE UN SERVICIO DE CIRUGÍA

Por definición "organizar" es establecer o reformar algo para lograr un fin, coordinando las personas y los medios adecuados (RAE).

Organización es la parte de la administración que implica establecer una estructura intencional de los papeles que deben desempeñar las personas en una institución. Es intencional en el sentido de que asegura que se asignen todas las tareas necesarias para cumplir las metas y, al menos en teoría, de que se encargue a las personas lo que puedan realizar mejor. El propósito de la estructura de una organización es ayudar a crear un ambiente propicio para la actividad humana. Por lo tanto, constituye una herramienta y no un fin en sí misma. Aunque la estructura debe definir las tareas a realizar, los papeles asignados en esta forma se tienen que diseñar a la luz de las capacidades y motivaciones de las personas disponibles⁶.

2.1. Función del Cirujano

Las obligaciones del cirujano contemplan las siguientes actividades:

- Evaluación y determinación de la necesidad de internación del paciente.
- Efectuar el diagnóstico y prescribir el tratamiento adecuado.

- Implementar el acto quirúrgico.
- Analizar el resultado de su intervención.
- Racionalizar los procesos de diagnóstico y tratamiento sobre la base de la evidencia científica y de su experiencia.
- Cumplir con las actividades administrativas y de docencia e investigación de su incumbencia.

2.2. Organigrama de un Servicio de Cirugía

En la Figura 1 podemos ver el organigrama de un Servicio de Cirugía.

Los empleados administrativos y de enfermería, suelen variar su dependencia en las distintas organizaciones. En ocasiones dependen directamente del jefe de servicio, sin embargo la tendencia es a desempeñar roles polivalentes en los diferentes servicios y por lo tanto dependen de una jefatura diferente, administrativa para secretaría y de la jefatura de enfermería, las enfermeras.

Como se puede observar los niveles organizacionales son pocos, lo que coadyuva a la comunicación directa y frecuente.

Existe en las organizaciones una técnica adicional y diferente de organización, conocida como "unidad estratégica de negocios"¹⁶. Se trata de pequeños emprendimientos dentro de la organización establecidos como unidades semiindependientes para asegurar el manejo efectivo de una situación particular. En el caso del servicio de cirugía puede aplicarse esta modalidad a la "Cirugía Ambu-

latoria". Se recurre a este tipo de esquema para evitar que la actividad habitual y las costumbres arraigadas, no bloqueen un desarrollo considerado estratégico por la organización.

2.3. El Jefe de Servicio

2.3.1. Generalidades

Iniciaremos el tema tratando lo referente a la autoridad y el poder.

Autoridad: es el derecho de la persona que ocupa un puesto a tomar decisiones que afectan a otras personas o grupos. En parte obedece a la fuerza moral que convence y logra la adhesión libre y responsable; apela a la conciencia y al deber de aportar al bien común

Poder: es la capacidad que tienen las personas o grupos de inducir o influir sobre las creencias o acciones de otras personas o grupos. Hay diferentes bases de poder. El legítimo es una consecuencia del puesto y se deriva del sistema cultural occidental de derechos, obligaciones y deberes por los cuales las personas aceptan la legitimidad de un puesto. El poder también puede provenir de la pericia de una persona o de un grupo. Este es el poder del conocimiento. En ocasiones el poder puede existir como poder de referencia, es decir, la influencia que pueden ejercer personas o grupos, por la fuerza de su personalidad (Dr. Favaloro). El poder se relaciona

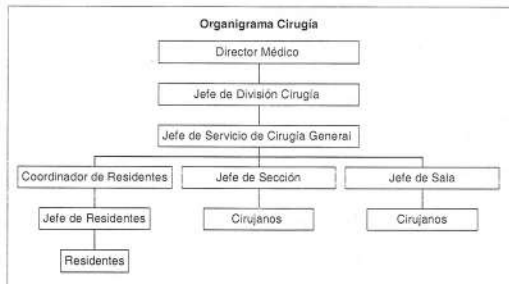


FIGURA 1
Organigrama de un servicio de cirugía.

también con la capacidad de conceder recompensas y castigos⁶.

El jefe de servicio tiene como función la dirección del área de su competencia.

Dirigir es organizar, coordinar la actividad de grupos de personas de diverso origen, con distintos intereses, para aglutinarlos en torno al cumplimiento de las metas o de los objetivos de la organización, mediante un liderazgo moderno donde el jefe sea el adalid que no solo construye y mantiene el servicio, sino que es un norte en la vida de médicos y paramédicos, mediante la motivación, la satisfacción de expectativas y necesidades⁷.

Un buen jefe se anticipa a las dificultades, con humildad pero con entereza y perseverancia, ve con claridad las posibles crisis, escucha, cree en el talento y capacidad de sus colaboradores y hace que el servicio, no él, salga adelante.

Un líder natural deja huella porque tiene un gran sentido de los valores y las capacidades, tanto propias como de las personas que lo rodean, se siente seguro de sí mismo, mantiene el control de sus emociones como de sus impulsos, es escrupuloso, responsable y ético, por ello puede arriesgarse por lo que considera acertado y toma decisiones serenamente, aún en medio de grandes inconvenientes. Sin embargo está abierto a los cambios como desafíos con una mente amplia y gran sentido de equilibrio para aceptar y dar la dirección apropiada a los cambios internos y adaptar los cambios externos a su servicio, mediante el análisis de nuevas ideas, de distinto origen que generen innovaciones en su institución y de igual manera, adoptar y desarrollar las soluciones a los problemas emergentes.

Todo jefe debe tener en cuenta los alcances y dimensiones de la motivación humana y las dimensiones de la organización donde trabaja, porque su principal función es la de líder en una organización compleja, donde debe ser estratega para descubrir las oportunidades, establecer políticas, diseñar con una gran visión los objetivos, cuantificar las metas que conduzcan a los resultados esperados en los objetivos y definir la forma y la intensidad de los esfuerzos para cumplir con cada meta. Así mismo es quien descubre talentos y habilidades que nacen de las motivaciones internas y trascendentes, a la vez que aglutina no solo a su propia institución, sino a las organizaciones del sector y a la comunidad.

La jefatura de un servicio se hace para y con personas, por lo tanto, las relaciones humanas, las relaciones públicas y las relaciones con los pacientes, son diferentes caras de un mismo contexto que merecen tener toda la importancia del caso.

Las personas realizan acciones por obligación, subordinación, compromiso, necesidad, orgullo, envidia, odio, respeto, generosidad, integridad, justicia, ayuda y amor; por esta razón las emociones son la gran fuerza de la motivación, y son nuestras emociones las que motivan a las de otras personas a la acción.

En un grupo donde hay personas trabajadoras, perezosas, rudas, colaboradoras, leales, etc., el clima que se viva determina la selección de las emociones a controlar o impulsar. La tarea del jefe es la de extraer y exteriorizar lo bueno de cada persona, sin dejar que lo negativo interfiera.

Un buen jefe no debe permitir que sus subordinados sean manejados como máquinas, debe buscar que sean liderados para ayudarlos a realizarse como personas, con capacidad de superación, iniciativa, conocimientos, experiencia y habilidades; bajo el criterio de que el trabajo que se desarrolla en la institución no es realizado por genios, sino por personas comunes que actúan con el mismo norte que traza el jefe para así mejorar la producción, la armonía y el bienestar⁸.

El servicio necesita del trabajo en equipo y de las diferentes visiones, experiencias y conocimientos, de cada uno de los integrantes, para trabajar con fuerza en la misma dirección y así alcanzar las metas que coincidan con los objetivos de la institución. La jefatura debe ser una fuente de entusiasmo, credibilidad, respeto y sabiduría; donde no cabe el concepto de buena suerte sino la certeza de un adecuado planeamiento, basado en las mejores técnicas y en modernos sistemas administrativos.

El jefe no puede ser un líder severo, apegado a viejas costumbres, a pergaminos, ni a técnicas y procedimientos arcaicos. Al contrario debe buscar una atmósfera de informalidad y sencillez, con un sentido de responsabilidad compartida y una política de puertas abiertas que permita romper las vías jerárquicas para llegar más rápidamente a los problemas de la entidad o de sus subordinados.

La regla de oro del jefe debe ser su código de ética personal y honestidad absoluta, de perseverancia, de gran sentido de justicia, de integridad

en sus propósitos y tener sentido de pertenencia con la institución.

2.3.2. Cualidades del Jefe de Servicio (líder)⁷

"Sobre cualquier cosa que un hombre pueda presidir, si sabe lo que necesita y es capaz de proveerlo, será un buen presidente, ya tenga la dirección de un coro, una familia, una ciudad o un ejército". Sócrates.

- Valor,
- Voluntad, es decir, el deseo de dirigir.
- Resistencia emocional: capacidad de persistir frente a la decepción.
- Resistencia física.
- Empatía: incluida sensibilidad a los valores de otras personas, culturas, creencias y tradiciones.
- Firmeza.
- Anticipación.
- Adaptación.
- Competitividad.
- Confianza en sí mismo.
- Responsabilidad.
- Credibilidad.
- Tenacidad.
- Formalidad.
- Capacidad de administración.
- Lealtad.
- Capacidad técnica.
- Autoridad moral.

Las oportunidades no se crean se descubren. Sin embargo no es fácil verlas en el entorno pues requiere un esfuerzo especial de concepción e intuición para ver oportunidades donde no las ven la mayoría de las personas. La capacidad de planear, configurar y llevar a la práctica una buena estrategia es de gran valor, al punto que es una de las capacidades sobresalientes que distingue a un buen jefe. Un Jefe como estratega es quien capta, convence y aprovecha las oportunidades que se dan en el entorno para hacer progresar a su servicio y a la Institución.

2.3.3. Funciones de un Jefe de servicio de cirugía

- Proponer y vigilar el cumplimiento de políticas y objetivos de la institución.
- Programar las actividades asistenciales.
- Coordinar las relaciones con los diferentes servicios.

- Garantizar la eficiencia y velar por la calidad del servicio.
- Coordinar las actividades docentes y de investigación.
- Elaborar informes periódicos sobre la marcha del servicio.
- Detectar e informar sobre las necesidades del servicio desde el punto de vista de los recursos humanos, físicos, tecnológicos y financieros.
- Solicitar a los directivos la promoción del personal.
- Participar en los diferentes comités del Hospital.

Debe ocuparse de la actividad asistencial como consultas, internación, urgencias, procedimientos y atención continuada de la especialidad. En forma paralela debe desarrollar actividades de docencia e investigación⁷.

Ser jefe de servicio implica lograr la aceptación disciplinada del ejercicio de una autoridad basada en el prestigio, el ejemplo, la justicia y la firmeza. Implica también la misión de facilitar la coordinación y la comunicación dentro del servicio y dentro de la institución.

2.3.4. Delegación de autoridad

A pesar de lo simple que parece ser delegar autoridad, su realización deficiente se halla en la base de muchos fracasos. No hay una persona en una organización que pueda hacer por sí misma todas las tareas necesarias para lograr los propósitos del grupo, así como tampoco una sola persona puede realizar la toma de todas las decisiones. Es por ello que existe la acción de delegar responsabilidades. Este proceso implica:

- determinar los resultados esperados de un puesto.
- Asignar tareas al puesto.
- Seleccionar la persona a ocuparlo.
- Delegar autoridad para cumplir estas tareas.
- Mantener líneas de comunicación.
- Responsabilizar a la persona que ocupa ese puesto por el cumplimiento de las tareas.
- Establecer los controles apropiados.
- Recompensar la delegación eficaz y la exitosa atribución de la autoridad.

La delegación de autoridad no es delegación de responsabilidad. Los superiores siguen siendo responsables por el ejercicio apropiado que sus subordinados hacen de la autoridad⁸.

A pesar de las ventajas innegables de la delegación, el jefe debe conservar autoridad suficiente, siempre hay decisiones que no pueden delegarse. Además se debe mantener cierta autoridad para asegurar que cuando parte de esta se halla delegado, el subordinado la utilice en la forma y para los fines deseados.

2.4. Funcionamiento del Servicio de Cirugía

2.4.1. Los servicios

En las instituciones polivalentes de alta complejidad, se distinguen 3 tipos de servicios:

- Verticales: ligados a una patología (cardiología).
- Transversales: apoyan a otros en la atención de una patología común (oncología).
- De diagnóstico (imágenes, laboratorio).

El médico responsable de un paciente centraliza la información, y solicita tareas o consultas a los 3 tipos de servicios, a los efectos de implementar el mejor tratamiento posible.

La agilidad y previsibilidad de la operatoria de un servicio se ve apoyada por diferentes documentos.

Manual de procesos. En este manual se registra el conjunto de procesos que se llevan a cabo en el servicio, contiene las tareas a desarrollar, asignando los niveles de responsabilidad.

Manual de procedimientos. Este es un manual especializado que contiene las normas técnicas de los procedimientos diagnósticos o terapéuticos realizados en el servicio. Esta uniformidad de criterio es lo que se ha llamado escuela, y brinda un carácter particular al manejo de los pacientes, facilitando la uniformidad de las conductas. Esto redundará en beneficio del paciente porque hay continuidad en su evaluación diagnóstica y en su programa terapéutico.

Guías de manejo. Las guías clínicas son recomendaciones desarrolladas sistemáticamente para ayudar a los médicos y a los pacientes a decidir sobre la atención sanitaria más apropiada en situaciones clínicas concretas. Están concebidas para ayudar en las decisiones y no para sustituirlas. Las recomendaciones deben ser aplicables a la mayoría de los pacientes, de acuerdo con las posibilidades asistenciales, tecnológicas y financieras de la institución. En la guía se deberá in-

dicar el grado de evidencia y el tipo de recomendación.

Las guías deben atender a una necesidad específica reconocida por los mismos profesionales que la utilizarán. Las ventajas previstas deben ser de la magnitud suficiente para justificar el esfuerzo necesario para su elaboración y aplicación. Los fines y los objetivos deben ser transparentes. Es preciso especificar la cuestión sanitaria que se aborda, los pacientes a los que se dirige, los usuarios potenciales y los ámbitos de aplicación. Deben ser viables y pertinentes y especificar los resultados sanitarios esperados. Se basarán en evidencias sólidas. Su realización estará a cargo de un grupo multidisciplinario que represente a todos los grupos afectados a la atención de la patología en cuestión. El consenso o la opinión de expertos debería utilizarse cuando no exista suficiente evidencia científica. Deben adaptarse a las condiciones locales donde serán aplicadas. Pueden ayudar a mejorar la eficiencia ya que promueven el uso racional de los recursos. Las recomendaciones deben ser breves y sencillas para facilitar su comprensión y su uso. La informatización progresiva de los centros sanitarios debe favorecer la implementación de las guías, incorporándolas a la historia clínica electrónica, ya que ofrecerán a los profesionales las ayudas necesarias para el manejo de la patología en cuestión.

La razón de ser de las guías radica en una serie de hechos:

- Amplia variabilidad de la práctica médica. Las guías ofrecen la posibilidad de describir la mejor práctica que debe ser seguida por todos.
- Grandes retrasos en la aceptación de la evidencia. Las guías ofrecen la posibilidad de reducir estos retrasos proporcionando evidencias actualizadas a los médicos.
- Resúmenes de las evidencias. La mayoría de los profesionales no tienen tiempo para adquirir un conocimiento profundo de todas las áreas de la medicina y en vez de consultar textos es preferible tener resúmenes de las evidencias para la toma de decisiones en la vida diaria.
- Estimular la toma explícita de decisiones. Muchas de las decisiones que se toman son confusas o implícitas. La forma en la que usamos esta información tiende a ser incongruente y responder a las influencias más recientes.
- Mejoran la atención de los pacientes.

Inconvenientes:

Entre los inconvenientes o dificultades en la implantación de guías clínicas, contamos:

- Guías elaboradas por expertos suelen no adaptarse a todos los contextos.
- La base de la guía en un problema específico, puede no ser pasible de generalizar a todos los pacientes.
- La elaboración, revisión y seguimiento de las guías puede ser tedioso y costoso.
- Pueden generarse discrepancias entre guías desarrolladas entre diferentes niveles.
- Su incumplimiento puede aumentar el riesgo legal⁷.

2.4.2. Organización de unidades funcionales

Con el objeto de facilitar la atención de pacientes complejos, se están desarrollando unidades multidisciplinarias que agrupan a profesionales de las distintas especialidades que atienden una determinada patología⁸. Se conforman a este fin Unidades Funcionales como la Unidad de Mama (ginecólogos, oncólogos, cirujanos, psicólogos, patólogos) o la unidad de melanoma (dermatólogo, cirujano, oncólogo). En nuestro Servicio contamos con la Unidad de Ictericia (cirujano, gastroenterólogo, radiólogo intervencionista) y la Unidad de Cirugía de Páncreas (oncólogo, cirujano y psiquiatra). El cambio conceptual más importante en este caso es el trabajo por procesos.

2.4.3. Las Secciones

"Quien será mejor el que se dispersa en diferentes actividades o el que se confina en la propia".

Platón

Es beneficiosa la división en unidades o secciones de subespecialidades, con el objetivo de obtener mejores resultados clínicos y mayor calidad de atención.

El nivel al cual la experiencia, representada por un alto volumen de casos, impacta en el resultado final, se ha estudiado en los últimos 20 años.

Existe abundante literatura que cubre un amplio rango de condiciones y procedimientos que documenta mejores resultados en hospitales y médicos con alto volumen de pacientes⁹⁻¹³.

Asumiendo que fuera factible realizar una regionalización de la cirugía en centros de alto volumen, es probable que se lograra un alto impacto en la seguridad y resultados. Un estudio en California sugiere que más de 500 muertes pueden ser evitadas anualmente en dicho estado de derivarse estos casos a las instituciones con más experiencia¹².

La evidencia que apoya la relación volumen-resultado es similar ya sea que se enfoque en el volumen del centro (78% de los estudios mostraron una asociación) o el volumen del médico (74% de los estudios mostraron una asociación).

La Tabla 1 muestra los resultados obtenidos para diferentes prácticas en diferentes centros comparados de acuerdo al volumen de casos.

Cambiar la realidad a partir de los datos obtenidos en los estudios que relacionan el volumen de casos a los resultados, es una tarea compleja que involucra a los pacientes, a los hospitales, a los médicos, a las comunidades, a los financiadores y a los empleadores. Limitar algunos procedimientos quirúrgicos a centros específicos requeriría un cambio significativo en los sistemas de salud, inversiones significativas y decisiones políticas difíciles. Es por todo ello que estas decisiones no se han tomado.

Sin embargo creemos firmemente que sí es posible, dentro del marco de trabajo de cada servicio, realizar una asignación de patología preferente, por cirujano o grupo de cirujanos, que permita al cirujano recoger todos los casos institucionales de esta patología compleja, lo que redundará en el mejor tratamiento de la misma. Se deben hacer todos los esfuerzos para evitar la realización de cirugías complejas por un cirujano ocasional.

2.4.4. Trabajo en equipo

"El individuo lleva a una victoria, el equipo lleva al éxito".

Carlos Bianchi. DT.

Casi todas las personas que solicitan asistencia médica se relacionan con más de un profesional. En los equipos el rendimiento depende tanto de la excelencia individual como de lo bien que trabajan los integrantes del equipo. La asistencia médica de alta calidad para los pacientes aumentará según lo elevada que sea la calidad del trabajo en equipo. Un error común consiste en creer

TABLA 1
Resumen de los hallazgos del IOM systematic review de la relación volumen-resultado¹³

Condición	Número de estudios Revisados	Comentarios
<i>Bypass Coronario</i>	9	Todos los estudios usaron ajustes de riesgo apropiado. VOR para hospital y médico: 7 estudios. Diferencia absoluta en mortalidad entre centros de alto y bajo volumen y cirujanos fue de 3-10% (NNT 10-33). Alguna evidencia sugiere que los centros y cirujanos con buenos resultados registran un aumento en su carga de trabajo con el tiempo ("referencia selectiva").
<i>Endarterectomía Carotídea</i>	19	Solo 9 estudios realizaron un ajuste adecuado de riesgo. La mayor parte de los estudios empleó datos administrativos, imposibilitando conocer los resultados sobre ACV PO. VOR hallado por cirujano: 9 estudios. VOR hallado por hospital: 7 estudios. Diferencia absoluta en mortalidad entre hospital/ cirujano de alto-bajo volumen 0.2-0.9% (NNT 100-500).
<i>Cirugía oncológica</i>	20	Métodos de ajuste de riesgo, variable, en general dependientes de datos administrativos. VOR más marcado en cánceres infrecuentes/procedimientos tales como pancreatectomías y esofagectomías. VOR menos claro para cirugía habitual como Colectomía y neumonectomía. Para esofagectomía, la diferencia absoluta en mortalidad entre los centros de alto/bajo volumen fue de 11-13.9% (NNT 7-9). Para resección pancreática, la diferencia en mortalidad entre hospitales de alto/bajo volumen arrojó un NNT 10-15.
<i>Aneurisma de Aorta Abdominal</i>	2	11 estudios realizaron un adecuado ajuste de riesgo VOR por hospitales y médicos arrojó una reducción absoluta en mortalidad por volumen de cirujano u hospital de 5-9% (NNT 11-20). Se notaron derivaciones selectivas.
<i>Cirugía Cardíaca Pediátrica</i>	3	Todos los estudios usaron ajustes de riesgo apropiados VOR hallados para el volumen del hospital/cirujano. La diferencia absoluta en mortalidad debida al cirujano/hospital fue de 3% (NNT 33). Posiblemente con mayor beneficio en los enfermos más complejos.

NNT indica número necesario a tratar; VOR, relación volumen-resultado

que la pertenencia a un mismo equipo implica unanimidad de pensamiento y de acción. No es así. El propósito de un equipo es hacer efectivas las dotes de cada persona y quitar envergadura a sus puntos débiles. Un equipo combina el rendimiento y los talentos individuales, transformándolos en un esfuerzo conjunto.

Un equipo de trabajo está conformado por un grupo de personas que poseen objetivos claramente identificables y compartidos por todos los miembros. **La responsabilidad y el compromiso** exceden el ámbito personal, por lo que el nivel de responsabilidad que asume cada miembro, tiene un impacto sobre todo el grupo. **La organización interna** a través de roles establecidos, que facilitan el camino para alcanzar las metas, y la **complementariedad** entre personas, con diferente

formación, experiencia y fortalezas, enriquece al equipo y es un factor esencial para lograr el objetivo. El clima de trabajo basado en la **confianza** que favorezca la participación espontánea para el aporte desde el rol de cada uno y el **respeto**, son valores indispensables para la construcción de un equipo de trabajo.

Comités

Los comités son grupos de expertos creados con el objeto de mejorar las actividades médicas. Aún cuando cada uno de ellos desarrolla funciones específicas, todos tienen una misión general, coordinan el control de calidad del proceso asistencial, comparten una metodología de trabajo y utilizan fuentes de información comunes¹⁴.

Los comités no solamente estructuran su organización y dotación de recursos humanos y materiales, sino que establecen los manuales de normas y procedimientos que deben cumplirse a todos los niveles, diseñan los protocolos para todas las circunstancias, establecen los mecanismos de evaluación y determinan los programas de educación continuada o permanente a realizarse¹⁵.

La decisión colegiada es la forma habitual de trabajo de los comités. El proceso de decisión en un grupo es similar al proceso individual pero más complejo y amplio. Sus características principales son el inicio mediante un intercambio informativo y el proceso de interacción efectuado para encontrar la solución.

El reconocimiento formal de los comités no es suficiente para que estos puedan cumplir sus funciones. Requieren de un clima organizativo y directivo que permita configurar una estructura democrática y participativa¹⁶.

Los comités deben ser organizados allí donde se tenga la certeza de que van a ser más eficaces que una sola persona.

En la estructura hospitalaria suele requerirse el funcionamiento de diferentes comités:

- Comité de Historias Clínicas.
- Comité de Farmacia.
- Comité de Mortalidad.
- Comité de Tejidos.
- Comité de Infecciones.
- Comité de Tumores.
- Comité de Docencia e Investigación.
- Comité de Tecnología.
- Comité de Auditoria.
- Comité de Acreditación.

Si bien la participación del grupo quirúrgico en los diferentes comités coadyuva a un mejoramiento de la comunicación interna, además de los fines específicos del comité. Debemos destacar la necesidad de participación del cirujano en los comités de Infecciones, Mortalidad, Tejidos y Tumores¹⁷.

Características de los comités

Los diferentes comités comparten elementos comunes:

- Son órganos colegiados, con una organización y estructura propios.

- Integran las diferentes funciones, actividades, experiencias y conocimientos de los integrantes.
- Se crean con un objetivo y para desarrollar determinadas actividades. Tienen siempre carácter formal, no surgen de forma espontánea.
- Actúan con criterios y esquemas definidos.

Comité de Infecciones:

Se encarga de realizar el seguimiento y control de todos los aspectos relacionados con las infecciones hospitalarias y con la política de uso de antibióticos. Desarrolla actividades para la prevención y control de las infecciones hospitalarias¹⁸.

Funciones:

- Registra y analiza las infecciones hospitalarias.
- Prepara protocolos de profilaxis antibiótica.
- Establece protocolos de limpieza y esterilización.
- Establece el circuito de materiales contaminados.
- Establece normas de prevención.
- Supervisa el cumplimiento de protocolos.
- Evalúa los procesos.
- Efectúa control bacteriológico de quirófanos y esterilización.
- Dirige la educación permanente.
- Realiza programas de investigación.

Constitución:

- Infectólogo.
- Internista.
- Cirujano.
- Pediatra.
- Enfermera.
- Farmacéutico.
- Bacteriólogo.

Comité de Mortalidad:

El análisis de la mortalidad es un procedimiento útil para estudiar el funcionamiento de la atención médica. Si bien la mortalidad global puede no ser un buen parámetro de calidad, dada las diferentes características de la población hospitalaria. La mortalidad evitable, aquella que podría haber sido evitada según los estándares de una atención sanitaria correcta, parece ser un método adecuado

para la evaluación de la calidad de la atención médica. Este comité debe:

- Seguir las tasas de mortalidad general y por servicios.
- Analizar las causas de muerte en busca de decesos evitables.
- Examinar las medidas asistenciales realizadas.
- Existencia de error médico.
- Tasa de necropsias.
- Correlación entre diagnóstico clínico y de autopsia.
- Procedimientos invasivos en pacientes terminales.
- Impulsar los ateneos de mortalidad.
- Estudiar la mortalidad en grupos concretos de patología¹⁵.

Comité de Tejidos y cirugía:

Es el comité responsable del examen de los procedimientos quirúrgicos del hospital. Su objetivo fundamental es revisar la concordancia entre los diagnósticos pre y postoperatorios, y su correlación anatomopatológica. Debe involucrarse en el análisis de las complicaciones debidas a la técnica quirúrgica, la cirugía innecesaria y los problemas de funcionamiento del área quirúrgica¹⁶.

El comité promoverá:

- El envío de todas las piezas quirúrgicas a patología.
- Valorar la cirugía innecesaria, definiendo los criterios quirúrgicos.
- Analizará los problemas con el envío de las fichas de pedido de anatomía patológica.
- Controlará el envío de muestras fuera de la institución.
- Detectará las piezas donde se halla omitido el pedido de estudio histopatológico.
- Estudiará la estadía hospitalaria quirúrgica.
- Analizará la tasa de reintervenciones.
- Establecerá los criterios de internación de la patología quirúrgica.
- Examinará la rentabilidad de los quirófanos.
- Examinará el porcentaje de cirugías suspendidas.
- Estudiará la tasa de morbilidad quirúrgica.
- Estudiará las tasas de mortalidad quirúrgica.

Comité de Tumores:

Tiene como objeto garantizar la asistencia, el tratamiento correcto y el seguimiento adecuado, de

los pacientes oncológicos e impulsará la creación y mantenimiento del registro de tumores¹⁵.

- Fomentará la elaboración de protocolos de diagnóstico y tratamiento.
- Revisará la atención de los pacientes detectando demoras, adecuación de la metodología, coordinación entre servicios y seguimiento.
- Llevará el registro de tumores.

2.5. La Estructura en un servicio de cirugía

Espacios: salas de consulta, salas de internación, áreas administrativas, urgencias, quirófanos, cirugía ambulatoria.

Para la optimización de los mismos, estos espacios y su personal se suelen compartir con otros servicios.

Internación

En general la relación personal total/camas varía según la complejidad de los establecimientos. Los de baja complejidad tiene una relación de 1-1, los de mediana complejidad hasta 3-1, y los de alta superan esta cifra.

Un 60% de los procedimientos serán de baja complejidad, un 30% de mediana complejidad y un 10% de alta complejidad

Bloque Operatorio

Sin duda alguna, el bloque quirúrgico constituye el motor de un hospital. Los procedimientos que se desarrollan en él, no sólo tienen una enorme trascendencia sociosanitaria, sino que suponen una parte fundamental de su financiación. Por otra parte los procedimientos más complejos inducen el desarrollo de otras áreas no quirúrgicas arrastradas por la necesidad de dar soporte a estos procedimientos, por lo que el impacto clínico y económico es todavía mayor. Por todas estas razones, la eficacia y eficiencia del bloque quirúrgico es un objetivo imprescindible de cualquier organización y para lograrlo es inevitable optimizar todos los aspectos, incluyendo diseño, estructura, funcionalidad y organización⁷.

Deben determinarse claramente 3 áreas bien definidas, un área de acceso (vestuario), un área semirestringida, en la cual se debe vestir ambo, calzado y gorro, que comprende el área de recepción de pacientes, el área de recuperación, pasi-

llos y depósitos. Por último debe existir un área restringida en la que se debe usar barbijo, que comprende la zona de acceso a los lavatorios y quirófanos.

Quirófanos

La necesidad de disponer de un gran número de recursos tecnológicos (microscopios, torres de laparoscopia, intensificador de imágenes, láser etc.) hace que el tamaño final de un quirófano haya ido en aumento no siendo raros hoy los quirófanos de 65 m². La altura debiera ser tenida en cuenta y es deseable que sea de 3,2 m. La temperatura adecuada varía entre los 18 y los 24 grados. La humedad debe rondar el 50%. La ventilación debe poder ofrecer entre 25 a 50 ciclos por hora⁷.

Cálculo de la necesidad de quirófanos

El número de quirófanos necesario puede deducirse del cálculo de la actividad prevista anualmente dividida entre el número de intervenciones que cada quirófano puede proporcionar.

Si se contempla una amplia actividad ambulatoria en una unidad independiente, los cálculos deben realizarse específicamente para ambas actividades. Se debe tener en cuenta también si se trata de un centro docente o no, ya que la residencia disminuye la productividad en un 15-20%⁷.

Rendimiento quirúrgico

Obtener los mejores rendimientos depende de la capacidad para hacer lo más amplia posible la jornada quirúrgica, lograr el máximo tiempo útil de cirugía, disponer de flexibilidad para hacer cambios y hacer una programación quirúrgica correcta. Es importante que exista una buena coordinación entre la limpieza, preparación del quirófano y el ingreso del próximo paciente, para que este tiempo no supere los 20 minutos. Un objetivo razonable de uso de quirófano sería alcanzar un tiempo útil de cirugía del 65-70%. Los menores al 60% indican mala utilización del quirófano y los que superan el 75% indican un alto nivel de exigencia y estrés en el personal.

El rendimiento del quirófano nos indica el tiempo útil del mismo, pero no nos informa de la productividad del mismo la cual es inversamente proporcional a la duración de las cirugías⁷.

Programación

El reto es lograr una programación creativa, con una parte cerrada y otra abierta, variable en función de la política y las características del centro.

Atención en consultorio

De las consultas generales de una institución más del 80% son de primer nivel, 15% de un nivel intermedio y un 5% de alta complejidad.

La idoneidad técnica de la atención se vincula con la incorporación a las prestaciones de servicios que resuelven los problemas, que se procure además satisfacer otras necesidades fundamentales, como la del entendimiento de las explicaciones, la libertad de decisión, de identidad reconociendo a la persona y sus circunstancias, de afecto y de protección. Este sinergismo es parte sustancial de la humanización de la atención de la salud.

Demanda espontánea

Una norma ética básica de los sistemas de atención, debiera ser el no rechazo. Las formas que puede asumir el rechazo por parte de la oferta del sistema, son diversas y sutiles y se vinculan con las barreras en el acceso en los diferentes momentos del complejo proceso que transcurre desde la percepción de una necesidad hasta la utilización efectiva del servicio. La demanda espontánea colabora en la atención de los pacientes que no pueden esperar a un turno programado, (cuando estos se dan con apreciables demoras), sin requerir concurrir a la urgencia.

3. CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

Los problemas ocasionados por la demanda asistencial creciente, y la necesidad imperiosa de contener los costos de la atención médica, constituyen el desafío que ha estimulado el desarrollo de programas alternativos basados en el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles. Es en este contexto que la cirugía mayor ambulatoria (CMA) ha demostrado un extraordinario impulso, así como una creciente aceptación por parte de los pacientes y profesionales intervinientes.

En los Estados Unidos ha surgido de la necesidad de contener los costos, mientras que en

Europa la motivación principal ha surgido de la existencia de largas listas de espera para la realización de los procedimientos quirúrgicos más comunes.

Se define como cirugía mayor ambulatoria, a los procedimientos quirúrgicos en los que los pacientes son egresados el mismo día de la operación, independientemente del tipo de anestesia, luego de una fase de recuperación y sin pasar la noche en la institución. Esta unidad es un lugar de trabajo donde personal de distintas categorías y especialidades afrontan el reto que supone unificar circuitos, protocolos y tratamientos, para pacientes con muy diversas patologías. El objetivo debe ser único y claro: proporcionar a los pacientes una atención sanitaria de calidad, haciéndolo con costos adecuados^{7,16}.

En 1909 Nicholl del Royal Hospital de Glasgow, reportó 8988 operaciones ambulatorias en niños, con excelentes resultados. Fullerton del Hospital de niños de Belfast destinó un quirófano exclusivamente a la cirugía ambulatoria, en 1913, el primero del que se tenga referencia. En 1961 el Hospital Butterworth de Grand Rapids desarrolló el primer programa moderno de CMA.

Entre los beneficios proporcionados por esta modalidad de asistencia encontramos:

- Atención personalizada
- Reducción del riesgo de infección hospitalaria.
- Reducción de los costos institucionales.
- Optimización de los recursos disponibles.
- Aumento de la productividad del área quirúrgica.

3.1. Tipos de unidades

A. Unidad Dependiente del Hospital

- Unidad Integrada. Necesita poca inversión al compartir estructuras comunes. Pero por esta razón suelen ocurrir retrasos y suspensiones por priorizar a los pacientes más graves.
- Unidad Autónoma. Al adecuar espacios para el programa, supone mayor inversión en infraestructura. Mantiene independencia pero puede recurrir al hospital cuando es necesario.
- Unidad Satélite. Depende administrativamente pero se halla instalada en forma independiente. Requiere una fuerte inversión.

B. Unidad Independiente del Hospital. Requiere fuerte inversión, puede disminuir costos, carece de apoyo institucional ante una complicación.

3.2. Organización

La creación de una unidad de CMA requiere una correcta planificación. Para ello es necesario:

- El análisis demográfico, y estudio de la demanda teórica de la población.
- El análisis de la capacidad productiva del hospital.
- La definición de la necesidad de recursos humanos y materiales.
- Precisión de las necesidades estructurales necesarias para la actividad.

La unidad integrada es el modelo más utilizado. Entre sus ventajas están su bajo costo, ya que permite compartir recursos con el hospital. El riesgo de posibles errores de planificación se minimiza ante la escasa demanda de recursos que implica esta unidad. Siempre se está a tiempo en caso de una clara demanda para desarrollar una unidad autónoma.

3.3. Selección de los pacientes

Es imprescindible la aceptación y el convencimiento del paciente y sus familiares de esta modalidad de trabajo. Nunca debe imponerse.

Criterios generales:

- Compañía adecuada post alta.
- Domicilio en condiciones.
- Distancia razonable al mismo.
- ASA I-II y III estables en los últimos meses.
- La población de edad puede ser considerada, siempre que su patología de base se halle bien controlada.

Criterios particulares al procedimiento:

- Tiempo quirúrgico acotado (<90 min).
- Bajo riesgo de sangrado.
- Poco dolor postoperatorio.

Los criterios de selección dependerán también del tipo de unidad en la que se actúe. Utilizándose criterios muy estrictos en las unidades independientes, donde la necesidad de internación crearía un problema y más laxos en las integradas, donde se permitiría crear un pool más grande de pacientes potenciales, ya que la eventual necesidad de internación no representaría mayor trastorno¹⁶.

Las contraindicaciones a la CMA son:

- Paciente que no tiene quien lo asista en el postoperatorio.

- Paciente que no tiene posibilidad de acceso rápido a la atención médica en el postoperatorio.
- Paciente con alguna alteración intelectual o psiquiátrica que le impida comprender las indicaciones médicas.
- Paciente que no da su consentimiento.

3.4. Recuperación del paciente

Se reconocen 3 fases sucesivas en la recuperación del paciente.

- Fase 1 o recuperación postanestésica: debe procurarse la estabilidad hemodinámica y normalización respiratoria.
- Fase 2 o recuperación postoperatoria: se debe mantener la estabilidad hemodinámica, la normalidad respiratoria, debe recuperarse la conciencia, sin signos de sangrado en la herida, sin náuseas y vómitos, dolor controlado y capacidad de deambular.
- Fase 3 o recuperación tardía: es la de readaptación psicofísica al medio.

Las 2 primeras fases se hallan bajo el cuidado de personal de enfermería; es de capital importancia el entrenamiento y la estabilidad del mismo.

En la fase 3 es necesario implementar pautas de comunicación para el seguimiento, en el que además de concurrir a la consulta con su cirujano, o de la posibilidad de acceder a la guardia, deberá disponer de un teléfono para comunicarse con enfermería ante cualquier duda, y disponer de una segura comunicación con el médico responsable del área si fuera necesario. Independientemente de la evolución del paciente es conveniente que la enfermera se comunique telefónicamente con los pacientes dentro de las 48 hs del alta.

3.5. Control de calidad en Cirugía Mayor Ambulatoria

Un indicador clínico es una medida objetiva del proceso y de los resultados de atención médica en términos cuantitativos^{7,15}. Los principales indicadores en las unidades de CMA son:

- La tasa de intervenciones suspendidas antes de la admisión.
- La tasa de intervenciones suspendidas después de la admisión.

- La proporción de consentimientos informados en relación al número de procedimientos.
- Proporción de pacientes que reciben una adecuada profilaxis antimicrobiana.
- Proporción de pacientes en cuya historia está presente el informe de alta.
- Porcentaje de sustitución; es la razón entre los pacientes efectivamente egresados en forma ambulatoria sobre todos los pacientes potenciales x 100.
- Porcentaje de ingreso temprano: razón entre el número de pacientes que requieren internación tras la intervención sin haber dejado la unidad sobre el número total de los pacientes potenciales x 100.
- Proporción de pacientes intervenidos por cirugía limpia con infección de herida.
- Tasa de reintervenciones (48 hs).
- Porcentaje de ingresos tardíos: es la razón del número de pacientes internados luego de haber dejado la unidad, sobre el número de pacientes egresados x 100.
- Proporción de recidivas. (paredes)
- Protocolo de ingreso.
- Tasa de quejas.

En su inicio los programas de CMA, generan oposición, tanto de parte de los pacientes como de los médicos, por la resistencia natural al cambio y por el temor a las complicaciones postoperatorias fuera del ámbito hospitalario¹⁶.

3.6. Cirugía Ambulatoria en el HPC. (Hospital Privado de Comunidad)

Iniciado en 1998, el proyecto de Cirugía Ambulatoria, presentó un desarrollo progresivo. Su inicio obedeció a la necesidad de paliar el déficit de camas generado por una alta ocupación por el grupo etario predominante en nuestra institución (ancianos), que en no pocas ocasiones bloqueaba toda posibilidad de internación quirúrgica programada. Se trata de una unidad integrada al hospital. Comparte los espacios generales de admisión. Si bien cuenta con quirófanos propios, no se trata de un requisito que consideremos estricto, ya que todo paciente operado es posible candidato ambulatorio, independientemente de que provenga o no de estos quirófanos. Presenta un área de recuperación propia con 9 camas, que permanece abierta 12 hs. El programa se halla a cargo de

un coordinador, y cuenta con personal de enfermería especialmente entrenado para la recuperación de este tipo de pacientes.

Selección:

Se considera candidato potencial a cirugía ambulatoria a todo paciente ingresado para cirugía programada en el día. Consideramos que de esta manera ampliamos en forma considerable el espectro de pacientes potenciales. De manera que por ejemplo, un paciente con sospecha de litiasis coledociana, es considerado candidato hasta el momento de la colangiografía intraoperatoria, ya que de descartarse la misma este paciente puede beneficiarse del programa. Creemos que esta es una ventaja que poseen las unidades integradas, ya que en el ejemplo previo, en caso de hallarse litiasis coledociana, el paciente ingresa a la sala de internación sin generarse contratiempos.

La Cirugía Ambulatoria en el HPC en números:

Presentamos como ejemplo los casos del año 2006, para todas las especialidades.

CIRUGÍA AMBULATORIA 2006

Todas las especialidades.

2630 pacientes

Asa 1: 570 pacientes

Asa 2: 1661 pacientes

Asa 3: 399 pacientes

Tipo de anestesia:

General: 894

Local: 689

Raquidea: 538

Sedación: 461

Plexo: 48

Cirugías por servicio:

Cirugía general: 552

Ginecología: 503

Oftalmología: 426

Traumatología: 366

Gastroenterología (prácticas): 237

Tratamiento del dolor (prácticas): 127

O.R.L.: 118

Flebología: 90

Vascular: 31

Broncoscopias: 26

Cirugía plástica: 23

A continuación presentamos los pacientes de cirugía mayor ambulatoria del servicio de cirugía general, por patología:

Cirugía general: 552 pacientes.

Paredes: 232

Biliar: 213

Proctología: 66

Videolap: 17

Misceláneas: 24

A fin de poder contar con la información global, agregamos los datos generales del servicio incluyendo internados por patología de urgencia, oncológica, etc.

SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

Marzo 2006 - marzo 2007

Edad promedio 63 años (11-96)

Se operaron 1383 pacientes, 912 programados y 471 urgencias.

Se reinternaron 23 pacientes.

	Programados	urgencia
Abdomen agudo:		236
Biliar: 455	299	156
Paredes: 320	282	38
Colon: 134	119	15
Proctología: 91	78	13
Tórax: 52	25	27
Cuello: 32		
Cir. gástrica: 31	21	10

La Figura 2, tiene como objeto ilustrar las cifras de internación de los pacientes a partir de la lista de cirugía programada ingresados en el día.

Si nos detenemos en el caso de cirugía general, observamos que se internaron 6 de 38 pacientes lo cual arroja una tasa de sustitución del 84%. Los exigüos números dependen de haber ejemplificado el mes de diciembre, de escaso trabajo por lo general.

Los pacientes reciben al egreso, el turno de control dentro de la semana postoperatoria. Se les entrega también el teléfono celular del jefe del área, para cualquier imprevisto y dentro de las 48 hs son contactados telefónicamente por la enfermera del área para su control.

Microsoft Excel - Servidores.xls

Archivo Editar Formato Herramientas Datos Gráficos Datos Hoja de Cálculo Ayuda

Tabla N° 15

PROGRAMA DE CIRUGÍA AMBULATORIA

INTERVENCIONES CIRURGICAS SEGUN SERVICIO, EGRESOS EN EL DIA Y PACIENTES QUE PERMANECIERON EN OTROS SECTORES DE INTERVENCIÓN - DICIEMBRE DE 2006

SERVICIO	INTERVENCIONES	EGRESOS EN EL DIA	PACIENTES QUE PERMANECIERON EN OTROS SECTORES DE INTERVENCIÓN
ANESTESIA	4	4	0
QUIRÓFANO	5	5	0
QUIRÓFANO	5	5	0
QUIRÓFANO	28	28	0
QUIRÓFANO	4	4	0
QUIRÓFANO	5	5	0
QUIRÓFANO	91	91	0
QUIRÓFANO	4	4	0
QUIRÓFANO	3	3	0
QUIRÓFANO	15	15	0
QUIRÓFANO	22	22	0
QUIRÓFANO	3	3	0
QUIRÓFANO	3	3	0
QUIRÓFANO	3	3	0
QUIRÓFANO	3	3	0
QUIRÓFANO	11	11	0
TOTAL	159	159	0

Microsoft Excel - Servidores.xls

FIGURA 2
Indicadores de cirugía ambulatoria.

Control de calidad

Se realizó una encuesta telefónica sobre 1640 egresos, para evaluar la opinión de los pacientes sobre el programa¹⁶.

Se obtuvieron los siguientes resultados:

- Presentaron náuseas o vómitos en la casa: 0,7%
- Durmieron bien: 97%
- Deambulación normal: 96%
- Alimentación normal: 98,5%
- Opinión excelente sobre el programa: 56,5%
- Opinión muy buena: 41%
- Opinión buena: 2,5%
- Opinión mala: 0%
- Se operaría nuevamente con esta modalidad: 95%
- Recomendaría el método: 99,5%

Conclusiones de nuestra experiencia:

- Se trata de una práctica segura y eficiente.
- Es necesario contar con amplio apoyo institucional.

4. GESTIÓN DE LA CALIDAD

4.1. Generalidades

Calidad podría entenderse como hacer las cosas correctas para las personas correctas y en el momento correcto¹⁴.

La gestión de calidad es el conjunto de actividades que se desarrollan para alcanzar la aptitud al uso, cualquiera que sea el lugar donde se realice (Juran).

Se lleva a cabo con tres procesos de gestión englobados en la llamada trilogía de Juran: planificación, control y mejora de la calidad.

La década de los noventa se ha definido como la década de los clientes. La meta de las empresas modernas es proporcionar al cliente lo que espera, es decir, dar calidad en el servicio. Lograr la calidad del servicio se basa en hacer las cosas bien desde el principio, no hacer más de lo necesario, el secreto está en la sencillez, no está en la perfección, sino en la excelencia, analizar los errores pasados y aprender, medir la calidad actual y corregir.

Cuando se pone en marcha la gestión de la calidad, el principal obstáculo está dentro de la propia institución y de las propias personas.

La calidad total es el conjunto de principios, de métodos organizados, de estrategia global, dirigidos a movilizar a toda la organización a fin de obtener la mayor satisfacción del cliente al menor costo posible¹⁷.

4.2. La filosofía de la calidad total

Deming, uno de los artífices del milagro japonés, logró en Japón lo que no pudo en los Estados Unidos.

Los principios de Deming son:

- a. Ser constante en el propósito de mejorar el producto y el servicio.
- b. Adoptar la nueva filosofía para una nueva era económica.
- c. Dejar de depender de la inspección para lograr la calidad.
- d. Acabar con la práctica de hacer las compras basadas sólo en el precio. Minimizar los costes totales de los proveedores trabajando con menos proveedores.
- e. Mejorar continuamente el sistema de producción y servicio.
- f. Reestructurar la formación.
- g. Adaptar e implantar el liderazgo y mejorar la supervisión.
- h. Aumentar el grado de participación.
- i. Derribar las barreras entre las unidades y dentro de la unidad.
- j. No exigir aumento de productividad.
- k. Prescindir de los estándares de trabajo para los trabajadores y de las cuotas para la dirección.
- l. Eliminar los obstáculos que impidan a las personas sentirse orgullosas de su trabajo.
- m. Implantar un programa de formación y auto-mejora para todos.
- n. Actuar para conseguir la transformación de la gestión.

Las acciones que suponen un cambio en la cultura de la organización, generan una gran resistencia basada en las siguientes razones:

1. La conformidad con las leyes vigentes.
2. La coherencia general y cultural.
3. La falta de comprensión y confianza.
4. La defensa de los intereses personales.

5. El rechazo a lo extraño.
6. Los diferentes modos de valorar el cambio.
7. La escasa tolerancia a las variaciones.

La calidad en sanidad es el producto de 2 factores. La ciencia y la tecnología de la salud por un lado y por el otro la aplicación de las mismas. El producto se caracteriza por varios atributos: eficacia, efectividad, eficiencia, optimización, aceptabilidad, legitimidad y equidad³.

Eficacia: es la capacidad de la ciencia y la tecnología de producir mejoras en la salud usada en las circunstancias más favorables.

Efectividad: es el grado del mejoramiento en la atención de salud, que efectivamente se logra.

Eficiencia: es la capacidad de disminuir el costo de la salud sin disminuir la calidad de la misma.

Hay 3 maneras de hacer más eficiente un sistema de salud:

- a. La primera es que los médicos no prescriban o indiquen prácticas riesgosas, inútiles o subóptimas (eficiencia clínica)
- b. La segunda consiste en implementar procesos que no impliquen mal uso de recursos o personal (gestión eficiente)
- c. La tercera consiste en balancear la distribución de recursos de la manera adecuada según las diferentes poblaciones (eficiencia distributiva)

Optimización: es el balance entre las mejoras logradas en salud y los costos de tales mejoras.

Aceptabilidad: es la conformidad con los deseos y expectativas de los pacientes y familiares.

Legitimidad: conformidad con las preferencias sociales expresadas en principios éticos, valores, normas, leyes y regulaciones.

Equidad: es la conformidad con el principio que determina qué es justo y equitativo en la distribución de los cuidados de salud y sus beneficios entre los miembros de la población³.

Los pasos clave hacia la calidad se centran en realizar los procesos bien desde la primera vez. Para ello es esencial:

- Establecer un excelente control interno.
- Aprender de la experiencia y difundir ese aprendizaje.
- Definir detalladamente y fijar por escrito los requisitos o normas por cumplir.
- Obtener de todas las personas que las actividades y procedimientos se realicen cumpliendo

los requisitos establecidos en los protocolos o estándares.

- Cambiar el comportamiento de las personas, centrándolos en la responsabilidad individual y el autocontrol.

4.3. Calidad asistencial

Buena calidad asistencial es aquella en la que las actuaciones profesionales y la atención al enfermo se desarrollan conforme a los más precisos y vigentes conocimientos científicos, con una correcta aplicación práctica y con un trato personal considerado. La calidad asistencial debe estar orientada a satisfacer las necesidades de mejora de la salud de los pacientes, lo cual resulta de la actuación de 2 componentes:

- Calidad intrínseca o científico-técnica. Es la capacidad de resolver el problema de salud motivo de la atención, mediante la aplicación de los conocimientos científicos y la tecnología. Constituye la dimensión más valorada por los profesionales.
- Calidad extrínseca o percibida. Resulta de la satisfacción del usuario respecto al servicio recibido. Compuesta por el trato, la información, las condiciones ambientales, instalaciones y hotelería. Suele ser la dimensión más valorada por el paciente.

4.4. Formación de equipos en control de calidad

La formación de equipos genera mayor aporte de conocimientos e información, proporciona diferentes puntos de vista, facilita la aceptación de las propuestas y mejora la comprensión de las decisiones. Entre las distintas posibilidades para la conformación de un equipo se hallan más difundidas:

- El Comité de mejora de la calidad. Estudia y evalúa los diferentes aspectos de la atención susceptibles de mejoras.
- Círculos de calidad. Miembros del servicio que participan voluntariamente en la mejora continua.
- Task force. Grupo de profesionales que analizan y desarrollan un proyecto concreto.
- Equipo de mejora. Grupo de profesionales que abordan la mejora de un ámbito asistencial.

4.5. Actividades de monitoreo

Pueden surgir en 2 condiciones. Como respuesta ante los problemas o como actividad planeada de antemano.

En la solución de problemas hay que lidiar con el tacto necesario para que los mismos sean declarados y no ocultados, y con el facilismo de hallar culpables en vez de mecanismos de error proclives a ser mejorados.

Como actividades planeadas, contamos con la conformación de círculos de calidad o controles de rutina. Los controles de rutina pueden desarrollarse a través de encuestas debidamente encuadradas. También pueden realizarse a través de monitoreo clínico, es decir auditando casos individuales para evaluar el desempeño. Pueden además, investigarse los datos significativos en el manejo de una patología o población detectando desvíos o variaciones que llamen nuestra atención. Este podría llamarse monitoreo epidemiológico.

Es útil también recurrir a marcadores de calidad que nos pueden mostrar el patrón de un espectro más amplio de actividades afines.

Selección de prioridades para monitorear.

Es conveniente seleccionar problemas que cumplan una serie de características:

- a. Problema frecuente.
- b. La falla es frecuente.
- c. Cuando ocurre tiene serias consecuencias y costos.
- d. La corrección debe ser factible.

Para la evaluación de la calidad han sido sugeridas por Donabedian¹⁶ 3 instancias a monitorear.

1. Estructura: comprende los recursos materiales, humanos y organizacionales.
2. Procesos: comprenden las actividades de prestación de salud (diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, prevención, educación).
3. Resultados: comprende los cambios obtenidos en los individuos y la población resultantes de la atención médica.

4.6. Mecanismos habituales de control

- Auditoría de la historia clínica.

La auditoría de la historia clínica nos brinda valiosas herramientas para conocer la calidad de

los servicios médico-asistenciales, planificar, organizar y gestionar estrategias para su mejoramiento, documentar las condiciones en que se desarrolla el trabajo profesional, fortalecer el soporte jurídico legal y estandarizar los datos epidemiológicos allí consignados. Debe realizarse con patrones preestablecidos, con criterios objetivos.

- Reunión de Morbimortalidad.
- Ateneos de servicio.
- Revisiones de casuística.

4.7. Informe de calidad

El servicio debe generar un informe con aquellos datos considerados relevantes en la evaluación de la calidad dispensada. Algunos de los puntos reconocidos como parámetros útiles son:

- Reinternaciones dentro de los 30 días.
- Estadía preoperatoria media en cirugía programada.
- Infecciones quirúrgicas.
- Tasa de infecciones por organismos multirresistentes.
- Mortalidad.
- Reinternaciones dentro de las 72 hs.
- Tasa de intervenciones suspendidas.
- Tasa de caídas en pacientes hospitalizados.
- Porcentaje de úlceras de decúbito.
- Tasa de quejas.

4.8. Acreditación y control de calidad⁵

Modelo EFQM

Es el modelo de la European Foundation for Quality Management. Esta agencia promueve la autoevaluación, para demostrar que son competitivas y de excelencia con respecto a otras. El modelo evalúa las funciones de satisfacción del paciente, resultados, procesos, capacidad directiva de los gestores, gestión de personal, utilización de recursos, satisfacción de los profesionales, políticas y estrategias seguidas y su impacto en la sociedad. El modelo integra y hace operativo los componentes esenciales de una organización.

Modelo JCAHO

De la Joint Commission on Accreditation of Health Organizations.

Es un modelo de autorregulación por parte de los hospitales americanos.

Normas ISO 9001 y sistema de gestión

El objetivo principal de un sistema de gestión de la calidad basado en las normas ISO, es el de asegurar que los requisitos del usuario se cumplan de manera consistente por medio de la prevención de problemas en todas las etapas operativas. Esta norma establece los requisitos mínimos con los que debe contar el sistema de gestión de calidad. Este proceso para lograr una certificación del sistema, debe demostrar que cumple con los requisitos para satisfacer a sus usuarios a través de registros que demuestren el desempeño y el mejoramiento continuo. Las normas hacen énfasis en la satisfacción del usuario, y esto es importante porque la insatisfacción del mismo significa pérdida de ventas actual o potencial. El eje central del sistema es el mejoramiento continuo, ya que de no realizarse mejoras se puede perder terreno frente a la competencia. Esto significa realizar acercamientos con sus usuarios y hacer el seguimiento de la satisfacción o no del mismo. Los requisitos de esta norma son generales, aplicables a toda organización.

Modelo PDSA

Conlleva un ciclo de revisión y planificación de mejoras (planifica), Implantación de pequeños cambios (haz,do), control del cambio a través de las mediciones acordadas (estudia, study), e implantación de cambios posteriores a raíz de los resultados iniciales (actúa). El objetivo es animar al cambio constante, a la reflexión y a la mejora demostrable. Reconoce la naturaleza dinámica de la mejora de la calidad y cómo aprendemos de la experiencia y la retroalimentación.

Modelo RAID

Se basa en el ciclo de calidad propuesto por Deming para las empresas. Comprende un ciclo de revisión, acuerdo, implante y demostración. Su objetivo es desafiar los planteos y prácticas tradicionales y ayudar a definir caminos nuevos e innovadores para la prestación de la mejor asistencia a los pacientes.

Benchmarking

Es un método mediante el cual se analizan y comparan los procesos de una organización, respecto de organizaciones líderes, a fin de conocer el posicionamiento de la misma. Permite definir la situación y planear el mejoramiento de la misma.

6 Sigma

Es una metodología de mejoramiento empresarial, desarrollada por Bill Smith de Motorola en 1986, para mejorar sistemáticamente los procesos eliminando defectos.

El proceso fue pensado para la medición de defectos y mejora de la calidad, reduciendo los niveles de defectos a 3,4 por millón de oportunidades. Es decir llegar al punto de control de seis desvíos estándar (sigma) del promedio, en más o en menos. Actualmente se ha desarrollado más allá del control de defectos y se usa para obtener información detallada de los clientes, empleados etc., y luego usar esta información para mejorar los procesos y diseños de producto.

4.9. Gestión clínica

El término gestión clínica, originalmente difundido como Clinical Governance por el National Institute of Health (NIH), responde a la necesidad de nuevas formas de gestionar la asistencia médica, incorporando los conceptos de calidad del servicio y su mejora continua, la responsabilidad, la eficacia de la práctica médica, el manejo de la información (medicina basada en la evidencia), el conocimiento y el aprendizaje, la cultura, y el cumplimiento de estándares^{7,17}.

Puede entenderse a la gestión clínica como el conjunto de herramientas y de técnicas de campos de la gestión, epidemiológicos, organizativos, tecnológicos, económicos y de calidad dirigidas a conseguir la optimización de los servicios asistenciales.

El interés por la eficiencia es consecuencia de la necesidad imperiosa de gestionar recursos finitos. Todo, para todos los pacientes, inmediatamente, es una entelequia. Las instituciones deben adaptarse a los recursos existentes y establecer prioridades, compatibilizando los recursos con los objetivos planeados. Este interés por la eficiencia se ha atribuido al desencuentro entre médicos y

administradores. Los profesionales, motivados por el cuidado de los pacientes, tienen la percepción de que los gerentes tienen objetivos diferentes.

Los profesionales de la salud tienen características propias:

- Aplican procedimientos a su manera, que dada su complejidad, poco puede ser influido por otras instancias institucionales.
- A través de sus decisiones inciden en la mayor parte del gasto del hospital.
- Contacta directamente con el paciente.
- Dispone de una elevada autonomía.
- Es el promotor de cambios tecnológicos, que difícilmente serán influidos por los administradores.

Este conjunto de características no hacen sino describir la situación de autonomía que presentan los profesionales. Es por ello que la institución no se puede permitir que los mismos se encuentren alejados de la gestión en su núcleo operativo.

Para implantar la gestión clínica es necesario transferir poder y responsabilidad a los profesionales, que son los que toman la mayor parte de las decisiones sobre la atención del paciente y de los costos que ello genera^{7,17}.

5. EFECTOS ADVERSOS EN CIRUGÍA

"El propósito de la ciencia no es abrir la puerta a la sabiduría infinita, sino poner un límite al error infinito".

Bertolt Brecht

Un efecto adverso es cualquier daño no intencional causado por un acto médico, más que por el proceso patológico en sí.

Tanto en el Reino Unido como en los Estados Unidos, los efectos adversos a medicamentos representan la tercera causa de muerte, luego del cáncer y la patología cardiovascular. En el Reino Unido los accidentes de tránsito producen 3500 muertes al año, mientras que las reacciones adversas a medicamentos producen 40.000.

La expresión "no puede hacer ningún daño" nunca es verdad en los tratamientos quirúrgicos ya que toda operación conlleva por sí misma riesgos inevitables. Teniendo esto en mente se espera de los cirujanos que seamos muy rigurosos a la hora de evaluar los riesgos y beneficios de nuestros tratamientos.

Aspectos relevantes de los efectos adversos:

- Tienen elevada incidencia (3,7 al 21,9%)
- Revelan deficiencias en la atención sanitaria.
- Generan impacto físico y psicológico en el paciente.
- Comprometen la seguridad del paciente.
- Producen una gran repercusión económica.
- Es indicador de calidad de atención sanitaria.

Si bien esta problemática es antigua como la medicina, es a partir del informe del Institute of Medicine, "To Err is Human"¹⁹, que se ha corporizado en su real dimensión, y han comenzado a surgir diferentes propuestas en diversos países.

El informe destaca la importancia de recordar que los problemas de seguridad se producen por múltiples causas, y se debe evitar una lectura simplista en la que únicamente el fallo humano sea la principal explicación, y por consiguiente, la búsqueda de responsables entre los profesionales sea la reacción más frecuente.

Se propone en consecuencia un enfoque sistémico, recordando que la aparición de problemas depende en gran medida, de múltiples factores contribuyentes relacionados con el sistema. Es frecuente hallar entre las causas, problemas de comunicación, ergonomía, fatiga, dotación de personal, supervisión o formación inadecuada.

Este enfoque explica que los incidentes y los accidentes son precedidos por algún tipo de acción insegura, en la que alguien comete un error. Para entender como ocurrió, es necesario examinar las condiciones latentes del sistema que han permitido la aparición de la acción insegura.

Vincent²⁰ destaca la existencia de **factores contribuyentes**. Entre estos podemos citar:

- **Factores humanos:** relación profesionales/pacientes, turnos, fatiga, capacitación.
- **Factores del proceso:** análisis de los pasos realizados.
- **Equipamiento:** mantenimiento reactivo y proactivo, obsolescencia.
- **Factores ambientales:** ruido, espacio, mobiliario.
- **Gestión de la información:** comunicación intra y extraequipo.
- **Cultura de la organización:** con respecto a la seguridad.
- **Supervisión adecuada.**

Gestionar la seguridad de los pacientes requiere tener en cuenta **3 objetivos complementarios:**

- Identificar y analizar los eventos adversos.
- Prevenirlos.
- Reducir sus efectos deletéreos.

Los eventos adversos pueden categorizarse de la siguiente manera:

- **Evento adverso grave.** Muerte o pérdida de función.
- **Evento adverso leve.** Fiebre o prolongación de la internación.
- **Incidente.** Acción u omisión que podría haber dañado al paciente pero no lo hizo²¹.

Se ha sugerido una relación entre los mismos de 1/10/600. Es decir que por cada evento grave hay 10 leves y 600 incidentes. Estos resultados se basaron en la revisión de 1,5 millones de incidentes y han llevado a describir a la situación como un iceberg²¹. Los eventos adversos graves se encuentran en la punta del iceberg y los incidentes en la base, de manera que el aprendizaje que se desprende de su análisis es útil para todos los casos. Según Barbara Starfield en los Estados Unidos se producen 1.200 muertes al año por cirugías innecesarias, 7.000 muertes por errores de medicación, 20.000 por otros errores, 80.000 por infección nosocomial, y 106.000 por efectos adversos de medicación⁶.

Las organizaciones de salud deben involucrarse en la construcción de una asistencia segura. Para ello deben plantearse 6 objetivos (Institute of Medicine), que propenden a que la atención de la salud debe ser:

- **Segura:** debe evitarse a toda persona que ingrese al sistema, todo daño generado por fallas o errores, propios del mismo sistema de salud.
- **Efectiva:** los servicios ofrecidos deben apoyarse en bases científicamente sólidas y ofrecerse sólo a aquellos que podrán beneficiarse de los mismos.
- **Centrada en el paciente:** con actitudes respetuosas y responsables. Considerando los valores, necesidades y preferencias de los pacientes.
- **Oportuna:** reduciendo demoras y esperas que puedan ocasionar daño.
- **Eficiente:** optando por la utilización responsable de los recursos.
- **Equitativa:** que la calidad de la atención recibida no dependa de factores que no sean estrictamente médicos.

tamente médicos, independientemente de factores económicos, sociales, de raza, etc.

Para la consecución de estos objetivos se han planteado desde el Institute of Medicine, 10 reglas:

- El acceso a la consulta de salud debería contar con otras alternativas a la habitual consulta médica, tales como el acceso telefónico, o por internet.
- Se debería incluir dentro de las respuestas del sistema aquellas adecuadas a preferencias y necesidades individuales.
- El paciente debe poder acceder a toda la información necesaria, para poder actuar también como control del sistema.
- La comunicación médico-paciente debe ser bidireccional y fluir libremente.
- Las decisiones médicas deben estar basadas en evidencias científicas, para reducir al máximo la variabilidad entre profesionales e instituciones.
- La seguridad de los pacientes debe constituirse en un sistema en sí mismo dentro del sistema de salud.
- La información en general debe ser transparente para la correcta toma de decisiones.
- Los sistemas de salud deben anticiparse a las necesidades de los pacientes y de la población.
- La evaluación de las pérdidas en tiempo y recursos deben incluir los propios del paciente.
- La cooperación entre los profesionales y los sistemas deben incluir el intercambio de datos e informaciones útiles no sólo sobre el paciente sino para mejorar el sistema.

El informe del IOM, estableció que los sistemas de registro y notificación de eventos adversos constituyen una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su repetición²⁰.

El desarrollo de un sistema de notificación de eventos adversos requiere que nos hagamos los siguientes planteos:

- ¿Cuál es el objetivo y el uso que pretendemos dar al sistema?
- ¿Cómo deben ser definidos los eventos que se documenten?
- ¿Qué datos específicos deberán ser registrados?
- ¿Qué facilidades serán necesarias a efectos del registro?
- ¿Qué debe ser confidencial y qué debe ser revelado?

- ¿Qué datos deben ser analizados y utilizados?
- ¿Qué tipo de retroalimentación será necesaria?
- ¿Qué tipo de sanciones o estímulos promoverán la notificación?

5.1. Sistemas actuales de registro y notificación de efectos adversos²²

A. En Estados Unidos

- Sentinel event reporting program. Realizado por la Joint Commission on accreditation of Healthcare Organisations. (JACHO). En 1996 estableció un sistema para registrar eventos adversos con resultado de muerte o pérdida de función. (Eventos Centinela) Es un sistema voluntario y confidencial. La difusión de los resultados se realiza a través de los boletines de la JACHO, llamados "Sentinel Event Alert". Los objetivos del programa son facilitar la identificación y el aprendizaje entre las entidades sanitarias de eventos centinela y sus estrategias de prevención. Los eventos que encabezan la lista son: suicidio, cirugía del lugar equivocado, complicaciones perioperatorias y los errores de medicación.
- Medication Error Reporting Program (MER). Desarrollado por el Institute for Safe Medication Practice (ISMP) en 1975, actualmente administrado por la US Pharmacopeia. La información se comparte con la FDA y el fabricante. Es un sistema voluntario y confidencial.
- MedMARx. Es un sistema voluntario y anónimo, creado en 1998. Sólo permite la notificación de los hospitales inscriptos. Están registrados 500 de 6200 hospitales. Recoge información relacionada con errores de medicación. El objetivo es identificar riesgos y puntos débiles del sistema, promover buenas prácticas, y reunir información que soportaría las actividades estándares de la USP.
- MedWatch. Ha sido puesto en marcha por la FDA, para la notificación de efectos adversos de fármacos. Es voluntario para consumidores y profesionales, y obligatorio para laboratorios y distribuidores. Sus objetivos son: clarificar qué se debe documentar por la FDA y qué no, incrementar la conciencia de documentar las reacciones graves causadas por fármacos y dispositivos médicos, facilitar la notificación, proporcionar a la comunidad sanitaria una retroa-

alimentación de forma regular sobre los temas de seguridad.

- Department of Veterans Affairs. Es una organización líder en iniciativas para mejorar la seguridad de los pacientes. Dentro del departamento existen varios programas:
- Patient Safety Information System.
- Patient Safety Reporting System (PSRS) en conjunto con la NASA.
- National Surgical Quality Improvement Program (NSQIP)
- National Nosocomial Infection Survey (NNIS). Es dependiente del CDC. Es un programa pionero y referencial de registro y notificación de infecciones adquiridas en el hospital. Es voluntario y confidencial.
- Vaccine Adverse Event Reporting System (VAERS) Se dedica al registro y notificación de reacciones adversas a vacunas. Es controlado por el CDC y la FDA.
- Sistemas de Notificación y Registro Federales: existen sistemas propios de notificación en 25 estados de la Unión.

B. Australia

- Australian Incident Monitoring System (AIMS). Se fundó en 1993 como extensión de la AIMS de Anestesia creada en 1987. Es su objetivo reducir los eventos adversos y los costos asociados a los mismos. Es voluntario y confidencial.

C. Inglaterra

- National Patient Safety Agency (NPSA) Ha diseñado un sistema de registro denominado National Reporting and Learning System en el 2004. Fue desarrollado con el propósito de promover una cultura de notificación abierta y de aprendizaje de los eventos adversos. El sistema es anónimo y confidencial.

Existen programas de notificación en España, Dinamarca, Suiza, Suecia, Holanda.

En nuestro país la Academia Nacional de Medicina, ha iniciado un camino en este sentido, se ha creado un Comité de Error y Calidad en Medicina que en conjunto con el Centro de Investigaciones Epidemiológicas, están trabajando en la problemática^{21,22}.

5.2 Responsabilidad Legal

La cuestión del error médico y de su envergadura, obliga a mencionar algunos conceptos sobre la responsabilidad profesional. En estos tiempos, pocos médicos escapan a reclamos y litigios. La población está aumentando las demandas sobre la asistencia que recibe, y es difícil imaginar que las expectativas del paciente hagan otra cosa que crecer²³.

Los pacientes suelen reclamar por 3 razones principales, quieren:

- Que se conozca su punto de vista y ser escuchados.
- Una explicación y una disculpa.
- Que la situación que vivieron no le ocurra a otros.

La mala comunicación es la causa más habitual de reclamos, mientras que la mala documentación es el problema más común en caso de litigio.

La información médica adecuada al paciente es la base de la buena comunicación.

El paciente debe ser informado de su dolencia, del motivo de la práctica médica, de los beneficios esperables y de sus posibles complicaciones.

Esta doctrina que involucra la comunicación entre médico y paciente, en pro de la realización de una práctica, es la del "consentimiento informado". Se basa en algunos principios básicos:

- Principio de autonomía. Reconoce a las personas adultas y competentes, el derecho a tomar las decisiones y a autogestionar todo lo referente a su cuerpo.
- Principio de beneficencia. Parte de la base que lo mejor para cada uno, es lo que cada uno considera mejor para sí. Puede no coincidir con lo que el médico considera bueno para su paciente, porque esta médicamente indicado.
- Principio de no maleficencia. Responde a la idea que lo primero es no hacer daño.
- Principio de justicia. Entendido como dar a cada cual lo que es suyo. Se incluye como justo la no discriminación por motivo alguno. Y respetar la escala de valores de cada individuo.

El consentimiento informado debe contener información completa y comprensible y ser dado en forma verbal y escrita. Debe entregarse al paciente antes de la práctica, debe explicar motivo, urgencia, gravedad, riesgos, y alternativas diagnósticas o terapéuticas.

6. FORMACIÓN CONTINUA

El único capital irremplazable de una organización es el conocimiento y la capacidad de su gente. La productividad de ese capital depende del grado de eficacia con que esas personas comparten su competencia con quienes pueden utilizarla. El conocimiento crece cuando se comparte. Debemos cambiar la mentalidad de que el conocimiento hay que guardarlo para garantizar un status, posición o prestigio.

Los días en que el conocimiento médico se asentaba en estanterías polvorientas, en una biblioteca alejada de la sala de internación y del consultorio, están terminando. Con las redes de información, intranet y publicaciones electrónicas, la evidencia para la toma de decisiones deberá estar en la sala de internación y en los consultorios, proporcionando un acceso rápido a las bases de datos, de forma que la información esté disponible en tiempo y forma para la toma de decisiones.

Las herramientas informáticas, han permitido un desarrollo impensable de la investigación, que ha llevado a la multiplicación exponencial de la producción científica. Esta multiplicación de la literatura, por otro lado ha llevado a desarrollar metodologías para la evaluación crítica de los trabajos, basándose en la epidemiología y la estadística, que se han convertido en instrumentos imprescindibles para todo médico.

6.1. Cirugía basada en la evidencia

La medicina basada en la evidencia es la integración de las mejores evidencias de la investigación, con la experiencia clínica y los valores del paciente²³⁻²⁵.

- Las mejores evidencias de la Investigación, hacen referencia a aquella literatura realizada con la metodología más rigurosa existente, que sirve para la toma de una decisión ponderada.
- La experiencia clínica se refiere a aquellas capacidades obtenidas a través de los años, que nos permiten en un proceso abreviado, poder enfrentar una patología previamente conocida.
- Por valores del paciente, se entiende que su esquema de valores, debe respetarse a la hora de la toma de decisiones.

La línea de la medicina basada en la evidencia toma cuerpo en 1992 cuando el grupo dirigido por

Gordon Guyatt, en la McMaster University en Canadá creó la denominación.

La **rapidez de la difusión** de la MBE, se debe a 4 circunstancias:

- La necesidad de información válida sobre diagnóstico, pronóstico, terapéutica y prevención.
- La inadecuación de las fuentes habituales de conocimiento, textos con información antigua, opiniones de expertos frecuentemente erróneas, e información demasiado voluminosa o variable, como para ser de utilidad en la práctica diaria.
- La disparidad entre nuestras habilidades diagnósticas y el juicio clínico que aumenta con la experiencia y la actualización de nuestros conocimientos y nuestro desempeño clínico que van disminuyendo.
- La imposibilidad de disponer de tiempo más allá de algunos minutos para cada paciente y la de disponer de más de media hora semanal para la lectura.

La MBE se apoya en algunos avances que nos permiten modificar esta situación:

- El desarrollo de estrategias para buscar y obtener evidencias de forma eficaz.
- El desarrollo de revisiones sistemáticas de los efectos de la asistencia médica.
- La creación de revistas basadas en la evidencia.
- La creación de bases de datos que permiten obtener información en forma asombrosamente rápida.
- La identificación y aplicación de estrategias eficaces para el aprendizaje continuo.

El ejercicio de la MBE se sustenta en el cumplimiento de 5 etapas:

- Convertir la necesidad de información en una pregunta con respuesta.
- Buscar las mejores evidencias para contestar a esta pregunta.
- Evaluar críticamente la validez de la evidencia, su impacto y aplicabilidad.
- Integrar el aporte de esta evaluación con nuestra experiencia y el caso en particular.
- Evaluar nuestra efectividad y eficacia para desarrollar los pasos previos buscando aumentar nuestra capacidad para la próxima vez.

Dada la publicación de millares de artículos en forma permanente, debemos ser muy selectivos en

la lectura. Resulta tranquilizador saber que solo el 5% de la literatura disponible es científicamente sólida. Para ayudarnos en la selección de los artículos clave, se han desarrollado una serie de criterios para establecer la categorización de las publicaciones. Debemos tener en cuenta que la cirugía presenta dificultades prácticas para el cumplimiento de una metodología estricta, planteadas entre otras cosas, por los tiempos en las urgencias, por la dificultad en desarrollar trabajos doble ciego, por la visibilidad de las cicatrices, etc. Por otro lado debemos tener presente que no es fácil traspasar resultados de países y poblaciones distintas, sin dejar de mencionar la dificultad que se presenta también por la heterogeneidad entre los centros.

Si bien los criterios varían con el objetivo de los trabajos, ya sea para estudios diagnósticos, pronósticos, terapéuticos o de análisis económico. Un resumen fácil de recordar de la categorización de los trabajos dirigidos a tratamiento se presenta en la tabla 2.

La MBE se apoya en sólidos conocimientos de epidemiología y estadística, que si bien son arduos de aprender, consideramos que bien vale la pena el esfuerzo, y aconsejamos fuertemente a los jóvenes cirujanos a no dejarse impresionar por la jerga, y no dejar pasar la ocasión de adentrarse en los mismos. En la bibliografía podrán encontrar material para profundizar este conocimiento²³⁻³⁰.

6.2. Educación Continua

Según la OMS la formación continuada se define como "el proceso que tiene como finalidad ayudar a los profesionales a adaptarse y tomar parte activa en los cambios que deban producirse en los sistemas, en la medida que estos influyen sobre

su evolución personal, económica y sobre su práctica continuada".

Así pues los profesionales tienen un papel activo en la definición de sus necesidades formativas, no sólo para desarrollar correctamente su actividad profesional diaria, sino también para anticiparse y poder hacer frente a las demandas futuras, generadas por la evolución del sistema sanitario. Al mismo tiempo las organizaciones sanitarias definen también las necesidades de conocimientos y las habilidades que deben adquirir los profesionales, para hacer frente a las demandas del entorno sanitario, entendiendo que la formación continuada es una herramienta fundamental que puede permitir al profesional sanitario actuar en términos de eficacia, efectividad y eficiencia. Es en este contexto que adquiere una especial relevancia la actividad de planificación de la formación, desde la perspectiva de mantenimiento de los objetivos institucionales y las estrategias organizativas. Todo sistema de planificación debe tener un criterio de coherencia interna, cuando existe una relación satisfactoria entre objetivos y recursos, y debe tener un criterio de efectividad pragmática cuando su éxito gravita sobre la resolución de problemas relevantes³.

Planificar la formación implica seguir un planeamiento sistemático que responda a las siguientes preguntas:

- **Para qué formar?** Diseñar los objetivos concretos de la actividad formativa, ligados a los objetivos de la institución y a las necesidades a cubrir.
- **En qué formar?** Determinar el contenido del programa de formación.
- **Cómo formar?** Establecer la metodología a emplear.
- **A quién formar?** Definir los destinatarios de la actividad de formación.
- **Quién formará?** Elección del equipo docente o de la manera de acceder al programa de formación si es externo.
- **Con qué formar?** Necesidad de recursos didácticos.
- **Dónde formar?** Espacios institucionales si obedece a un programa interno o eventual lugar de elección si es externo.
- **Cuándo formar?** Establecer un programa temporal de formación.
- **Cómo evaluar?** Realizar el diseño para la evaluación de resultados.

TABLA 2
Niveles de evidencia

Recomendación: grado	Evidencia: nivel	Tipo de trabajo
A	1	Metaanálisis
B	2	Aleatorio, prospectivo, doble ciego.
C	3	Caso-control, serie de casos. Cohortes.
D	4	Opinión de experto.

Fuente externa

La organización se nutre de un mercado abierto.

Las ventajas son:

- Enriquecer a la organización con conocimientos y experiencias nuevas.
 - Renovar los recursos humanos.
 - Aprovechar a profesionales cuya preparación y formación ha sido solventada ya sea por recursos propios del profesional o de otra organización.
- Las desventajas son:
- El proceso es más lento.
 - Es más costoso.
 - Los profesionales son desconocidos y su trayectoria es difícil de verificar.
 - Se puede desmotivar a los aspirantes internos.
 - Requiere inversión en recepción y formación.

7.3. Comportamiento en el Servicio

El comportamiento en el servicio debe estar signado por:

- La consustanciación con la misión, la visión y los valores de la organización y con las actividades que corresponden al grupo.
- El sentido de pertenencia que se traduce en orgullo, motivación interna e integridad.
- El respeto como marco de relación.
- Se debe mirar a la diversidad como una ventaja para aumentar la capacidad de trabajo en equipo y una ventaja competitiva.
- Se debe concentrar preparación, competencia, sentido de trabajo en equipo y carácter.

7.4. Recursos Humanos en salud

Cuando se estudian los aspectos primordiales de las teorías de la administración, entre los principios de Henri Fayol están el de pagar a cada uno según la tarea que realiza y el de tratar igual lo que es igual y diferente lo que es diferente.

Es útil saber que todo el proceso de reclutamiento, selección e introducción tiene costos importantes. Vale decir, que despedir a un trabajador que está aún en el período de ganar experiencia, aunque pueda ser muy adecuado en algunas situaciones con la finalidad de evitar otros problemas, revela distorsiones en el proceso de selección y es caro.

En el momento en que a un trabajador le parece que le ofrece a la organización más de lo que de ella recibe, o se retira, o dejará de estar interesado en permanecer en la misma.

Características de los recursos humanos en salud:

- Hay dificultad para definir las salidas y los productos.
- Hay una cantidad de tareas de carácter urgente o impostergable.
- Gravedad de los errores.
- Mayor lealtad a la corporación profesional que a la organización.
- Interdependencia de las actividades.
- Actividades altamente especializadas.
- Poco control jerárquico sobre uno de los grupos generadores de trabajo, de gastos y de rendimientos (médicos).
- Papel fundamental del cliente en el proceso de trabajo.

Es importante darse cuenta, que sin los recursos humanos ninguna organización, será capaz de mejorar la prestación de servicios. Ninguna máquina atenderá bien a una persona. Esto no es ni un punto fuerte ni un punto débil, ni una oportunidad ni una restricción. Esto es lo que se puede llamar un dato de la realidad.

7.5. Manejo de los conflictos

Ser humanos implica tener conflictos. Es imposible evitar los conflictos en la familia, el trabajo, en las organizaciones y en la vida en general. Tenemos conflictos porque somos humanos y no podemos escapar de nuestras necesidades, miedos, egoísmos y enfados. Es imposible elegir si tener o no conflictos, sólo podemos elegir cómo responder a ellos³¹.

Es común considerar a los conflictos como problemas a resolver. En la caracterización del conflicto figuran como condiciones antecedentes la existencia de: grupos diferentes, interdependencia de tareas y recursos compartidos.

Se llama administrar conflictos a identificarlos, descubrir cómo las condiciones antecedentes se combinaron para llegar al comportamiento en la situación específica, e intentar interferir en su pro-

ceso para que los involucrados no se consideren perdedores en lo posible y para que su dinámica interfiera lo menos posible en el curso de la organización.

Son los aspectos negativos de los conflictos los que llevan a valorar la capacidad para solucionarlos.

La resolución de conflictos requiere en ocasiones de una negociación adecuada.

A continuación enumeramos algunos de los puntos a tener en cuenta en el momento de negociar:

- No trate de obtener grandes ganancias.
- Piense y analice los costos ocultos de la negociación.
- Muestre ecuanimidad, balance y justicia.
- Analice a los integrantes de la negociación: los analíticos, los lógicos, los que gozan de mayor credibilidad y sean verdaderos líderes.
- Prepare con anticipación todas las posibles inquietudes y tenga las respuestas.
- Analice todos los antecedentes.
- Haga énfasis en la estabilidad de las personas y de la institución, tanto en el mediano como en el largo plazo.
- Analice y tenga alternativas para presentar en la negociación.
- Busque obtener muchas ideas sobre alternativas de solución al conflicto y sobre aquellos aspectos necesarios para evitar su repetición.
- Tenga en cuenta no solamente las necesidades sino también las expectativas.
- Establezca sus expectativas de máxima y de mínima.
- Analice las limitaciones legales, estatutarias u organizacionales, para no llevarse sorpresas.

7.5.1. Respuestas frente al conflicto

- **1ª respuesta NEGARLOS:** Hay quienes encuentran al conflicto tan amenazador que prefieren hacer de cuenta que no existe.
- **2ª respuesta EVITARLOS:** Hay quienes son conscientes de la existencia del conflicto, pero no obstante hacen lo posible para no afrontarlos.
- **3ª respuesta RENDIRSE:** Muchos deciden capitular al encontrar que sus deseos están en conflicto con los de los otros. La rendición genera un flujo de resentimiento contra el otro.
- **4ª respuesta AVASALLAR:** Los que tienen un carácter dominante intentan imponer su solu-

ción, atendiendo sólo a sus propias necesidades en detrimento de las del otro. En principio esta respuesta parece dar buenos resultados, pero obliga al otro a rendirse, deteriora la relación y acarrea resentimientos. Modelo: "ganar-perder".

- **5ª respuesta COMPROMISO:** Es un acuerdo al que se llega mediante concesiones mutuas, tomando en cuenta las necesidades de las dos partes. Modelo: "mini-perder – mini-perder".
- **6ª respuesta RESOLUCIÓN CREATIVA Y COLABORATIVA:** Es un acuerdo que busca agregar valor para todos. Modelo: "ganar-ganar".

7.5.2. Componentes del Conflicto

- Desacuerdo de hecho:

Es una diferencia de opinión que puede tener o no consecuencias en la acción. Esta diferencia se basa siempre en diferencia de deseos, necesidades o valores.

Si la diferencia es sólo de opinión, es un **conflicto personal**. La diferencia es un valor abstracto: quién tiene razón.

Si la diferencia tiene consecuencias en la acción, es un **conflicto operativo**. La diferencia pasa por una decisión material: qué va a hacer cada uno en un futuro.

- Escasez:

Hay una carencia que impide que cada persona obtenga lo que desea en forma independiente.

- Desacuerdo de derecho:

Es una diferencia sobre el mecanismo de adjudicación cuando diferentes personas sostienen distintas posiciones sobre el uso de un recurso escaso.

Los conflictos actúan negativamente porque afectan:

- **La tarea:** Amenaza la capacidad de las personas de coordinar acciones, ya sea en forma directa (conflicto operativo) o a través de la erosión de los vínculos y la motivación (conflicto personal). **Los conflictos no resueltos afectan la efectividad.** Desvían la atención de los objetivos de la organización.
- Para resolverlos es necesario forjar un consenso operativo y una red de compromisos. Las soluciones deberán agregar valor para todos.

- **La relación:** Puede crear distancias y celos, las diferencias pueden dejar heridas abiertas. **Estas heridas, además de desgastar el vínculo dificultan la tarea conjunta.** Favorece la creación de estereotipos de perdedores y ganadores.

Para mantener el vínculo, es necesario que las interacciones sean respetuosas y empáticas.

- **Las emociones:** El conflicto puede lastimar emocionalmente a las personas. **Los contrincantes pueden quedar dolidos y resentidos.** Convierten a algún grupo en derrotados, interfiriendo con sus actividades.

Para preservar la autoestima y la buena predisposición, es necesario que los interlocutores se comporten con competencia emocional. Es decir, estar conscientes de las propias emociones y alerta a la de los otros, saber regular los impulsos propios, responder a los de los otros y operar con responsabilidad.

7.5.3. Disolución de Conflictos Personales

El **conflicto personal** (no-operativo) no se resuelve, **se disuelve**, ya que a pesar de parecer muy sólido, sólo hay una diferencia de gustos y opiniones. El objetivo es expandir el concepto de "LA razón" a "MI razón" y "TU razón" y el conflicto desaparece. **Al revelar que no hay necesidad de establecer una verdad última que prevalezca sobre todas las demás, desaparece la ilusión de escasez, y por consiguiente, el conflicto.** El elemento disolvente por excelencia es el respeto por el otro, y se valida mediante la escucha activa.

Pasos para la disolución de un conflicto personal:

1°. **Preparación individual:** Serenarse, sintonizar los propios sentimientos y emociones.

2°. **Preparación de contexto:** Mostrarse dispuesto a resolver las cosas discutiendo el tema, en vez de empeorarlo con más agresión. Aclarar que el objetivo es iniciar un diálogo y no un enfrentamiento.

3°. **Generar una buena comunicación:**

- **Expresar** el punto de vista en lenguaje neutro, en vez de emplear un tono de disputa: qué es lo que nos preocupa y cuál es el sentimiento o emoción acerca del problema.

- **Escuchar** bien para descubrir qué es lo que inquieta, interesa o molesta a la otra persona.

4°. **Diálogo:** El foco está puesto en lograr una comprensión mutua aún más profunda. El tono de este diálogo es de aprendizaje mutuo, no de manipulación y su objetivo es contrastar las opiniones para encontrar la raíz de las diferencias.

Es conveniente buscar un momento relajado, utilizar una comunicación no verbal adecuada, con un tono de voz normal y tranquila. Nunca debe exponerse el problema en momentos de tensión o mal humor.

7.5.4. Resolución de Conflictos Operativos

El **conflicto operativo** se resuelve transitando, primero, los pasos del conflicto personal, ya que todo conflicto operativo es también personal.

Pasos para la disolución de un conflicto operativo:

1°. **Planteo de intereses subyacentes:** Es necesario discriminar la posición del interés. La **posición** es la demanda explícita que cada interlocutor lleva a la conversación. Los **intereses** son deseos y necesidades que están en la raíz de las posiciones. En todos los conflictos, si se pregunta por los intereses, se encuentra que son compatibles. Los que no son compatibles son los medios a través de los cuales los oponentes pretenden satisfacer dichos intereses. La pregunta fundamental para descubrir los intereses que subyacen a una posición es "¿Qué hace que X sea importante para ti?". Este análisis permite encontrar soluciones "ganar-ganar".

2°. **Tormenta de ideas:** Los interlocutores se dedican a inventar todo tipo de opciones. El objetivo es hacer la lista lo más extensa posible de las alternativas que se les ocurran a los participantes.

3°. **Selección y negociación:** Los interlocutores se abocan a discutir los méritos que tienen las distintas opciones. Si hay consenso material, el paso siguiente es realizar los compromisos necesarios para concretar la decisión. Si no hay consenso, pueden aplicar el mecanismo formal de consenso³¹.

La negociación:

Como conceptos finales podemos resumir:

Cualquier método de negociación debe:

- Producir un acuerdo juicioso si el acuerdo es posible.
- Ser eficaz.
- Mejorar o al menos no dañar, la relación entre las partes.

La negociación exitosa:

- Separa a las personas del problema.
- Se centra en los intereses, no en posiciones.
- Implica inventar opciones para ganancia mutua.
- Alcanza una solución sobre la base de criterios objetivos.

7.6. Incentivos

Puede considerarse que se puede medir el desempeño, en una fórmula que lo relaciona con: el producto de la competencia por la motivación. $D = C \times M$, si alguno de estos es cero, el producto será cero.

En esencia el desempeño es una función de la capacidad, la percepción de la tarea requerida y el esfuerzo empeñado. Este se relaciona con la recompensa y la satisfacción. Entre las técnicas motivacionales se incluye el dinero, la participación, el enriquecimiento de los puestos y la mejora de la calidad de vida en el trabajo⁶.

La motivación sin embargo no es un concepto sencillo, surge de diversos impulsos, deseos, necesidades, anhelos y otras fuerzas.

La motivación es una característica intrínseca de la persona. Existen en su base una serie de necesidades:

- Fisiológicas.
- De seguridad.
- Sociales (pertenecer).
- Reconocimiento (sentirse valorado).
- Autorrealización (satisfacerse con el propio trabajo).

Herramientas para desarrollar el compromiso:

- **Control:** Permite a los empleados controlar las decisiones sobre cómo hacer su trabajo.
- **Estrategia o Visión:** ofrece a los empleados una visión y dirección que los compromete a trabajar duro.

- **Trabajo desafiante:** le proporciona a los empleados un trabajo estimulante que desarrolla nuevas capacidades.
- **Colaboración y trabajo en equipo:** Forma equipos para hacer el trabajo.
- **Cultura de trabajo:** Establece un entorno de celebración, disfrute, estímulo y sinceridad.
- **Beneficios compartidos:** compensa a los empleados por el trabajo realizado.
- **Comunicación:** espontáneamente y con frecuencia se comparte la información con los empleados.
- **Preocupación por las personas:** asegura que cada persona sea tratada con dignidad y que las diferencias se compartan abiertamente.

Capital intelectual = capacidad x compromiso

Esta ecuación sugiere que dentro de una unidad, la capacidad global de los empleados debería aumentar, pero esa capacidad por sí sola no asegura el capital intelectual. Las empresas con alta capacidad pero poco compromiso, tienen empleados talentosos que no pueden lograr que las cosas se hagan. Las firmas con alto compromiso pero poca capacidad, tienen empleados menos talentosos que trabajan rápidamente. El capital intelectual requiere tanto capacidad como compromiso.

Existen dos desafíos básicos para aumentar la capacidad. Primero, las capacidades se deben alinear con la estrategia del negocio. La capacidad con falta de estrategia es como actuar sin público. La audiencia le dá al acto, enfoque y energía. Segundo, las capacidades necesitan ser generadas a través de más de un mecanismo. Se cuenta con herramientas para aumentar la capacidad de una unidad. Seleccionando e integrando estas herramientas se puede aumentar la capacidad:

Herramientas para incrementar la capacidad

- **Comprar:** conseguir nuevos talentos mediante la contratación de personas de otras áreas de la empresa o de fuera de ella.
- **Formar:** capacitar o desarrollar talentos a través de la capacitación formal, la rotación de puestos, asignación de puestos y el aprendizaje activos.

- **Adoptar:** formar sociedades con personas no pertenecientes a la empresa (por ejemplo, consultores, clientes, proveedores) para encontrar nuevas ideas.
- **Despedir:** a las personas con bajo desempeño o por debajo del nivel standard.
- **Retener:** a los empleados con mayor talento.
- **Tecnología:** brinda a los empleados la tecnología para hacer que su trabajo sea más fácil.
- **Capacitación y desarrollo:** asegura que los empleados tengan las capacidades para hacer bien su trabajo.

El uso de información con objeto de reconocer logros personales permite la introducción paulatina de la cultura de la evaluación y la comparación interna o externa, de una forma aceptable para los profesionales, al mismo tiempo que supone avanzar hacia la consecución de los logros que pretenden de la organización.

Evaluaciones en el ámbito laboral:

Permite:

- Detectar necesidades de capacitación.
- Descubrir personas claves para la organización.
- Descubrir que los colaboradores desean hacer otras cosas.
- Encontrar a la persona que estaba buscando para otra posición.
- Motivar a las personas al comunicarles un desempeño favorable e involucrarlas con los objetivos de la Institución.
- Brindar una oportunidad para el desarrollo de aquellos aspectos que la persona debe mejorar sobre su desempeño

Evaluación de 360º

Es un esquema que permite que un empleado sea evaluado por todo su entorno: jefes, pares y personal a cargo. Puede incluir otras personas como proveedores y clientes. Este tipo de evaluación incluye la autoevaluación. Está considerada como una herramienta confiable para el desarrollo de las personas. El feedback que proviene del jefe puede no ser aceptado por el empleado como única fuente de retroalimentación, especialmente si es diferente a lo que la persona esperaba.

8. PROCESOS DE INTEGRACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS

8.1 Desarrollo de nuevos dispositivos médicos. La Ingeniería del Factor Humano

Ingeniería del factor humano (human factor engineering HFE), es el estudio de la interacción entre humanos, con máquinas y sistemas complejos³². Aunando los campos de la psicología cognitiva, la ingeniería y otras disciplinas, los investigadores en factor humano han detallado los principios que conciernen al diseño de los dispositivos y software que permiten su óptimo uso³³. Si se violan estos principios, es probable que caigamos en el uso erróneo de las máquinas.

El mal uso de los dispositivos médicos es una importante causa de error³⁴⁻³⁷, y por lo tanto la incorporación de la metodología del factor humano en el diseño de dispositivos médicos ha asumido un rol importante para la seguridad del paciente. La Ingeniería del factor humano es un componente poderoso para el diseño de dispositivos médicos seguros³². Los principios de la HFE pueden ser incorporados como prácticas seguras que ocurren en varios puntos en el desarrollo y uso de los dispositivos. La industria puede usar los principios del HFE en múltiples instancias en el diseño y ciclo de desarrollo de los dispositivos médicos y presentación de software. Las instituciones de salud pueden evaluar los resultados de las evaluaciones de HFE para la toma de decisiones con respecto a los productos a incorporar. También los principios del HFE pueden ser incorporados en la evaluación en terreno de los dispositivos que se hallan en uso.

La FDA en los 80 demostró que casi la mitad de los dispositivos médicos que fueron retirados del mercado lo fueron por fallas de diseño. En 1990, el Congreso Americano aprobó el acta sobre dispositivos médicos seguros, quedando la FDA facultada para ordenar las buenas prácticas de fabricación (GMP). Estas GMP incluye controles de diseño para fabricantes que ayudan a asegurar el uso de la HFE dentro del diseño de los dispositivos médicos. Como se describe en la GPM, incluye el uso de diseños y testeos iterativos durante la fase de desarrollo. El Acta requiere que los diseños sean apropiados y adecuados al uso pretendido del dispositivo, incluyendo las necesidades del usuario y el paciente. En los procesos

de desarrollo y diseño se utilizan múltiples técnicas de factor humano, como estudios de usuarios, tests de prototipos y análisis de tarea/función. (FDA)

Se solicita a los fabricantes no solamente utilizar los principios del factor humano para la realización de tests repetidos sobre el producto durante todas las fases del diseño, pero también para validar el último diseño del dispositivo. La validación implica el test del dispositivo, en una situación clínica o en una simulación, y la documentación que asegure que el dispositivo se adecua a las necesidades del usuario. Por lo tanto se solicita a los fabricantes que apliquen los métodos de HFE a través de las múltiples fases del diseño y ciclos de desarrollo de los dispositivos (FDA).

En 1993 la Asociación para el progreso en los instrumentos médicos y el Instituto de estándares nacionales americano, establecieron las normas para la incorporación de los principios del HFE en el diseño de los dispositivos médicos³⁸. Este documento ayudó a concentrar la atención en el problema de los diseños defectuosos de dispositivos médicos y ayudó a establecer los estándares de diseño necesarios para garantizar la seguridad del equipamiento médico y así debe mantenerse como un "benchmark" de seguridad para la industria.

La aplicación de los principios del HFE durante la fase de diseño ha demostrado que reduce errores. Las bombas de analgesia controlada son un ejemplo. Ante ciertos errores detectados en el uso de la misma, Lin y col. investigaron si la aplicación de los principios del HFE al diseño de la interface de la bomba con el usuario, podría resultar en una disminución de los errores de dosificación y el tiempo de programación³⁹. Se obtuvo información en el uso del dispositivo a través del análisis de tareas cognitivas. La tarea incluyó observar y entrevistar a las enfermeras que operaban las bombas en el laboratorio y en campo. Con estos datos y otros principios de HFE, se desarrolló una nueva interface para la bomba. Se evaluaron 12 salas de recuperación, en las cuales se compararon la antigua y la nueva interface. Hubo una reducción de errores del 55%, ($p < 0.01$). Y la programación requirió un 18% menos de tiempo⁴⁰.

Algunas instituciones han desarrollado laboratorios propios de usabilidad, de manera de testear rigurosamente todo dispositivo antes de comprarlo. La Mayo Clinic usa simulaciones para testear la usabilidad del "software" médico antes de com-

prarlo⁴¹. De esta manera pueden detectar errores latentes y definir el tiempo necesario para el aprendizaje del mismo^{42,43}.

Antes de adquirir un nuevo dispositivo es importante averiguar:

- Cuánto tiempo lleva el aprendizaje de su uso?
- Cuánto tiempo toma completar las tareas habituales?
- Cuáles son los errores frecuentes? como evitarlos?
- Es necesario evaluar el ambiente donde será incorporado, dado que un ruido excesivo o luz pobre o diferentes usuarios podrían afectar la usabilidad real del dispositivo.
- No menos importante es observar la interacción entre los usuarios y el producto, esta observación y los comentarios del usuario pueden identificar potenciales errores que hagan difícil el uso del mismo.

El ECRI (emergency care research Institute) es una agencia internacional de investigación en servicios de salud sin fines de lucro y el ISMP (Institute of safe medical practices) generan información con respecto a la seguridad de los productos y la difunden en revistas y publicaciones. Conviene que las instituciones recojan esta información previa a la compra de productos.

Otra posibilidad de desarrollo es el caso de la incorporación de nuevas tecnologías a viejos procedimientos como es el caso de la cirugía laparoscópica.

8.2. El caso de la Cirugía Laparoscópica

La cirugía miniinvasiva comenzó en los 80, con un desarrollo inicial en procedimientos ginecológicos. La primer colecistectomía laparoscópica se inició 7 años después y fue rápidamente incorporada en el mundo quirúrgico a pesar de la falta de evidencias que apoyaran la seguridad de esta técnica⁴⁴⁻⁵⁰.

En el estado de New York el departamento de salud, como reacción a la aparición de algunas muertes y complicaciones implementó normas para la acreditación de los cirujanos^{50,60}. Por la misma época el NIH publica un consenso con recomendaciones sobre las indicaciones para la colecistectomía laparoscópica⁶¹.

Ensayos clínicos comparando la colecistectomía abierta y la laparoscópica encontraron ven-

tajas con respecto a la morbilidad⁶²⁻⁶⁹. Sin embargo también comenzó a notarse la existencia de una curva de aprendizaje necesaria para la incorporación de la técnica⁷⁰⁻⁷², si bien esta curva de aprendizaje no afecta la atención de los pacientes ya que hoy se desarrolla en el contexto del aprendizaje de la residencia. Se debe reconocer que existe una rápida difusión del método a todos los ámbitos de la cirugía.

La cirugía por vídeo resulta de la conjunción de técnicas de imágenes con manipulación remota. Se visualiza un campo de 2 dimensiones magnificado. Este cambio requiere del cirujano que reinterprete el campo habitual de 3 dimensiones a 2 y realice tareas habituales en una manera no habitual. El cirujano no tiene contacto táctil con los tejidos y esto hace que la técnica sea más difícil de aprender.

La curva de aprendizaje se ha manifestado en el número de procedimientos necesarios para considerar que se ha incorporado la técnica, que es de alrededor de 15-20, para la colecistectomía laparoscópica⁷⁰⁻⁷². También se ha reconocido que existe la misma curva en los demás procedimientos y la habilidad en uno no es suficiente para la realización de los otros. Para el caso de la operación de Nissen se estima el número en 25-30 procedimientos⁷³⁻⁷⁶.

Si bien los diferentes países tienen organismos específicos encargados de evaluar medicamentos y materiales biomédicos, como el ANMAT en nuestro país. Podría ocurrir y seguramente ocurrirá como sucedió con el advenimiento de la cirugía laparoscópica, que un nuevo desarrollo genera una corriente incontenible que dificulta esperar que el factor tiempo se ocupe de otorgar al nuevo desarrollo el lugar que le corresponde. Todo servicio debe estar preparado para actuar ante esta eventualidad con la coherencia que la responsabilidad médica obliga. Creemos que las enseñanzas que dejó la incorporación de la laparoscopia deberían aquilarse para enfrentar seriamente esta eventualidad.

Los pasos que creemos deben guiar a la institución y al jefe de servicio en estas circunstancias son:

- asignar un responsable, quien se ocupará de:
- Elaborar un proyecto de trabajo totalizador que evalúe claramente las ventajas de la incorporación pretendida.
- Seleccionar el lugar más adecuado para el aprendizaje de dicha técnica.
- Asistir al mismo por el tiempo que se considere necesario para cumplir el objetivo del apren-

dizaje. Este debe incluir la comprensión cabal del armamentario en cuestión y su funcionamiento amén de las habilidades quirúrgicas específicas que este manejo requiera. Aprender las indicaciones y contraindicaciones del método.

- Evaluar la necesidad de que otros miembros del equipo también realicen el aprendizaje que les compete, sobretodo el anestesista.
- Dirigir la compra del equipamiento de acuerdo a lo aprendido, apuntando a la mejor tecnología disponible, con soporte técnico en el país.
- Armar un equipo de trabajo con personal fijo que aquilite las experiencias a medida que la técnica se va desarrollando.
- Iniciar la experiencia en el marco de la mayor seguridad posible para el paciente. Pensar en contar con un tutor para este momento.
- Elaborar una base de datos que permita realizar una evaluación permanente de los resultados. Registrar en ella no solo los datos epidemiológicos y quirúrgicos habituales, sino también y especialmente las complicaciones y resultados inesperados.
- Llevar periódicamente al seno del servicio quirúrgico una evaluación de los resultados, que permita al jefe de servicio monitorear la evolución favorable o no de la técnica. Debieran incluirse entre los factores a evaluar, datos que permitan estimar la ecuación costo-beneficio.
- Una vez depurada la técnica, proceder a la enseñanza progresiva de la misma al resto del plantel profesional. Primero a los médicos de planta, tutorizando su aprendizaje. Por último una vez pulidos los detalles, se incorporará a la residencia. De manera progresiva según los estándares de los demás procedimientos.
- La culminación del desarrollo sería deseable que sucediera con la publicación de la experiencia de acuerdo a la relevancia atribuida a la misma en un órgano local o nacional, que pueda servir de referencia a otros grupos interesados.

9. HERRAMIENTAS DE ADMINISTRACIÓN PARA LA MEJORA EN LA GESTIÓN DEL SERVICIO

Las organizaciones solo pueden resultar eficaces si quienes las dirigen son capaces de 2 habilidades clave: aprender continuamente y proporcionar una dirección (liderazgo)⁸

Introducción

En la década de 1950 la gestión se consideraba una ciencia. Los balances financieros y las estructuras jerárquicas se veían como la forma de dirigir una organización. Las organizaciones se contemplaban como máquinas que debían dirigirse con la mayor eficiencia posible.

En la década de 1960 el péndulo giró a considerarla más como un sistema social, el éxito se buscó ayudando a los empleados a desarrollar plenamente su potencial, dirigiendo personas en lugar de números.

En la década de 1970, la recesión económica junto a la crisis del petróleo condujo a la quiebra de grandes compañías y macroempresas. Era el momento del cambio a unidades de negocios más pequeñas. Se pensó que frente a las grandes organizaciones monolíticas, estas unidades más pequeñas eran más sensibles a los cambios del entorno.

En la década de 1980, se adoptaron las técnicas de los japoneses, con gran variedad de enfoques acerca de la calidad.

En la década de 1990, las ideas de gestión han estado muy influidas por las perspectivas que ven al mundo como intrínsecamente inestable, con cambios y modificaciones inesperadas. Esto puede crear enormes oportunidades o grandes amenazas. Se produjo un desplazamiento de la competencia local o nacional a una más global. Las empresas lucharon para poder responder a los mercados y circunstancias local y nacional, mientras al mismo tiempo contaban con los beneficios de operar mundialmente. La flexibilidad estratégica ha sido el lema, con mucha mayor fluidez en los límites entre las organizaciones y el entorno. El cambio ha significado pasar de estructuras conectadas formalmente a establecer relaciones y organizaciones virtuales. Hay ideas predominantes de asociación entre organizaciones, con el gobierno, el público, y sus empleados. Sin embargo cualquier organización que cambiara continuamente como un todo, difícilmente sería capaz de funcionar. Esto condujo a la noción de compañías que aprenden. Se trata de organizaciones que facilitan el aprendizaje de todos sus miembros y se adaptan de forma consciente a ellas mismas y a su entorno, se hacen eficientemente adaptables, en el lugar adecuado, en el momento adecuado y de la forma adecuada para beneficiarse del cambio del entorno.

En la actualidad el conocimiento se ha convertido en la fuerza más creativa, de forma que crea nuevos productos, servicios, tecnologías e industrias, formas de comunicación, tipos de comida y tratamientos para enfermedades. Antes los bienes críticos eran la materia prima, la tierra, el trabajo y la maquinaria. Hoy en día son los conocimientos, la creatividad, el ingenio y la imaginación⁴.

9.1. Gestión del conocimiento

El conocimiento puede definirse como un flujo mixto de experiencia, valores, información contextualizada y visión experta, que conforma un marco de referencia para evaluar e incorporar nuevas experiencias e información. Se origina y aplica en la mente de las personas. En las organizaciones aparece, a menudo, no solo en documentos y datos almacenados sino también en rutinas, prácticas y normas.

El conocimiento puede subdividirse en cuatro tipos de saber:

- **Saber qué.** Hace referencia al conocimiento de hechos y realidades. Es el punto donde el conocimiento está más cercano a la información.
- **Saber por qué.** Es el conocimiento científico, respecto a principios y leyes naturales. Es la base del desarrollo tecnológico y se produce principalmente en laboratorios de investigación y en las universidades.
- **Saber cómo.** Está constituido por las habilidades o capacidad para hacer alguna cosa. Este tipo de conocimiento está disperso en las organizaciones.
- **Saber quién.** Supone saber "quién sabe qué y quién sabe cómo hacer qué". Es un conocimiento crucial para la correcta gestión.

El soporte de todo sistema de gestión del conocimiento debería constituirse en información documental, buscando transformar el conocimiento tácito en conocimiento explícito, de manera que se encuentre documentado y almacenado para que cualquiera pueda hacer uso del mismo cuando sea necesario.

Para este fin pueden emplearse nuevas herramientas, como bases de datos o intranets, u otras más clásicas (revistas, manuales y bibliotecas) que en su conjunto conformen la denominada "memoria organizacional" que permite organizar el conocimiento explicitado. Pese a todo dichas herra-

mientas por sí mismas no suponen una garantía de buena gestión del conocimiento.

La gestión del conocimiento debe integrarse en la organización no como un medio de tratamiento y transmisión de la información sino como un auténtico proceso de relación y gestión de las personas que conforman la organización y que permite utilizar al conocimiento como factor clave para generar valor agregado. Se trata de una auténtica línea política en recursos humanos que tiene como eje la potenciación de la capacidad de las personas.

Se trata también de la tarea de reconocer un activo humano en la mente de las personas y convertirlo en un activo de la institución, al que se pueda acceder y utilizar para las decisiones vitales de la organización.

Para llevar a cabo este proceso se debe:

- Generar o captar conocimiento, ya sea mediante operaciones internas o externas.
- Estructurar y aportar valor al conocimiento captado. Convertirlo en conocimiento útil mediante mecanismos de almacenamiento que permitan su reutilización.
- Transferir conocimientos.
- Establecer mecanismos para la utilización del conocimiento por parte de las personas y equipos de la organización. Delimitar los accesos.

9.2. Características de una buena administración en salud

- Ser integral.
- Evitar las barreras a la atención.
- Promover la continuidad de la atención.
- Proveer una atención apropiada, efectiva y eficiente.
- Ocuparse de la población en su totalidad.
- Lograr que la atención sea preocupación y responsabilidad de la comunidad.
- Producir información útil y exacta sin dejar de respetar la confidencialidad.
- Tener mecanismos de evaluación y posibilidades de cambio.
- Promover la educación en lo referente a salud, prevención y tratamiento de las enfermedades.

Una buena administración no debe:

- Aislar la salud de otros aspectos del desarrollo.

- Carecer de prioridades lógicas y claras.
- No involucrar a la comunidad.
- No capacitar a su personal.
- No disponer de los recursos adecuados o mal utilizarlos.
- Aumentar constantemente sus costos.
- Limitar el personal de atención primaria.
- No tener capacidad de planificación.
- Ser demasiado centralizada.

Administración Pública

La ineficiencia y la debilidad institucional de las organizaciones públicas pueden tener su origen en la desactualización administrativa o en la falta de habilidades gerenciales. Sin embargo, la ineficiencia en el área pública normalmente se debe a varias causas.

Gran parte de la ineficiencia de las organizaciones gubernamentales resulta menos de errores gerenciales que de las restricciones impuestas por la infraestructura institucional. Así la ineficiencia es determinada por el pasado y la lejanía del lugar de acción. Son leyes, normas, y arreglos de coaliciones de poder que impiden gran aporte de la autonomía gerencial. Por lo tanto, acciones locales destinadas a lograr innovaciones en el área pública, a pesar de su importancia, no son suficientes para alcanzar elevar la eficiencia, eficacia y efectividad en la gestión pública.

Los deseos de cambio, no son suficientes para mejorar una situación constantemente criticada. Muchas veces esos deseos se tornan en ilusiones, contribuyendo a reducir la credibilidad en las posibilidades de los gobiernos de prestar servicios de calidad o de responder a las demandas y necesidades de la población⁴.

Si bien es cierto que las organizaciones públicas nacen en los límites institucionales definidos por el sistema gubernamental, ellas crecen en el espacio de oportunidades que los cambios sociales y económicos crean constantemente. La expectativa inicial de que el desarrollo organizacional se haga en los límites previstos es imposible de concretar; el propio desarrollo de la organización crea nuevas fuentes de poder, que fuerzan aquellos límites. En este sentido, cuanto más eficiente, eficaz y efectiva sea una organización mayor serán sus posibilidades de transformarse en un poderoso instrumento de cambio en la infraestructura del poder público.

La administración pública no actúa normalmente en un ambiente de abundancia y eficacia sino en medio de la escasez e ineficiencia. En el sector de la salud los problemas se presentan no solamente por causa de las dificultades y la desproporción entre los recursos asignados para el sector, en relación a otras áreas de la política pública, sino también, porque existen incongruencias, incompatibilidades y poca integración entre los diversos servicios, como infraestructura disponible y volumen necesario de prestación de servicios⁴.

Administración de Organizaciones sin fines de lucro

Las ONG hacen transacciones con la clientela sin buscar lucro, pero no necesariamente buscan perjuicio o desprecian el superávit. Equilibrio entre ingresos y gastos, asociados a eficiencia y calidad en la prestación de servicios, son factores de preocupación central para el éxito. Las ONG que progresan necesitan pensar estratégicamente como insertarse en el medio social en que actúan. La búsqueda de recursos en cantidades crecientes necesita ser justificada, no solamente en función de la experiencia, sino especialmente en el uso más eficiente y eficaz de los recursos. Esa nueva forma de planear las acciones exige relaciones externas estables y un sistema de comunicación capaz de atraer apoyo y visión favorable sobre la organización.

En principio las entidades sin fines de lucro se desarrollan fácilmente en términos del alcance de los propósitos para los cuales fueron creadas. La suspensión de la mentalidad comercial no perturba el crecimiento de la institución ni desvirtúa el espíritu social que la originó. Sin embargo, el aumento de costos fijos conduce a presiones en la administración financiera. Surge la necesidad de la preocupación comercial, no como una política revisionista sino como una política de auto preservación, en que las necesidades de supervivencia y de viabilidad financiera afectan los objetivos centrales y las prioridades de la misión social. La idea de actuar bajo una perspectiva más comercial a semejanza de una empresa privada, trae a la organización sin fines de lucro la necesidad de implantar cambios de gran envergadura⁴.

Administración de Empresas de salud

En este caso, los objetivos son más claros y definidos, y no existe mayor dificultad en entender que

el manejo será esencialmente igual al de una empresa de cualquier otra rama.

Producto Sanitario

Los productos elaborados por el servicio de salud tienen ciertas características que los tornan muy particulares. Estos productos son:

- Impalpables. Desaparecen una vez prestados.
- No almacenables. El servicio se presta o no se presta.
- Se produce y se consume al mismo tiempo.
- Indivisibles. Una cirugía es una de principio a fin.
- Heterogéneos. Van desde pesar a un paciente a un trasplante.
- Difíciles de valorar económicamente.

Sin embargo y de modo general se puede hablar de 4 categorías de productos:

- Los intermediarios, son aquellos que sirven para definir un nivel más avanzado sin ser una salida en sí, ej. Tasa de ocupación de camas.
- Las salidas, puede ser el número de consultas realizadas.
- Los resultados pueden ser altas o defunciones
- El efecto o impacto, puede medirse como calidad de vida o años de vida.

Para definir el concepto de producto sanitario es preciso determinar los conceptos de: valor económico, necesidad, producto y servicios.

Valor económico: es la capacidad que tiene una cosa (objeto o proceso) de satisfacer una necesidad o de resolver un problema.

Necesidad: es la carencia de una cosa que resulta precisa para la vida, el bienestar o la felicidad.

Productos: son objetos o procesos que aportan valor (capaces de satisfacer necesidades) producidos por el hombre. Los productos que podemos tocar (objetos) los llamamos bienes, y los que no podemos tocar (procesos) servicios.

Los productos sanitarios son servicios. Actividades o procesos realizados por el hombre capaces de satisfacer necesidades.

La necesidad deriva de una carencia, pérdida de equilibrio o pérdida de salud, que se traduce en dolor, incapacidad o dificultad para llevar a cabo las funciones normales. Frente a esta carencia el hombre busca ayuda. En las sociedades modernas esa ayuda la brindan profesionales e instituciones especializadas.

Esta ayuda se brinda como servicios sanitarios, procedimientos diagnósticos, terapéuticos, preventivos y rehabilitadores que componen la atención sanitaria.

Conceptos sobre Programación en salud

Como abordaje general al planeamiento de la gestión, se puede decir que:

- el universo se halla compuesto de sistemas,
- los sistemas se componen de planes,
- los planes de programas,
- los programas de proyectos,
- los proyectos de objetivos.

Toda organización tiene:

Una misión, su razón de ser, el presente.

Una visión, el querer llegar a ser, el futuro.

Valores, sus principios, parte de sus fortalezas.

En cumplimiento de su misión y para el logro de su visión, toda institución utiliza de algún modo, una organización: los sistemas.

Programar es prepararse para hacer algo en la mejor forma posible. Es prever las cosas con la anticipación suficiente para que al momento de la acción no haya duda sobre lo que queremos hacer, ni falten los elementos para poder hacerlo.

- La complejidad en la programación en salud proviene de una serie de factores:
- La variedad de actores y disciplinas con las que hay que acordar para emprender la acción.
- El número de tareas que hay para gerenciar.
- La brevedad de los tiempos exigidos para mostrar capacidad de acción y de alcanzar resultados.
- La laboriosidad de algunas técnicas y procedimientos para llevar las ideas a la práctica.
- La incertidumbre del contexto en que se desarrolla la actividad.
- La historia de la organización que hay que superar.
- La vitalidad crítica que desencadena en los opositores.

Los objetivos de resultados de la programación, son los cambios últimos que se esperan alcanzar, y se refieren al mejoramiento de la capacidad y desempeño social del sistema; expresado en su equidad en términos de cobertura y acceso, su efectividad y su eficiencia social.

La participación, intersectorialidad, multiprofesionalidad e interdisciplina parecen ser estrategias

clave para superar el desafío de la complejidad y el cambio, y en tal sentido debieran encontrar en la programación, la instrumentación y el espacio que faciliten y permitan el intercambio, la conjunción de conocimientos, el acuerdo y la coordinación para una acción creativa, innovadora y colaborativa.

9.3. Contabilidad hospitalaria

La contabilidad es la parte integrante del sistema de información de un ente que suministra información útil para la toma de decisiones y el control¹⁷. Se convierte en una herramienta básica para la gestión correcta de cualquier emprendimiento, ya que aporta información sobre su situación económica y financiera.

La información económico financiera que aporta la contabilidad puede elaborarse y analizarse a distintos niveles de agregación y con distintas finalidades.

9.3.1. Contabilidad financiera

La contabilidad financiera se desarrolló cuando apareció la necesidad de reflejar en números la realidad de la organización. Dos documentos básicos enmarcan la contabilidad financiera: el estado de situación patrimonial y el estado de resultados.

El estado de resultados indica cuáles han sido los ingresos, los gastos y en consecuencia, el resultado de la empresa en un período determinado. Es decir, permite detectar los factores que contribuyen a la conformación del resultado final. El análisis económico de este estado de resultados, permite evaluar la evolución de las cifras de ventas, del margen, de los gastos de las operaciones y financieros, y cuál debe ser el volumen de ventas necesario para cubrir los gastos y por lo tanto, garantizar la viabilidad económica de la institución.

Partidas básicas del estado de resultados.

Ingresos de explotación.

- Ingresos por servicios asistenciales.
- Otros ingresos.

Gastos de explotación.

- Personal.
- Honorarios.
- Farmacia.
- Insumos.
- Servicios externos.

- Amortizaciones.
- Otros gastos.
- Resultado de explotación.
- Resultados financieros.
- Resultados extraordinarios.
- Resultado antes de impuestos.
- Impuestos.
- Resultado neto.

El balance indica en un momento determinado cuál es la situación patrimonial, tanto lo que se posee (activo), como lo que se debe (pasivo), y la diferencia es el capital propio de la institución. (Patrimonio neto) El análisis del balance de situación, o análisis patrimonial, permite evaluar, por ejemplo, la situación de liquidez o capacidad de pago, el endeudamiento, la dependencia financiera frente a entidades bancarias u otros acreedores, el nivel de capitalización, la eficiencia en la gestión de los activos y el equilibrio financiero global.

La estructura del balance varía en función del sector de actividad. Los hospitales se caracterizan por una inversión elevada en activos fijos, como equipamiento e inmuebles. Del análisis de los estados surge también el grado de endeudamiento, alto en muchos casos que se origina en dificultades de tesorería y pérdidas acumuladas.

Una adecuada financiación de la inversión (activo) estaría dada por una fuente (pasivo) que permanezca en la institución por lo menos el mismo plazo que tardará en realizarse el activo que financia.

De esta manera podemos elaborar el informe de estado de resultados con la información siguiente (Tabla 3):

Las grandes instituciones experimentan fuertes limitaciones en la utilidad de la contabilidad financiera para la toma de decisiones. Ya que la información que aporta no es suficiente para gestionar áreas concretas que afectan a parte de la institu-

ción y no a su totalidad. Para ofrecer información más detallada y con el objetivo de facilitar la toma de decisiones, surgió la contabilidad analítica.

9.3.2. Contabilidad analítica

La contabilidad analítica distribuye los ingresos y los gastos del conjunto del hospital entre las diferentes unidades organizativas, con el objeto de analizar la rentabilidad de cada uno de ellos. De esta manera complementa la información de la contabilidad financiera, proporcionando datos para evaluar la actuación de la organización o de partes de esta, y en concreto, para el control de costos de todo tipo.

Disponer de un buen sistema de contabilidad de costos es un elemento clave para poder negociar con los compradores de servicios tanto el volumen como los precios de los diferentes procedimientos. Son de utilidad especial para la evaluación de la incorporación o eliminación de servicios o prácticas asistenciales y en la toma de decisiones sobre los adecuado o no de realizar determinadas inversiones.

Los principales objetivos de la contabilidad analítica son:

- Completar la información de la contabilidad financiera en el cálculo de los beneficios mediante, entre otros elementos, la valoración de existencias.
- Proporcionar información económica útil para la toma de decisiones, tanto a corto como a largo plazo.
- Proporcionar datos para evaluar la actuación de la organización o de partes de ésta, y en concreto, para el control de costos de todo tipo.

Son de utilidad especial para la evaluación de la oportunidad o no de terciarización de servicios, en la evaluación de la incorporación o eliminación de servicios o prácticas asistenciales y en la toma de decisiones sobre lo adecuado o no de realizar determinadas inversiones.

El primer paso en la introducción de la contabilidad analítica es dividir el hospital en centros de costo. Cada centro actuará como una pequeña empresa en la que se acumularán los costos que produzca. La definición de centros de costo es "unidad contable con respecto a la cual se reco-gen y acumulan datos de costo"

TABLA 3
Estado de resultados

Activo	Pasivo
Disponible (activo circulante)	Exigible a corto plazo (pasivo circulante)
Créditos (activo-circulante)	
Existencias (activo circulante)	Exigible a largo plazo
Activo Fijo	No exigible

La adecuada definición de los centros de costos es clave para poder disponer de la información analítica que se requiere para la toma de decisiones, dando respuesta a las necesidades de información de los distintos responsables. Es necesario un equilibrio entre el grado de desagregación necesaria y la complejidad del sistema de costos obtenido. Debe preferirse un número acotado de centros de costos que sean significativos, fáciles de analizar y útiles para la conducción.

De acuerdo con los objetivos previstos, variará la estructura del centro de costos, ya sea para la toma de decisiones, caso en el cual se adaptará a las áreas en las que se deban tomar las mismas. En el caso de precisarse la evaluación de resultados de algunas unidades organizativas se adaptarán los centros a las unidades de gestión que se deseen evaluar.

Los centros de costos definidos para controlar la gestión de la organización se denominan centros de responsabilidad.

Los centros de responsabilidad pueden ser de 3 tipos:

- De costos.
- De resultados.
- De inversión.

El de costos solo tiene imputados costos, el de resultados ingresos y gastos y el de inversión tiene capacidad de inversión.

También puede clasificarse a los centros de costos como centros productivos y centros de apoyo. En el hospital los centros productivos son los servicios médicos, las unidades de hospitalización, las urgencias. Los centros de apoyo son aquellos que dan servicio a los centros productivos o a otros centros de apoyo, por ejemplo los sectores lavadero, alimentación, farmacia, mantenimiento, etc.

9.3.3. Recursos Materiales

Uno de los problemas de la asignación histórica de los recursos es que a menudo se ha destinado para proyectos "favoritos" o para aquellos que gritaban más alto.

Desde el punto de vista financiero, el rubro de materiales significa un gasto en los sistemas hospitalarios del 15 al 25% de los gastos corrientes (gasas, medicamentos, artículos de enfermería, de oficina, etc.)

En lo que respecta a la consulta externa si bien depende de cada tipo de atención se sitúa alrededor del 2-5% de los gastos corrientes en el nivel ambulatorio.

El hospital maneja alrededor de 3000 a 6000 artículos mientras que en consultorio se manejan alrededor de 200 a 500.

Si bien todos los artículos son importantes, se puede observar que un 5% de los artículos en existencia representan el 80% del valor total, y un 80% de los artículos solo representa un 5% del valor total.

9.3.4. Costos

El análisis de minimización de costos, se emplea cuando existe un resultado de interés, la efectividad de las alternativas es la misma, pero los costos son diferentes.

La evaluación económica costo-efectividad analiza el costo por unidad de resultado, (ej. Diálisis vs. transplante renal)

El análisis costo beneficio expresa los resultados en unidades económicas.

Análisis costo utilidad se expresa en costo por año de vida ajustado por calidad de vida ganado.

Los costos según su naturaleza se clasifican en:

- Recursos humanos: los costos que suponen los trabajadores. En general el gasto de personal representa entre un 75-80% del total del gasto de funcionamiento de un establecimiento.
- Existencias y aprovisionamientos: costo formado por las materias primas y otros recursos necesarios para la producción (fármacos, materiales etc.)
- Amortizaciones: costo formado por el cálculo de la depreciación sufrida por equipos a través del tiempo.
- Servicios externos: debidos a la contratación de servicios externos.

Según su relación con la actividad los costos pueden ser:

- Fijos: son aquellos no variables con la actividad.
- Variables: son aquellos que se incrementan a medida que lo hace la actividad.

Según la relación entre el coste y el servicio tenemos:

- Costos directos: son aquellos que pueden ser imputados a un determinado servicio ya que existe un comprobante del mismo.
- Costos indirectos: los que no pueden ser imputados por no tener comprobante.

Según la relación con la producción:

- Costo marginal: es el plus que supone producir una unidad más dentro de cierto margen. En general coincidirá con el variable.
- Costo diferencial: es la variación que ocurre en el costo cuando se introducen cambios en la producción.
- Costo de oportunidad: es el costo de realizar un proceso en vez de otros posibles, de acuerdo a su valor.

También es importante reconocer que hay 2 tipos más de costos: controlables/no controlables y relevantes/irrelevantes.

9.4. Cuadro de mando

El control de gestión nació como un sistema de información que permitía llevar a cabo un seguimiento de los objetivos económicos de la institución que se establecían en los presupuestos anuales. En este sentido el control de gestión era una herramienta contable de seguimiento presupuestario que ponía mucho énfasis en la contabilidad analítica, el presupuesto y el cuadro de mando. Las variables utilizadas eran económicas y los procesos de información eran normativos y formales. El control de gestión moderno evoluciona con la aparición de sistemas de planificación que tienen en cuenta diversos factores del entorno de la institución: política, desarrollo tecnológico, empleados, etc. La planificación estratégica determina la misión y los objetivos de la empresa. El control de gestión se ha convertido en un sistema que permite a toda la organización elaborar sus planes y controlar su cumplimiento.

Cuadro de mando es el documento que ofrece a la conducción la información sintética sobre el desarrollo de la organización. Los objetivos del cuadro de mando son:

- Recoger de forma sintética la información precisa para la toma de decisiones.
- Destacar la información más relevante y las principales desviaciones respecto a los planes o presupuestos acordados.

- Normalizar la presentación de la información para facilitar su análisis.

La información que comprende el cuadro de mando es de tres tipos:

- Información sobre la actividad, contemplando la asistencial, docencia e investigación. Su fuente es la estadística del hospital.
- Información económico-financiera, elaborada a partir de la contabilidad financiera y analítica.
- Información sobre recursos físicos y humanos.

Además de esta información básica, incorpora una serie de indicadores que relacionan datos de diferente tipo y aportan información sobre hechos o ámbitos concretos.

La información obtenida es utilizada en diferentes comparaciones, a fin de obtener conclusiones operativas:

- Comparación con el presupuesto, buscando desviaciones.
- Comparaciones históricas, para evaluar las tendencias.
- Comparación con estándares técnicos, detectando desviaciones y analizándolas en detalle.
- Comparación con otras organizaciones de alta calidad (Benchmarking).

Cuadro de mando integral

Fue formulado en 1992 por Kaplan y Norton; comporta una revolución ya que conecta el control de gestión con el proceso de planificación estratégica. La estrategia puede definirse como el proceso por el cual una organización busca obtener una posición competitiva ventajosa a largo plazo y permite definir los objetivos y los planes de acción para alcanzarlos. Las principales características del cuadro de mando integral son las siguientes:

- Aporta una visión global, equilibrando objetivos a largo y corto plazo, indicadores económicos y no económicos y datos del presupuesto con datos históricos.
- Formulación con la participación de los directivos, a partir de la definición de la estrategia y objetivos del hospital.
- Estructuración a partir de cuatro dimensiones clave para cualquier organización: perspectiva de los resultados económico-financieros, perspectiva del usuario-cliente, perspectiva de los procesos internos y perspectiva de los subordinados.

- Identificación de los factores clave de éxito en cada dimensión, de los objetivos que hay que alcanzar y de los indicadores en que se traducen, así como de las relaciones causa efecto entre ellos que permitan diseñar los planes de acción para conseguir mejoras en los resultados.

El cuadro de mando integral es una herramienta especialmente útil para la gestión de una organización ya que:

- Permite traducir la estrategia de la organización en un conjunto de indicadores mensurables y objetivos;
- Su diseño y seguimiento permite la comunicación de la misión a toda la organización.
- Facilita que exista coherencia entre los objetivos de los empleados y los del hospital.
- Además de ser un sistema de información y control, es de hecho un sistema de comunicación, motivación y formación.
- Identifica los factores clave de éxito, favoreciendo los procesos de reingeniería y de mejora continua.

9.5. Principios del "Management"

El "management" es la gerencia, dirección o gestión de una empresa.

- Su misión es lograr que la gente sea capaz de eficacia conjunta, para hacer sus puntos fuertes eficaces y sus debilidades irrelevantes.
- Estar comprometido con la integración de las personas en un proyecto común, y por lo tanto se encuentra profundamente inserto en la cultura. Uno de los retos básicos es encontrar e identificar aquellos elementos de la propia tradición, historia y cultura que puedan utilizarse como bloques para la construcción.
- Cada organización debe comprometerse con objetivos comunes y valores compartidos. La organización debe tener fines claros, simples y uniformes. La misión de la organización debe ser lo suficientemente clara e importante como para proporcionar una visión común.
- Debe ser capaz de desarrollar la organización y a cada uno de sus miembros a medida que cambian las necesidades y las oportunidades. Cada organización es una institución de enseñanza y aprendizaje. La formación y el desarrollo no terminan nunca.

- Cada institución se compone de gente con diferentes capacidades y conocimientos, que realiza diferentes tipos de trabajo. Debe construirse sobre la comunicación y la responsabilidad individual.
- Los resultados obtenidos no son, por sí mismos, una medida adecuada de la eficacia de la organización. La posición en el mercado, la innovación, la productividad, el desarrollo del personal, la calidad, los resultados financieros, son cruciales para la eficacia de la institución y para su supervivencia. La eficacia ha de construirse, ha de medirse y ha de mejorarse continuamente.
- Finalmente, lo más importante a recordar es que para cada organización los resultados sólo se dan hacia el exterior.

Tareas del "Management"

- Alcanzar el propósito específico y cumplir con la misión de la institución.
- Hacer que el trabajo sea productivo y lograr que el trabajador se realice.
- Administrar los impactos y las responsabilidades sociales.

9.5.1. Objetivos de la Organización

Concepto:

Toda organización pretende alcanzar objetivos. Un objetivo organizacional es una situación deseada que la empresa intenta lograr, es una imagen que la organización pretende para el futuro. Al alcanzar el objetivo, la imagen deja de ser ideal y se convierte en real y actual, por lo tanto, el objetivo deja de ser deseado y se busca otro para ser alcanzado.

A continuación mencionaremos algunas definiciones de la palabra objetivos:

- 1º. La palabra objetivo proviene de "ob-jactum", que significa "a donde se dirigen nuestras acciones."
- 2º. Los objetivos son enunciados escritos, sobre resultados a ser alcanzados en un período determinado.
- 3º. Los objetivos son los fines hacia los cuales está encaminada la actividad de una empresa, los puntos finales de la planeación, y aún cuando no pueden aceptarse tal cual son, el establecerlos requiere de una considerable planeación.

4º. Un objetivo se concibe algunas veces como el punto final de un programa administrativo, bien sea que se establezca en términos generales o específicos.

5º. Los objetivos tienen jerarquías, y también forman una red de resultados y eventos deseados. Una compañía u otra empresa es un sistema. Si las metas no están interconectadas y se sustentan mutuamente, la gente seguirá caminos que pueden parecer buenos para su propia función pero que pueden ser dañinos para la organización como un todo.

6º. Estos objetivos deben ser racionalmente alcanzables y deben estar en función de la estrategia que se elija.

7º. Los objetivos son una obligación que se impone una organización por que es necesaria, esencial para su existencia. Representan una:

- Presentación de una situación futura: se establecen objetivos que sirven como una guía para la etapa de ejecución de las acciones.
- Fuente de legitimidad: los objetivos justifican las actividades de una organización.
- Sirven como estándares: sirven para evaluar las acciones y la eficacia de la organización.
- Unidad de medida: para verificar la eficiencia y comparar la productividad de la organización.

La estructura de los objetivos establece la base de relación entre la organización y su medio ambiente. Es preferible establecer varios objetivos para satisfacer la totalidad de necesidades de la institución.

Los objetivos no son estáticos, pues están en continua evolución, modificando la relación de la organización con su medio ambiente. Por ello, es necesario revisar continuamente la estructura de los objetivos frente a las alteraciones del medio ambiente y de la organización.

Características de los objetivos:

- Los objetivos deben servir a la empresa; por lo tanto deben reunir ciertas características que reflejan su utilidad.
- Los objetivos incluyen fechas específicas del objetivo o su terminación implícita en el año fiscal; resultados financieros proyectados (pero no están limitados a ello); presentan objetivos hacia los cuales disparará la empresa o institución

conforme progrese el plan; logrando llevar a cabo su misión y cumplir con los compromisos de la empresa.

- Los objetivos deben reunir alguna de estas características:
 - Claridad: un objetivo debe estar claramente definido, de tal forma que no revista ninguna duda en aquellos que son responsables de participar en su logro.
 - Flexibilidad: los objetivos deben ser lo suficientemente flexibles para ser modificados cuando las circunstancias lo requieran. Dicho de otro modo, deben ser flexibles para aprovechar las condiciones del entorno.
 - Medible o mensurable: los objetivos deben ser medibles en un horizonte de tiempo para poder determinar con precisión y objetividad su cumplimiento.
 - Realista: los objetivos deben ser factibles de lograrse.
 - Coherente: un objetivo debe definirse teniendo en cuenta que éste debe servir a la empresa. Los objetivos por áreas funcionales deben ser coherentes entre sí, es decir no deben contradecirse.
 - Motivador: los objetivos deben definirse de tal forma que se constituyan en elemento motivador, en un reto para las personas responsables de su cumplimiento.
- Deben ser deseables y confiables por los miembros de la organización.
- Deben elaborarse con la participación del personal de la empresa (administración por objetivos).

Establecimiento de objetivos:

Implica seguir una metodología lógica que contemple algunos aspectos importantes para que los objetivos reúnan algunas de las características señaladas.

Para establecer objetivos tenemos que tener en cuenta:

Escala de prioridades para definir objetivos: es necesario establecer escalas de prioridad para ubicar a los objetivos en un orden de cumplimiento acorde a su importancia o urgencia.

Identificación de estándares: es necesario establecer estándares de medida que permitan definir en forma detallada lo que el objetivo desea lograr, en qué tiempo y si es posible, a qué costo. Los estándares constituirán medidas de control para de-

terminar si los objetivos se han cumplido o vienen cumpliéndose, y si es necesario modificarlos o no.

Tipos de objetivos:

De acuerdo con la naturaleza de la organización podemos identificar objetivos con o sin ánimo de lucro.

Según el alcance en el tiempo podemos definir los objetivos en generales o largo plazo, el táctico o mediano plazo, y el operacional o corto plazo.

- Largo Plazo: están basados en las especificaciones de los objetivos, son notablemente más especulativos para los años distantes que para el futuro inmediato. Los objetivos de largo plazo son llamados también los objetivos estratégicos en una empresa. Estos objetivos se establecen para un período de 3 a 5 años. Los objetivos estratégicos sirven para definir el futuro del negocio.

Objetivos generales de una empresa:

- Consolidación del patrimonio.
- Mejoramiento de la tecnología de punta.
- Crecimiento sostenido.
- Reducción de la cartera en mora.
- Integración con los socios y la sociedad.
- Capacitación y mejoramiento del personal.
- Claridad en los conceptos de cuales son las áreas que componen la empresa.
- Una solución integral que abra así el camino hacia la excelencia.
- Mediano plazo: son los objetivos tácticos de la empresa y se establecen en función al objetivo general de la organización. Son llamados objetivos tácticos ya que son los objetivos formales de la empresa y se fijan por áreas para ayudar a ésta a lograr su propósito.
- Corto plazo: son los objetivos que se van a realizar en un período menor a un año, también son llamados objetivos individuales u objetivos operacionales de la empresa ya que son los objetivos que cada empleado quisiera alcanzar con su actividad dentro de la empresa. Así, para que los objetivos a corto plazo puedan contribuir al logro de los objetivos a plazos intermedios y largo, es necesario establecer un plan para cumplir con cada objetivo y para combinarlos dentro de un plan maestro que deberá

ser revisado en términos de lógica, consistencia y practicabilidad.

Importancia de los objetivos organizacionales:

Los objetivos organizacionales dan a los directivos y a los demás miembros de la organización importantes parámetros para la acción como:

- 1º. Guía para la toma de decisiones: una parte importante en la responsabilidad de los directivos es tomar decisiones que influyen en la operación diaria y en la existencia de la organización y del personal de la misma. Una vez que los directivos formulan los objetivos organizacionales, saben en qué dirección deben apuntar. Su responsabilidad se convierte, pues, en tomar las decisiones que lleven a la organización hacia el logro de sus objetivos.
- 2º. Guía para la eficiencia de la organización: dado que la ineficiencia se convierte en un costoso desperdicio del esfuerzo humano y de los recursos, los directivos luchan por aumentar la eficiencia de la organización cuando sea posible. La eficiencia se define en términos de la calidad total del esfuerzo humano y de recursos que una organización invierte para alcanzar sus objetivos. Por lo tanto, antes de que pueda mejorar la eficiencia de una institución, los directivos deben lograr una clara comprensión de los objetivos organizacionales. Sólo entonces los directivos podrán utilizar los recursos limitados a su disposición tan eficientemente como les es posible.
- 3º. Guía para la coherencia de una organización: el personal de una organización necesita una orientación relacionada con su trabajo. Así los objetivos de la institución se usan como actividad productiva, la toma de decisiones de calidad y la planeación efectiva.
- 4º. Guía para la evaluación de desempeño: el desempeño de todo el personal de una organización debe ser evaluado para medir la productividad individual y determinar lo que se puede hacer para aumentarla. Los objetivos organizacionales son los parámetros o criterios que deben utilizar como base de estas evaluaciones. Los individuos que aportan más al cumplimiento de los objetivos organizacionales deben ser considerados como los miembros más productivos de ella. Las recomendaciones es-

pecíficas para aumentar la productividad deben incluir sugerencias sobre lo que los individuos pueden hacer para contribuir a que la institución se dirija hacia el alcance de sus objetivos.

Definir el propósito y la misión de una organización es difícil. Pero solo así se pueden proponer objetivos, desarrollar estrategias, dirigir recursos y pasar a la acción.

La tarea básica de la organización es la definición de objetivos.

Los objetivos derivan de lo que nuestra organización es, de lo que será, de lo que debería ser. Son los parámetros con los que deberá medirse el rendimiento. Constituyen la estrategia fundamental de la organización:

- Deben ser operativos. Deben poder ser convertidos en tareas y logros específicos.
- Deben ser selectivos. Deben lograr la concentración de recursos y esfuerzos.
- Debe haber varios objetivos. Se deberá trabajar en varias necesidades y metas.
- Los objetivos son necesarios en todas las áreas de las que depende la supervivencia de la institución (áreas clave).

Áreas clave

Peter F. Drucker, uno de los escritores sobre administración más influyentes de esta época, afirma que los directivos deben luchar por desarrollar y alcanzar una gama de objetivos en todas las áreas en donde la actividad es crítica para la operación y el éxito del sistema administrativo.

A continuación se presentarán las 8 áreas clave identificadas por Drucker⁷⁸ para formular los objetivos de un sistema administrativo:

1. **Marketing.** Previo a la definición de los objetivos deben realizarse 2 planteos básicos. Uno es la "concentración", el área que dé sentido a nuestro trabajo. Y la otra es la posición en el mercado. Tanto el monopolio como la posición marginal no son buenas, ambas llevan a la desaparición, debe aspirarse a mantener una posición óptima según las circunstancias, nunca es la máxima.
2. **Innovación.** El objetivo de innovación es el objetivo por medio del cual se convierte en operativa la definición de lo que nuestra organización debería ser.

3. **Recursos humanos.** La primera señal de decadencia de una organización es la pérdida de atractivo para gente calificada y capaz.

4. **Recursos físicos.**

5. **Recursos financieros.** Se deben fijar objetivos para el uso, la adquisición y el mantenimiento del capital y de los recursos monetarios.

6. **Productividad.** El continuo mejoramiento de la productividad es una de las tareas más importantes. Sin objetivos de productividad, se carece de dirección. Sin mediciones de productividad se carece de control.

7. **Responsabilidad social.** Es necesario tener en cuenta con claridad el impacto que puede producir y las responsabilidades que le caben a la organización. La dimensión social es una dimensión de supervivencia. Se existe dentro de una sociedad y una economía. La organización existe gracias a la tolerancia de la sociedad y solo mientras esa sociedad y la economía crean que cumplimos un función útil, necesaria y productiva.

8. **Requerimientos de ganancias.** La ganancia es una condición para la supervivencia. Significa poder pagar el costo de seguir funcionando y el costo del futuro.

Siempre se necesitan objetivos en las 8 áreas clave. Aquella que carezca de objetivos, indefectiblemente se verá relegada. Para ello debemos definir qué será medido, y qué unidad de medida será utilizada. Si bien debemos reconocer lo difícil de definir a ambos, siempre se pueden transformar en trabajo, y este tiene resultados, tiempos y responsables potencialmente definibles.

Por otro lado debemos reconocer que los objetivos no deben transformarse en un chaleco de fuerza. Los objetivos no son el destino, sino la dirección; no son órdenes sino compromisos. Son los medios para movilizar los recursos y las energías para la realización del futuro; pero no lo determinan.

Establecimiento de objetivos organizacionales

A los directivos de hoy se les pide comúnmente fijar objetivos para sí mismos, para sus departamentos y para sus empleados. Los 3 pasos principales que un directivo debe seguir para desarrollar una serie de objetivos de la organización son:

- 1º. Determinar la existencia de cualquier tendencia del entorno que pueda significativamente influir en la operación de la organización.
2. Realizar una serie de objetivos para la empresa como un todo.
- 3º. Realizar una jerarquía de objetivos de la organización.

Estos 3 pasos están interrelacionados y por lo general requieren información de diferentes personas, de diferentes niveles y de diferentes secciones operativas de la empresa.

Parámetros para establecer objetivos cualitativos:

- La declaración de objetivos de calidad, como todos los bienes desarrollados para los humanos, varía drásticamente. Aquí hay unos parámetros generales que se pueden utilizar para aumentar la calidad de los objetivos.
- Permita que los responsables de alcanzar los objetivos tengan voz en fijarlos.
- Especifique los objetivos lo mejor posible.
- Relacione los objetivos a acciones específicas cuando quiera que fuere necesario.
- Señale los resultados esperados.
- Fije metas suficientemente altas para que los colaboradores tengan que luchar por cumplirlas, pero no tan altas como para que se den por vencidos.
- Especifique cuándo se espera que se alcancen los objetivos.
- Fije objetivos sólo en relación con otros objetivos de la organización.
- Escriba los objetivos clara y simplemente.

Parámetros para establecer objetivos operacionales:

Los objetivos deben ser hechos en términos operacionales. Es decir, si una organización tiene objetivos operacionales, se debe poder decir si estos objetivos están siendo alcanzados al comparar los resultados con los objetivos elaborados.

Administración por objetivos (APO):

Es un enfoque de administración que, tomando como base el modelo de sistemas, se orienta al logro de resultados.

En donde cada puesto define sus objetivos en términos de resultados a lograr (y no de actividades), que sean coherentes, específicos, prioritarios, desafiantes y tendientes al mejoramiento permanente;

A través de un estilo de liderazgo que privilegia la participación y la delegación; de manera que dichos objetivos provoquen la motivación del personal, apuntalen la planificación y el control de gestión y sirvan como marco de referencia para la administración de los recursos humanos.

Ventajas de la APO:

Según Certo⁷⁹ hay 2 ventajas en la APO:

- 1º. Los programas APO enfatizan siempre lo que debe hacerse en la organización para alcanzar los objetivos organizacionales.
- 2º. El proceso APO asegura el compromiso del colaborador para alcanzar los objetivos organizacionales. Dado que los directivos y los subordinados han desarrollado los objetivos juntos, ambas partes están genuinamente interesadas en alcanzar esos objetivos.

Harold Koontz⁸ señala las siguientes ventajas: Mejoría de la administración: todas las ventajas de la administración por objetivos se pueden resumir diciendo que da por resultado una administración muy mejorada. No se pueden establecer objetivos sin planeación y la planeación orientada hacia resultados es la única clase que tiene sentido. La administración por objetivos obliga a los directivos a pensar en la planeación para obtener ciertos resultados, más que simplemente planear actividades o trabajos. Para asegurar que los objetivos sean realistas, la APO exige también que los directivos piensen en la forma en que lograrán los resultados, la organización y el personal que necesitarán para hacerlo y los recursos y ayuda que requerirán. De igual forma, no hay un mejor incentivo para el control que un grupo de metas claras.

Características de la APO:

- a. Establecimiento conjunto de objetivos.
- b. Establecimiento de objetivos para cada departamento o posición.
- c. Interrelación de los objetivos departamentales.

- d. Elaboración de planes tácticos y de planes operacionales con énfasis en la medición y el control.
- e. Continua evaluación, revisión y reciclaje de los planes.
- f. Participación activa de la dirección.
- g. Apoyo intensivo del staff durante las primeras etapas.

Partes básicas de la APO:

- 1) Todos los miembros de una organización son asignados al cumplimiento de una serie de objetivos que debe alcanzar durante su período operativo normal. Estos objetivos se fijan en conjunto y se acuerdan con los individuos y sus jefes.
- 2) Periódicamente se hacen verificaciones del desempeño para determinar cuán cercano han llegado los empleados al objetivo.
- 3) Se dan recompensas a los empleados con base en dichos logros.

Proceso de APO:

- 1º. Revisión de los objetivos del colaborador: el directivo obtiene una comprensión clara de los objetivos generales de la organización.
- 2º. Establecimiento de los objetivos del colaborador: el directivo y el colaborador se reúnen para acordar los objetivos que se deben alcanzar al final de un período normal de operación.
- 3º. Supervisión del progreso: durante el período de operación normal y a diferentes intervalos, el directivo y el colaborador verifican si los objetivos están siendo alcanzados.
- 4º. Evaluación del desempeño: al final de un período normal de operación, se juzga el desempeño del colaborador en la medida en que haya alcanzado los objetivos.
- 5º. Recompensas: se dan recompensas a los empleados con base en la medida en que se han alcanzado los objetivos.

Clarificación de la organización: otro beneficio importante de la APO es que obliga al directivo a clarificar los papeles y las estructuras organizacionales. Los puestos se deben construir en base a los resultados fundamentales que se espera tengan las personas que los desempeñan.

Desventajas de la APO:

Certo⁷⁹ señala que:

- 1º. La elaboración de los objetivos puede consumir mucho tiempo, dejando a los gerentes y a los empleados menos tiempo para hacer el trabajo en sí.
- 2º. La elaboración de objetivos por escrito, la comunicación cuidadosa de los objetivos y las evaluaciones de desempeño detallada que requiere un programa APO, aumenta el volumen de papeleo en una empresa.

Harold Koontz⁸⁰ señala las siguientes desventajas:

- a. Deficiencias al enseñar la filosofía de la APO: a pesar de lo sencilla que pueda parecer la administración por objetivos, los directivos que la llevarán a la práctica tienen que comprenderla y apreciarla. A su vez, tienen que explicar a los subordinados qué es, cómo trabaja, por qué se hace, qué papel tendrá en la evaluación del desempeño y, sobre todo, cómo se pueden beneficiar los participantes. La filosofía está elaborada sobre conceptos de autocontrol y auto dirección encaminados a hacer profesionales a los directivos.
- b. Estimulo al compromiso personal: una de las grandes ventajas de la APO es que estimula a las personas a comprometerse con sus metas. La gente deja de hacer simplemente un trabajo, seguir instrucciones y esperar por normas y decisiones; ahora son personas con propósitos claramente definidos.
- c. Desarrollo de controles efectivos: en la misma forma en que la APO produce una planeación más efectiva, también ayuda a desarrollar controles efectivos. Recuérdese que el control incluye medir resultados y llevar a cabo acciones para corregir las desviaciones de los planes con el fin de asegurar que se alcancen las metas.
- d. Deficiencias al dar normas a los encargados de establecer las metas: al igual que cualquier otro tipo de planeación, no puede operar si no se dan las normas necesarias a quienes se espera que fijen las metas. Los directivos tienen que conocer cuáles son las metas de la organización y cómo encaja su propia actividad en ellas. Si las metas son imprecisas, irreales o inconsistentes, es prácticamente imposible que los directivos estén en armonía con ellas.

- e. Dificultad al establecer metas: las metas realmente verificables son difíciles de establecer, en particular si necesita tener el grado exacto de rigidez y flexibilidad, trimestre tras trimestre, año tras año. El establecimiento de metas no tiene que ser más difícil que cualquier otra clase de planeación efectiva, aunque probablemente se necesitará de más estudio y trabajo para establecer objetivos verificables que sean ambiciosos pero alcanzables, que para desarrollar muchos planes que sólo tienden a exponer el trabajo a realizar.
- f. Insistencia en las metas a corto plazo: los directivos fijan metas a corto plazo, rara vez a más de un año y con frecuencia por un trimestre o menos. Es evidente que existe el peligro de poner mayor énfasis en el corto plazo, quizá a expensas del largo plazo. Por supuesto, esto significa que los superiores tienen siempre que asegurarse que los objetivos actuales, al igual que cualquier otro plan de corto plazo, sean diseñados para ser útiles a las metas a más largo plazo.
- g. Peligro de inflexibilidad: con frecuencia, los directivos vacilan en cambiar los objetivos. Aunque quizá las metas dejen de tener significado si se cambian con demasiada frecuencia y no representan un resultado bien pensado y bien planeado, de todas formas es tonto esperar de un directivo que luche por alcanzar una meta que ya ha quedado obsoleta por los nuevos objetivos revisados de la empresa; por premisas cambiadas o políticas modificadas.
- Los supuestos de los 3 campos deben encajar unos en otros.
- La teoría de la empresa debe ser conocida y comprendida en toda la organización. Con el curso del tiempo, tiende a darse la teoría por supuesta, se saltan algunas reglas. Se recuerda la respuesta pero se ha olvidado la pregunta. La teoría de la empresa se ha convertido en cultura. Pero la cultura no es un sustituto de la disciplina y la teoría de la empresa es una disciplina.
- La teoría de la empresa debe ser puesta a prueba constantemente. Es una hipótesis sujeta a fluctuaciones constantes: sociedad, mercados, clientes, tecnología. Incorporada a la teoría de la empresa debe estar la capacidad de cambiarse a sí misma.

Más pronto o más tarde todas las teorías de la empresa caducan y terminan perdiendo todo valor. La primera reacción de una organización cuya teoría esta quedando caduca, es casi siempre defensiva. La siguiente es poner parches. Pero poner parches es algo que nunca funciona. En lugar de ello, cuando una teoría muestra los primeros signos de caducidad, es el momento de replantearse las cosas, de preguntarse que supuestos sobre el entorno, la misión y las competencias nucleares reflejan la realidad con mayor precisión, con la clara premisa que los supuestos que nos han sido transmitidos a través de la historia, aquellos con los que todos crecimos, ya no alcanzan. Es necesario replantear una teoría que se ha estancado y tomar medidas eficaces para cambiar políticas y prácticas a fin de conformar la conducta organizativa a las nuevas realidades del entorno, redefiniendo la misión y las nuevas competencias nucleares que hay que idear y adquirir.

Cada 3 años una organización debería poner a prueba cada servicio, cada producto, cada política, cada canal de distribución, preguntándose, si no estuviéramos haciéndolo ya, empezáramos a hacerlo ahora? Al poner en tela de juicio las políticas y procedimientos aceptados, la organización se obliga a reflexionar sobre su teoría; se obliga a poner a prueba sus supuestos, a preguntarse, porqué no ha funcionado esto que parecía tan prometedor? Nos equivocamos? No hicimos lo acertado? O hicimos lo adecuado y no funcionó?

Como primera medida debemos plantearnos que sin un cuestionamiento sistemático y decidi-

9.6. Teoría de la empresa

La causa primordial de casi todas las crisis, no es que las cosas se hagan mal, ni que se hagan las cosas equivocadas. En la mayoría de los casos se están haciendo las cosas acertadas, pero sin que den frutos. Los supuestos sobre los que se ha construido y se gobierna la organización ya no encajan en la realidad. Toda organización tiene una teoría de la empresa, y en ocasiones ocurre que esa teoría de la empresa ya no funciona.

Características esenciales de una teoría de la empresa:

- Entorno de la organización. Los supuestos sobre entorno, misión y objetivos nucleares, deben ajustarse a la realidad.

do, la organización se verá sobrepasada por los acontecimientos. Despilfarrará sus mejores recursos en cosas que nunca debería haber emprendido o que ya debería haber dejado de hacer. Será incapaz de reaccionar en forma constructiva ante las oportunidades que se crean cuando su teoría de la empresa caduca.

En segundo lugar debemos plantearnos que sucede fuera de la organización y observar especialmente a quienes no son nuestros clientes. Los primeros signos de un cambio fundamental raras veces aparecen dentro de nuestra propia organización o entre nuestros propios clientes; casi siempre surgen primero entre quienes no son nuestros clientes.

Para detectar rápidamente que estamos en problemas se debe prestar atención a las señales de peligro.

- La teoría de la organización queda anticuada una vez que se han alcanzado los objetivos originales. Conseguir los objetivos requiere que junto a la celebración surja el replanteamiento.
- Un rápido crecimiento es otro signo seguro de que la teoría de una organización entrará en crisis. Este crecimiento debe poner en tela de juicio: supuestos, costumbres y políticas.
- Tanto un éxito como un fracaso inesperados ya sean propios o de la competencia, deben plantearse como una crisis de la teoría de la empresa.

En las instituciones de salud la gestión administrativa se ha venido constituyendo en un reto de gran prioridad. Esto es consecuencia directa de los principios generales esbozados por las ciencias económicas y administrativas, según las cuales, la optimización de los recursos es fundamental para asegurar la rentabilidad financiera y social, el crecimiento y la supervivencia de las organizaciones.

En las instituciones, las estrategias son definidas por la conducción, las tácticas por la gerencia media y las operaciones por los equipos operativos.

La salud debe ser un servicio manejado desde una perspectiva empresarial sin perder de vista su misión humanística y compromiso social. Estas condiciones hacen al sector distinto a los demás, en cuanto a que trata con la vida humana, y parecido al resto en que precisa de la administración.

9.7. La necesidad del cambio

En un clima de incertidumbre sobre cómo conducir una organización, los cambios para reactivar la planeación necesitan ser radicales. Son necesarios apoyos, tanto internos como en el sentido político externo. Internamente, se hace necesario aprender a convivir con las ambigüedades externas y adaptar la organización a la falta de continuidad e incertidumbre del medio. La visión estratégica de planeamiento trae una visión de globalidad, integración y acción direccionada a largo plazo.

El mundo contemporáneo, ha sido descrito como colmado de problemas y desafíos, los cuales solo pueden resolverse a través de un gran esfuerzo de cambio, adaptación e innovación.

Conducir el cambio significa no solo tener valores que especifiquen el fin deseado, sino también, habilidades para controlar el proceso social que lleva a aquel fin. Por lo tanto el cambio es un desafío que provoca alteraciones en la manera como las personas ven y comprenden el mundo, en la forma de comportarse y de buscar nuevos valores.

Los problemas contemporáneos pueden resumirse de la siguiente manera:

- No desaparecen ni se resuelven por sí mismos.
- Son difíciles de detectar o prevenir por medio del análisis anticipado.
- Causan mayor daño si no son controlados de inmediato.
- Exigen soluciones urgentes, inclusive antes de ser analizados y de que se conozcan sus principales componentes.
- Nunca se conocerán totalmente los principales componentes del problema.
- Tienen a ser tratados al mismo tiempo que nuevos problemas de igual relevancia y de necesidad inmediata.
- Exigen para su solución algo más que sentido común y buenas intenciones.

Como las estructuras permanecen y no son fácilmente adaptables a las ideas nuevas, los recursos, aún los adicionales, tienden a ser canalizados para el mantenimiento de las estructuras existentes, disminuyendo la posibilidad de éxito para los proyectos nuevos. Administrativamente, esta práctica contribuye a una mayor ineficiencia, porque las innovaciones, cuando son incorporadas,

constituyen simples adiciones a la estructura existente sin modificar la antigua, ya obsoleta.

Una organización es una construcción humana arbitraria y abstracta que se torna en una realidad específica por la acción de sus miembros. Su construcción es hecha normalmente, sobre una base lógica racional, a partir de una intención explícita de alcanzar algún objetivo. Esa construcción, esencialmente basada en la división del trabajo, se supone capaz de actuar de forma integrada y alcanzar el todo deseado.

Sin embargo, cuando se reparten las tareas y se asignan papeles y funciones, no puede evitarse la existencia de percepciones y concepciones diversas sobre la realidad. En este sentido, la realidad pasa a ser un punto de referencia para los diversos comportamientos organizacionales e individuales, los que deben ser coherentes para alcanzar la unidad o integración deseada. Dentro de los factores que más contribuyen a la imperfección del sistema se hallan: la pluralidad de intereses, la autonomía de sectores, la división del trabajo, el poder de ciertos profesionales destacados, los celos en la interacción, la intangibilidad de los servicios sociales.

La colaboración resalta las características que las instituciones tienen en común, que es capaz de unirlos en la acción. Las diferencias, los conflictos y la oposición permanecen porque algunos intereses son inherentemente conflictivos. Sin embargo es necesaria la aceptación de la pluralidad y la comprensión de que los recursos políticos, financieros, tecnológicos y humanos están distribuidos desigualmente en la organización.

Las organizaciones de la salud tienden a ser dirigidas por profesionales con alto grado de identificación con su profesión. Profesores, médicos y enfermeras, poseen ambigüedades en sus motivaciones y en sus lealtades a la organización. Los profesionales son más leales a su profesión y al ejercicio de determinadas tareas que a los objetivos y patrones de eficiencia de la organización para la cual trabajan. En consecuencia, surgen dificultades de colaboración y adhesión a proyectos cooperativos porque los objetivos individuales acaban por ser contradictorios con los objetivos mayores de la organización. Estos profesionales manifiestan poca atención a las funciones gerenciales. Acostumbrados a tener éxito por su esfuerzo, ocupación y acción independiente, tienen dificultades en adaptarse a tareas cuyo éxito es de-

terminado por la capacidad de obtener resultados a través de los otros. Por ello se sienten frustrados, se quejan de la burocracia, de las reuniones y de cualquier tarea que los someta a una dependencia clara de terceros.

Una buena coordinación es fruto de habilidad gerencial para promover la interacción, integración y armonía entre los diversos sectores de un sistema. El ejercicio de la función requiere la promoción de la flexibilidad y el estímulo a la solución de problemas, a la autonomía en la búsqueda de resultados.

Una asunción económica básica es que los recursos (personas, tiempo, instalaciones, equipos y conocimiento) son limitados, mientras que las necesidades no lo son o, al menos, son mayores que los recursos disponibles. Esta asunción define un entorno de escasez que obliga a realizar elecciones entre las alternativas de acción posibles.

La nueva acción directiva requiere capacidad de modificar la realidad con visión de largo plazo y de progreso continuo en la prestación de servicios. La participación y descentralización en la gestión de salud hacen que los dirigentes del sector se sientan estimulados a nuevos emprendimientos e instados a buscar nuevos recursos. En este sentido, la capacidad directiva pasa a ser notada, evaluada y responsabilizada por los éxitos y fracasos en la prestación de servicios.

Cuando una persona ha llegado a ocupar un cargo directivo, debe reconocer que la naturaleza de su trabajo ha cambiado. Antes era técnico ahora dirigente. Su trabajo anterior se basaba en la ejecución racional de un proceso; ahora se basa en gran parte en la toma de decisiones racionales. Antes tenía que saber cómo, ahora tiene que saber el qué. Antes tenía que ser un especialista técnicamente, ahora tiene que ser un especialista en objetivos. Tiene que saber distinguir entre hacer las cosas apropiadamente y hacer las cosas apropiadas.

Liderar significa plantear y promover la propuesta del cambio, la fijación del rumbo, la orientación, la motivación y el logro de los acuerdos, en tanto gestionar representa el orden superador de la complejidad, la planificación, la organización y el monitoreo para el apoyo a las unidades que han de ejecutar las actividades, ambas como funciones complementarias.

Los líderes trabajan con las emociones e ideas de las personas, a través del contacto directo. Los líderes se guían por visiones o alternativas de fu-

turo, no tienen objeciones al momento de romper con estructuras y procesos para llevar a la práctica nuevas ideas y enfrentan los problemas de forma más activa y menos acomodada a las circunstancias existentes. Los líderes son más creativos y más propensos a alterar objetivos para facilitar el compromiso de todos en un ideal común. Los líderes, por enfatizar la imaginación y la visión, indican más rápidamente nuevas posibilidades de desarrollo; procuran no esconder sus emociones y por lo tanto, poseen estilos más dramáticos e imprevisibles.

La gestión es el arte de pensar, de decidir y de actuar; es el arte de lograr el éxito, de obtener resultados que pueden ser definidos, previstos, analizados y evaluados, pero que tienen que ser alcanzados a través de personas y en una interacción humana constante.

El aprendizaje gerencial es el proceso por el cual un individuo adquiere nuevos conocimientos, actitudes y valores con relación al trabajo administrativo; fortalece la capacidad de análisis de problemas, toma conciencia de alternativas de comportamiento; conoce mejor sus propios estilos gerenciales y obtiene habilidades para una acción más eficiente y eficaz en determinados contextos organizacionales.

Se debe propender a manejarse con racionalidad. Esta implica justicia, rectitud, derecho para decidir y equidad en lo decidido. Ético quiere decir ajustado a las normas morales; actitud hace referencia a la disposición de ánimo de los dirigentes que debiera propender a la generosidad y al servicio; en tanto que los procedimientos se refieren particularmente a la democratización y transparencia de lo actuado, en forma abierta y participativa.

Dado que liderar implica principalmente construir la viabilidad política de la propuesta y del proceso de cambio, es la tarea que más tiempo consume al grupo de conducción, ya que supone relaciones e interacciones con grupos y personas numerosos y diversos, involucrados e interesados en la salud.

Cualquiera fuera el camino para desencadenar los procesos de cambio, una de las decisiones que la conducción debiera tomar en primer término, es la construcción explícita de un ideario compartido, que resume las principales líneas, principios y valores y enmarque o señale el paradigma bajo el cual habrá de desarrollarse la gestión.

Hay que estar prevenido contra los engaños de la racionalización, del sentido común, de las analogías, de lo obvio, de las tramas del poder.

Para actuar frente a una realidad compleja y dinámica es necesario comprender:

- La imposibilidad de consensos absolutos.
- La necesidad de pensar situaciones alternativas.
- La posibilidad de aceptar multiplicidad de objetivos.
- Las contradicciones y aceptarlas sin que esto signifique las síntesis de las contradicciones sino la convivencia.
- Saber y hacer en el desorden.
- Ser continente de los problemas.

No menos importante es evitar equivocar el camino siguiendo líneas engañosas como:

- El incrementalismo. Hacer más de lo mismo.
- Reconciliación con el pasado. (lo que se hacía antes era mejor).
- Disociar la planificación de la ejecución.
- Planificar por mini análisis (ignorar el todo).
- Definir objetivos de manera amplia e imprecisa (si no se sabe a donde ir, cualquier camino es bueno).
- Atención solo de la coyuntura. (evitar males y no intentar objetivos de cambio)

El cambio exige una ardua tarea para su implementación, y sus etapas son:

- Sensibilización de los líderes.
- Compromiso de los líderes.
- Capacitación gerencial.
- Adecuaciones estructurales y humanas.
- Establecimiento de prioridades.
- Desarrollo de proyectos en áreas seleccionadas.
- Diseminación de los proyectos.
- Incorporación de los principios del cambio en todos los niveles.
- Cambio cultural.

"Marketing"

Es el arte y la ciencia de realizar buenos tratos, ofreciendo el producto apropiado, en el momento oportuno y de manera accesible, recibiendo a cambio una compensación razonable. Un buen trato será aquel que satisfaga las expectativas de las dos partes de la relación.

El "marketing" hospitalario consiste en identificar las necesidades y preferencias de los pacientes y de

la población a la que se quiere asistir y diseñar la atención sanitaria, médica y hotelera que satisfaga dichas necesidades en tiempo y forma adecuados, y con costos aceptables y sustentables a largo plazo.

Las 4 funciones del "marketing" son: análisis de necesidades, política de productos, distribución y comunicación.

Cuando se habla de mercado se involucra:

- a) al conjunto de clientes actuales y potenciales,
- b) al lugar donde se realiza el intercambio,
- c) al mecanismo de asignación de recursos y
- d) al volumen de actividad, o cuota del mercado en relación al volumen total de actividad del ámbito de referencia.

La estrategia de "marketing" forma parte de la estrategia de la organización y del plan de calidad de la misma. Por consiguiente la alta dirección es la responsable de definirla y asumirla. La estrategia de "marketing" ayuda a centrar la estrategia institucional en la satisfacción de las necesidades de los clientes. Este es el objetivo. El adecuado uso de las herramientas de "marketing" requiere voluntad por parte de la dirección, selección adecuada del personal, formación continuada, investigación permanente y ánimo de superación.

La función del servicio de cirugía es alinearse con la estrategia de la institución, colaborando con información sobre los desarrollos e innovaciones que realiza el servicio.

10. ROL DE LA INFORMÁTICA: FACTURACIÓN, INFORMATIZACIÓN DE ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS, ARCHIVO DEL SERVICIO, ACCESO A LOS DATOS

10.1. Sistemas de Información

Es el conjunto de personas, recursos físicos, normas, procesos, procedimientos y datos que funcionan articulados y que buscan facilitar y apoyar el desempeño de las personas para el cumplimiento de las actividades previstas para la operación y desarrollo de la organización.

La información debe caracterizarse por:

- Disponibilidad: debe ser asequible a aquellos a quienes esté destinada en tiempo y forma.
- Confidencialidad: debe llegar sólo a las personas indicadas.
- Integridad: los datos deben ser completos y fiables.
- Protección: debe garantizarse la seguridad e inalterabilidad de los mismos.

La función del sistema de información es captar, transformar y mantener tres niveles concretos de elementos: dato (sin procesar), información (datos procesados) y conocimiento.

El conocimiento representa un concepto intelectual de un orden superior, en el que la información de diversos campos y fuentes se vinculan, validan y correlacionan, transformándose finalmente en conocimiento.

Las Tecnologías de la Información (TI) aplicadas al campo de la medicina juegan dentro de cualquier institución médica un rol preponderante en la mejora de la calidad de atención y en la eficiencia de la gestión de salud.

La presencia en Internet juega un rol fundamental en la difusión, el conocimiento y la actividad diaria de las entidades de Salud. El gran poder de comunicación de una página web permite a la institución disponer de un contacto permanente con los interesados en sus servicios.

Un sitio web presenta a la institución de salud ante la sociedad. Muestra el modelo institucional, sus valores, las autoridades, la organización, los servicios que brinda y los profesionales que en ella ejercen su actividad.

Es importante la presencia en la página institucional de publicaciones y trabajos de investigación de sus profesionales así como de noticias de interés dirigidas tanto a la comunidad científica como al público en general.

Internet es también un medio conveniente para que los allegados a la institución realicen autogestión. La autogestión es un concepto nuevo en instituciones de salud. Con ella se pretende brindar una mayor comodidad a los usuarios, agilizando y mejorando su atención. A la vez, se logra hacer más eficientes los procesos y recursos humanos de la institución. Ejemplos de autogestión son la posibilidad de tomar turnos vía Internet, imprimir facturas on-line, publicar páginas web con información para proveedores, entre otros.

La figura 3 muestra la página web del HPC.

A continuación en la figura 4 mostramos la pantalla para la autogestión de turnos por Internet. Los pacientes, pueden obtener sus turnos simplemente seleccionando al médico, día, y hora disponibles. Imprimen su turno y se presentan a la consulta el día y hora elegidos. De esta manera se evita la saturación de líneas telefónicas abocadas al fin de dar turnos con los profesionales.

Turnos de la Especialidad Ginecología

Hija de la especialidad de Ginecología y Obstetricia al nivel de Confianza (para Confianza).

UNIFORME

El día de la semana de trabajo en el Hospital y en el día de la semana, según el turno (diurno, nocturno o mixto).
 Si el día de la semana de trabajo en el Hospital y en el día de la semana, según el turno (diurno, nocturno o mixto).
 Si el día de la semana de trabajo en el Hospital y en el día de la semana, según el turno (diurno, nocturno o mixto).

Funcionario	Hora primera	Lugar	Especialidad	Estado
Dr. Juan Carlos	08:00-12:00	08:00	Ginecología	On Time
Dr. Juan Carlos	12:00-16:00	12:00	Ginecología	On Time
Dr. Juan Carlos	16:00-20:00	16:00	Ginecología	On Time
Dr. Juan Carlos	20:00-24:00	20:00	Ginecología	On Time
Dr. Juan Carlos	08:00-12:00	08:00	Ginecología	On Time
Dr. Juan Carlos	12:00-16:00	12:00	Ginecología	On Time
Dr. Juan Carlos	16:00-20:00	16:00	Ginecología	On Time
Dr. Juan Carlos	20:00-24:00	20:00	Ginecología	On Time
Dr. Juan Carlos	08:00-12:00	08:00	Ginecología	On Time
Dr. Juan Carlos	12:00-16:00	12:00	Ginecología	On Time
Dr. Juan Carlos	16:00-20:00	16:00	Ginecología	On Time
Dr. Juan Carlos	20:00-24:00	20:00	Ginecología	On Time
Dr. Juan Carlos	08:00-12:00	08:00	Ginecología	On Time
Dr. Juan Carlos	12:00-16:00	12:00	Ginecología	On Time
Dr. Juan Carlos	16:00-20:00	16:00	Ginecología	On Time
Dr. Juan Carlos	20:00-24:00	20:00	Ginecología	On Time
Dr. Juan Carlos	08:00-12:00	08:00	Ginecología	On Time
Dr. Juan Carlos	12:00-16:00	12:00	Ginecología	On Time
Dr. Juan Carlos	16:00-20:00	16:00	Ginecología	On Time
Dr. Juan Carlos	20:00-24:00	20:00	Ginecología	On Time
Dr. Juan Carlos	08:00-12:00	08:00	Ginecología	On Time
Dr. Juan Carlos	12:00-16:00	12:00	Ginecología	On Time
Dr. Juan Carlos	16:00-20:00	16:00	Ginecología	On Time
Dr. Juan Carlos	20:00-24:00	20:00	Ginecología	On Time

FIGURA 4
Gestión de turnos

operatoria diaria, pero no para la toma de decisiones estratégicas por parte de la cúpula directiva, ni para presentar una imagen sintética de la situación de la misma en relación con sus objetivos. Es posible tener resueltas las soluciones operativas del día a día, y carecer de una visión general de la organización. Para ello son necesarios 2 elementos adicionales:

- a) un diseño de qué información es relevante para el directivo y la estrategia y
- b) el dispositivo que extraiga y presente esta información a partir de los sistemas operativos.

La selección de la solución informática que dará apoyo a los procesos hospitalarios es una decisión importante. Se deben tener en cuenta los siguientes elementos:

- Compromiso de la Cúpula directiva: no es tan solo una decisión técnica, que debe ser tomada por el departamento de informática, es una decisión relevante que cambiará la operatoria del hospital.
- Compromiso médico: debemos asegurarnos de la aceptación médica al proyecto, ya que la participación es clave en el éxito del mismo.
- "Software" comercial: en el caso de optar por un desarrollo comercial, debemos asegurarnos de que la herramienta ya se halla funcionando

en otra institución. Además debemos balancear el hecho de que quedaremos vinculados a dicha empresa en forma duradera, lo cual puede no ser bueno.

- "Software" propio: el desarrollo informático institucional tiene ciertas ventajas y desventajas. Pero es bueno remarcar que ante cualquier defecto, al programador lo tendremos a mano, que la empresa no desaparecerá, que no se pondrá obsoleto el programa y deberemos caer en la misma empresa de la cual nos sentimos dependientes. Además este podrá ser un paso hacia futuros desarrollos.

Los beneficios de las tecnologías de la informática en salud son:

- seguridad:
- reducción de las reacciones adversas a fármacos en internación y ambulatorio.
- Salud:
- Medidas preventivas.
- Gestión de enfermedades crónicas.
- Ahorro de costos y mejoras de la eficiencia.

Un ejemplo práctico del HPC:

Para ejemplificar los conceptos antes expuestos, se muestra un ejemplo, relacionado a la actividad

Anota turnos en quirófanos miercoles. 07/03/07

ZARATE AIDA LEONOR

Fecha: 14/03/2007 MIÉRCOLES Quirofano: 2 CIRURGIA

Hora ing.: 06:00 Duracion: 60 '(min)

MODIFICACIONES

Historia: 223396 F 25340400 OBRA SOCIAL PERSONAL SANI

Cobex.: 2

Espec.: 16 UROLOGIA Sector.: I INTERNAC.

Tipo.: L IMPIA Practice Q.: NEFROLITOTRIZIA PERCUTANE

Practica#:

Anestesia: G EBERAL Anatomia patologica: NO

Instrumentadora: S SI Transfusión :..... N NO

Otros requerimientos :

Observaciones :

Solicitado por : VAA VAREA SANDRO

PLANTEL MEDICO Cod. activ. 1 Medico VAA VAREA SANDO

Cirurgano

0 - Tabla de codigos (Ctrl-G) termina carga del plantel

FIGURA 5
Turnos de quirófano

quirúrgica. Este ejemplo muestra toda la secuencia de eventos que se dan desde el momento en que se programa una cirugía hasta que el paciente egresa de la internación. La intención es mostrar que la información se registra una **única vez** pero, además de incorporarse a la Historia Clínica, integralmente, se la utiliza para propósitos administrativos, facturación, estadísticas, etc.

Turno de Quirófano

El caso trata de un paciente al que se le efectuará una nefrolitotricia percutánea. En la figura 5 se observa la información que se registra al momento de reservar un turno de quirófano.

Plan Quirúrgico (Fig. 6)

Una vez registrada la reserva del quirófano, la misma pasa a formar parte del Plan Quirúrgico de esa fecha y sirve a los fines de preparar las cirugías con lo necesario: personal, bioinsumos, medicamentos, kit de cirugía, anestesia, etc.

Carga del Parte de Cirugía (Fig. 7)

Al realizarse la cirugía se confecciona el Parte Quirúrgico que consigna, entre otras cosas, los procedimientos realizados, el plantel interviniente y los insumos utilizados.

Factura del Paciente (Fig. 8)

La información registrada en el Parte Quirúrgico, tanto los insumos como las prácticas médicas, pasan a formar parte de manera automática de la factura del paciente. Aquí se observa en la pantalla de prácticas del Sistema de Facturación a Pacientes, las prestaciones registradas en el parte quirúrgico. De la misma manera toda información que se registre en cualquier otro sector (Laboratorio de Análisis Clínicos, División Imágenes, Farmacia, Enfermería, etc.) se incorporará automáticamente a la factura del paciente.

De manera similar a lo visto en el caso de la factura del paciente, lo registrado en los distintos sistemas pasa a formar parte de la factura para la Obra Social (Fig. 9).

Actualización de "Stock" (Fig. 10)

Los quirófanos cuentan con un "Stock" conteniendo los insumos de uso habitual. A medida que se van utilizando insumos en las cirugías se van descontando las existencias del banco de stock. En las pantallas siguientes se observa el estado de las existencias del artículo DEXTROPROPOXIFENO (cód. 90364) antes y después de registrar el parte quirúrgico.

Luego del acto quirúrgico podemos observar la modificación del stock (Fig. 11).

Anota turnos en quirófanos miercoles. 07/03/07

ZARATE AIDA LEONOR

Fecha: 14/03/07

Quirófano: _____

Mora ing.: _____ Duración: _____ (min)

historia	Fecha	Inic.	Final	qui.	Diag. Quir.	Cir.
223386	14-03	08:00	09:00	5	NEFROLITOTRICA	VAA
364876	14-03	08:00	09:30	5	TIMPANOPLAST O.	GII
408070	14-03	08:00	09:00	6	OSTEOSINT CODO	QUR
284713	14-03	08:00	08:45	7	EKL FIEL	GII
385492	14-03	08:00	09:30	9	LCA	FAI
381115	14-03	08:00	10:00	10	LIFTING	RUI
138232	14-03	08:00	08:10	11	FACO CON LIO	VEN
108281	14-03	08:00	08:10	12	CISTOSCOPI	BSC
121449	14-03	08:20	08:30	12	CISTOSCOPI	BSC
313547	14-03	08:40	08:50	12	CISTOSCOPI	BSC

[esc] sale [enter] modifica [Ctrl-u] Anula [Ctrl-t] turno

Ingrese fecha

FIGURA 6
Plan quirúrgico

Carga de partes de quirófano ZARATE AIDA LEONOR Fecha: 14/03/2007

Fecha: 14/03/2007 N.C.: 223386 F. _____

Parte: 41523 Quirófano: 2

Ingreso: 07:20 Egreso: 10:00 Progr.: PR Tipo Oper.: L

Espec.: 16 UROLOGIA Categ.: A Sector: 2 INTERNACION

Cobertura: 2 Diag. presuntivo: NEFROLITOTRICA PERCUTANE

P. Quir.: _____ Diag. de Egr.: _____

ANESTESIA: Ini.: 07:40 Fin.: 09:45 Tipo: G GENERAL A.E.A.: 1

CIRUGIA...: 08:00 09:50 Trat. del dolor: _____

Practica	Plantel	Medico	Ex. Medico	Suplente
170109	1 Cirujano	VAA VARELA SANDR	1	
100150	5 Ier. Aneste	ACS ACOSTA CECI	1	
163001				

Medicamento	Cantidad	Consumo
20015 / 2 ELECTRODOS DESCARTABLES	3	3
90366 / 6 DEXTROPROPOXIFENO/DIFENHA 50/	2	2
90663 / 1 VECURONIUM BROM 10 mg. AMP	10	10
150066 / 1 PERFUS N° 1 V-14	2	2

Ingresos 0-Busq. Alfabética (Ctrl-G) Graba (Ctrl-B) Borrará reemplaz

FIGURA 7
Carga del parte de la cirugía

Al final del día, Farmacia repone al quirófano los medicamentos utilizados en las distintas cirugías. La pantalla siguiente muestra la reposición de las dos unidades de DEXTROPROPOXIFENO empleadas en la cirugía del ejemplo (Fig. 12).

10.2. Datos de Internación

Al ser las internaciones los episodios más costosos de la atención médica, es en esta circunstancia en la que más se ha trabajado.

Existe consenso sobre el conjunto de datos básicos imprescindibles para poder evaluar una

internación. Estos se originaron en el Uniform Hospital Discharge Data Set (UHDDS).

Los Group Related Diseases (GRD), creados con el fin práctico de poder facturar por medio de códigos totalizadores, internaciones similares por sus costos, ayudó a simplificar la maraña de códigos del ICD-9 o 10.

El Conjunto Mínimo de Datos Básicos al Alta Hospitalaria (CMDB-AH), que resultaron de la experiencia a través de los años comprenden:

- Historia Clínica:
- Fecha de nacimiento.
- Sexo.

FACTURAS DE ADMISION

MENU: A-Identif. **B-Practicas** C-Medicamentos D-Consultas ...

H.Clin. 223386 O.Sec. 2 O.S.P.S.A. Av. 8

Sector 73 Hab. 233 Cama 3

Fecha 14/03/07 Codigo 20% Ar. % Ar. Cant. Med. % Pac. \$ Pac. Documentación

Receita: Autoriz. previa// Presentó:

14/03/07	100150	8	100.000	1	VAA	0.00	0.00
14/03/07	161009	8	100.000	1	ACS	0.00	0.00
14/03/07	163001	8	100.000	1	ACS	0.00	0.00
14/03/07	170109	8	100.000	1	ACS	0.00	0.00
14/03/07							

-->Confirma *E=Pone 0 *B=Elimina *T=Aut. Espec. *V=Mensaje *P=Prest. Especial
Ingresar Fecha de la Practica

Registrado por: Quirofano.

FIGURA 8
Factura del paciente

Detalle Rendicion - 14/03/2007 al 14/03/2007

Historia Clinica: 223386

Internacion

Fecha	Ctrl.Pract.	Cant.	Aranc.	%Aranc.	Forc.	20%	Total Borr.
14/03/2007	P * 430101	1	7		100.00		150.48
14/03/2007	P * 431001	1	7		100.00		13.20
14/03/2007	P * 100150	1	8		100.00		4800.05
14/03/2007	P * 161009	1	8		100.00		345.00
14/03/2007	P * 163001	1	8		100.00		25.20
14/03/2007	P * 420301	1	7		100.00		26.40
14/03/2007	P * 170109	1	8		100.00		27.47
14/03/2007	H * 90364	2			100.00		14.12
14/03/2007	H * 90663	10			100.00		84.29
14/03/2007	H * 140019	1			100.00		14.30
							5500.51

Practica/Medic MODULO NEFROLITOTRIZIA PERCUTANEA Incluye: honor

-->Ctrl-->Ins. fila-->P>Modif.%Aranc-->V>ias-->H>Medicos-->C>consultas-->
-->O>Texto-->T>Mens. Adm. -->Ctrl-G>raha-->Esc>Salir
Ingresar Codigo de Practica o Medicamento (Ctrl-B= Búsqueda)

FIGURA 9
Factura para la obra social

Hospital Privado de Comunidad CONSULTA DE STOCK DE BANCOS					
Sector	2 QUIROFANOS GENERALES				Comple
Codigo	Descripcion	Banco	Existente	C.Ba	
90320	LIDOCAINA JALEA 25 ML.	9	9		
90322	LIDOCAINA SPRAY 50 grs.x 20 d	3	1		
90323	LIDOCAINA VISCOSA Sol.x 50ml.	5	0		
90329	AMIODARONA 150 MG. AMP.	32	32		
90335	NITROGLICERINA 25 MG.AMP	10	2		
90353	GENTAMICINA 80 MG.AMP	82	8		
90360	NIFEDIPINA 10 MG.CAPS.	16	16		
90364	DEXTROPROPOXIFENO/DIPIRONA 50	20	20		
90368	BUPIVACAINA 0,50 % HIPERBARIC	30	29		
90369	BUPIVACAINA 0,75 % ESPINAL	30	13		
Frm: Bhandaa Ctrl-D: Terminar Ctrl-E: C. Barras					

FIGURA 10
Stock de quirófano, previo al acto quirúrgico

Hospital Privado de Comunidad CONSULTA DE STOCK DE BANCOS				
Sector	2 QUIROFANOS GENERALES			Comp.
Codigo	Descripcion	Banco	Existente	C.
90320	LIDOCAINA JALEA 25 ML.	9	9	
90322	LIDOCAINA SPRAY 50 grs. x 20 d	3	1	
90323	LIDOCAINA VISCOSA Sol. x 50ml.	5	0	
90329	AMIODARONA 150 MG. AMP.	32	32	
90335	NITROGLICERINA 25 MG. AMP.	10	2	
90353	GENTAMICINA 80 MG. AMP.	82	8	
90360	RIFEDIPINA 10 MG. CAPS.	16	16	
90364	DEXTROPROPOXIFENO/DIPIRONA 50	20	18	
90368	BUPIVACAINA 0,50 % HIPERBARIC	30	29	
90369	BUPIVACAINA 0,75 % ESPINAL	30	13	
<Esc> Abandona <Ctrl-F> Imprimir <Enter> C.Barras				

FIGURA 11

Stock del Quirófano luego de registrar el parte quirúrgico

Hospital Privado de Comunidad Sistema: Esterilizacion - Farmacia				
Detalle del Pedido				
Articulo	Descripcion	Cantidad	Entrega	C.B.I
90271	RIFAMICINA SPRAY	1	1	1
90288	ATROPINA 1MG./ML AMP.	24	24	1
90292	PASITIDINA 80 MG. AMP.	4	4	1
90296	MAGNESIO SULFATO 25% AMP. 5ML.	3	3	1
90304	METILPREDNISOLONA 500 MG. V.A.	2	2	1
90323	LIDOCAINA VISCOSA Sol. x 50ml.	5	5	1
90335	NITROGLICERINA 25 MG. AMP.	8	8	1
90353	GENTAMICINA 80 MG. AMP.	74	74	1
90364	DEXTROPROPOXIFENO/DIPIRONA 50/	2	2	1
90368	BUPIVACAINA 0,50 % HIPERBARICA	1	1	1
Estado Banco: Topo = 20 - Saldo = 18 - Max. Rep = 2				
<Ctrl-P> Pasa 0 en Entrega <F10>Codigo de Barra <Esc>Abandona				
Ingresar Cantidad a Entregar				

FIGURA 12

Farmacia realiza la reposición de los insumos

- Domicilio.
- Cobertura.
- Servicio de Ingreso.
- Fecha de ingreso.
- Fecha de operación.
- Fecha de alta.
- Diagnóstico Principal.
- Diagnóstico Secundario.
- Procedimiento quirúrgico/obstétrico.

Los procesos informáticos han cumplido una labor destacada en el manejo de la información administrativa tendiente principalmente a la facturación. Pero no han sido tan puntillosos en cuanto a información médica se refiere.

10.3. Historia clínica informatizada (HCI)

La HCI tiene un gran potencial para mejorar la toma de decisiones y controlar los resultados. Pueden instrumentarse ayudas al accionar médico incorporados al sistema. En forma de:

- Asistencia para la prescripción de medicamentos, ayudando a reconocer interacciones, alergias y dosis adecuadas.
- Guías clínicas accesibles de acuerdo al diagnóstico.
- Solicitud de estudios complementarios.

Con estas necesidades y objetivos planteados, el desafío de los sistemas de información pasa

fundamentalmente por proveer los medios para *informatizar la historia clínica*. Superando ampliamente el rol de la historia clínica tradicional. Se reconocen a la historia clínica informatizada una serie de beneficios, entre los que contamos:

- Facilitar el acceso a la información médica del paciente en forma rápida, completa y legible.
- Mejorar la calidad de la atención médica.
- Minimizar la posibilidad de cometer errores, asistiendo en la prescripción de medicamentos, ayudando a reconocer interacciones, alergias y dosis adecuadas.
- Reducir costos disminuyendo la realización de tareas administrativas repetitivas, evitando la probabilidad de error presente cada vez que se transcribe información y eliminando la manutención inadecuada de registros médicos basados en papel.
- Registrar la información médica una única vez, utilizándola luego para múltiples propósitos no relacionados directamente con la prestación asistencial.

En este enfoque integral del desarrollo de sistemas, se busca que el registro médico abastezca de información a funciones tales como:

- Gestión administrativa / Facturación
- Análisis de costos
- Análisis de desempeño médico
- Realfirmación / modificación de conductas médicas en base a resultados obtenidos
- Ser útil para los fines Médico-Asistenciales, Docentes, de Investigación, Administrativos y Legales que debe cumplir toda historia clínica⁶⁰.

En el proceso de desarrollo de la historia clínica informatizada, pueden señalarse una serie de condiciones y factores necesarios para alcanzar una implementación adecuada. En primer lugar, destacar el rol de los distintos actores que participan en el proceso de atención médica. El desarrollo de un proyecto de estas características necesariamente requiere del trabajo conjunto e interdisciplinario de todos los sectores: profesionales de la salud en sus distintos perfiles (médicos, enfermeros, farmacéuticos, paramédicos, entre otros), personal administrativo, profesionales de TI y directivos de la institución.

Respecto de los cuadros directivos, es necesario resaltar que sin su convencimiento y apoyo, obviamente el proceso no alcanzará su objetivo.

En cuanto al área de TI, se puede pensar hoy que, con el avance informático y tecnológico, el desarrollo de la historia clínica informatizada no está limitado por cuestiones técnicas. Sin desconocer la enorme complejidad inherente al desarrollo de software de estas características, los recursos tecnológicos de los que hoy se dispone hacen que este aspecto sea quizás el más claro de resolver. Tal vez los mayores escollos para el aprovechamiento de dichas tecnologías están dados por las dificultades para obtener los recursos económicos necesarios para adquirirlas.

Indudablemente existirán dificultades a vencer que tienen que ver con cuestiones culturales y sociales. El uso de la informática para el registro de actos médicos supone alterar las normas y prácticas tradicionales dentro de la institución. Es fundamental entonces el rol que el cuerpo de profesionales médicos, enfermeros y paramédicos asuma en esta cuestión como fuerza impulsora del proyecto. Serán estériles los esfuerzos que se hagan por informatizar la historia clínica si los principales usuarios/beneficiarios de la misma no se involucran durante el desarrollo del proyecto y si, una vez puesto en marcha, no registran información adecuada, fidedigna, completa y oportuna.

Se dijo antes que la información registrada debe ser fuente de consulta para la investigación, la docencia y la toma de decisiones basada en certidumbres. Para lograrlo, necesariamente deben existir métodos ágiles y prácticos que permitan almacenar información codificada. Codificar diagnósticos, prestaciones médicas, médicos efectores, prescripción de medicamentos, tratamientos, etc. es lo que permitirá obtener información oportuna, confiable y útil a los fines antes nombrados. Es tarea de los médicos entonces acercarse a los centros de cómputos de las instituciones para colaborar en aportar las variables necesarias a los fines de poder realizar una gestión clínica adecuada.

En el plano tecnológico, hay algunas consideraciones de importancia como son:

- Asegurar la disponibilidad de la información contando con sistemas tolerantes a fallas (7 x 24)
- Preservar la integridad, secuencialidad, inalterabilidad y confidencialidad de la información
- Los sistemas de historia clínica electrónica podrían basarse en tecnologías internet/intranet,

ya que ofrecen una serie de valiosas cualidades:

- Interfaz sencilla, conocida por el usuario final, uniforme
- Requerimientos de Hardware mínimos por parte de los usuarios
- Bajo costo del mantenimiento de las aplicaciones
- Facilidad de acceso a la información

Finalmente, no podemos dejar de hablar de la cuestión legal de los registros médicos informatizados. En este sentido, podemos decir que nuestro país no posee una legislación específica. En cuanto a la validez de forma en que se llevan los registros médicos, cuando la ley no exige una forma determinada para el acto jurídico, las partes pueden elegir la forma que consideren conveniente.

Cualquiera sea la forma, necesariamente, la historia clínica deberá ofrecer un registro médico completo, legibilidad, autosuficiencia (toda la información importante para el proceso de la prestación asistencial debe estar presente), secuencialidad (la sucesión de registros debe respetar el orden cronológico en que sucedieron los hechos), atribubilidad (cada registro médico debe poder atribuirse a un responsable) y confidencialidad.

La Recomendación R (97) 5, del 13.02.97, del Comité de Ministros del Consejo de Europa a los Estados Miembros sobre Protección de Datos Médicos, apartado 9.2 pone en consideración una serie de cuestiones tendientes a proteger los derechos de los pacientes y a su vez, preservar el correcto ejercicio profesional:

- a. impedir que cualquier persona no autorizada tenga acceso a las instalaciones de procesamiento de datos personales (control de entrada a las instalaciones);
- b. impedir que el soporte de los datos sea leído, copiado, alterado o retirado por personas no autorizadas (control del soporte de los datos);
- c. impedir la introducción no autorizada de datos en el sistema de información, y cualquier consulta, modificación o borrado no autorizados de datos personales procesados (control de memoria);
- d. impedir que los sistemas de procesamiento automatizado de datos sean usados por personas no autorizadas a través de equipos de transmisión de datos (control de utilización);
- e. asegurar -teniendo en cuenta, por un lado, el acceso selectivo a los datos y, por otro, la seguridad de los datos médicos- que el diseño del sistema de procesamiento, como norma general, es tal que permite la separación de:

FIGURA 13
Datos de internación

- identificadores y datos relativos a la identidad de las personas,
- datos administrativos,
- datos médicos,
- datos sociales,
- datos genéticos (control de acceso);
- f. garantizar la posibilidad de comprobar y verificar a qué personas u órganos se pueden comunicar los datos a través de equipos de transmisión de datos (control de comunicación);
- g. garantizar que sea posible comprobar y establecer "a posteriori" quién ha tenido acceso al sistema y qué datos personales han sido introducidos en el sistema de información, cuándo y por quién (control de introducción de datos);
- h. impedir la lectura, copia, alteración o borrado no autorizados de datos personales durante la comunicación de datos personales y el traslado de soportes de datos (control de transporte);
- i. salvaguardar los datos mediante copias de seguridad (control de disponibilidad).

Base de datos del HPC

La base de datos electrónica a la que accede el profesional médico ha sido desarrollada con tecnologías basadas en internet. Las pantallas si-

guientes muestran el Informe de Internación del paciente, con los diagnósticos clínicos codificados según ICD 9 y 10, los procedimientos quirúrgicos y una lista de eventos que sucedieron durante la internación (Fig. 13).

A partir del número de HC del paciente accedemos a los datos básicos de internación. Fecha, nombre, estadía, diagnósticos y procedimientos.

Podemos también acceder a los sectores de internación donde estuvo el paciente internado y a los exámenes complementarios realizados (Fig. 14).

Desde la lista de eventos se puede acceder a cada uno de los informes correspondientes como veremos en las pantallas subsiguientes (Fig. 15).

Laboratorios de Análisis Clínicos (Fig. 16)

Al paciente se le efectuaron dos análisis, uno el día 14 y otro el día 15. Aquí mostramos en detalle el análisis del día 14. Resaltados aparecen los resultados que se encuentran fuera de los valores de referencia

Informes de División Imágenes (Fig. 17)

El informe de radiografía muestra tanto la interpretación de la placa como la imagen de la misma.



FIGURA 14

Sectores de internación, Exámenes complementarios



FIGURA 17
Imágenes

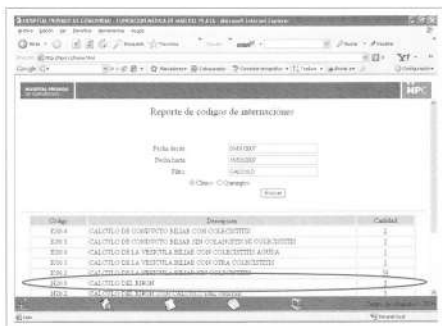


FIGURA 18
Búsqueda de casos

Investigación – Búsqueda de casos

Cumpliendo con el objetivo de ser fuente de consulta e investigación, el profesional puede buscar casos de una determinada patología, como vemos en el ejemplo siguiente (Fig. 18).

En el período buscado se hallaron tres casos de CALCULO DEL RIÑON, uno de ellos es el del caso de ejemplo. Desde aquí se puede acceder a la Historia Clínica de cada uno de los casos (Fig. 19).

La informatización de la historia clínica se halla avanzando a paso seguro y creemos que en el mediano plazo va a transformarse en el estándar,

momento en el cual la obtención, procesamiento y análisis de los datos va a permitir evaluar rápidamente todas aquellas variables fundamentales a la hora de la toma de decisiones.

La informática a través de los sistemas expertos ofrece además otras posibilidades.

Por otro lado tenemos el desarrollo de programas de consulta para la resolución de casos, que si bien suenan muy prometedores, no se han popularizado demasiado.

Por otro lado tenemos los simuladores que representan un medio válido para el desarrollo de habilidades, a través de modelos virtuales²¹⁻²⁴.

Reporte de código de informaciones

Tipo de Base
Código: 0000
Dirección: 10000000 1000 0000
Fecha de inicio: 11/11/2007
Fecha de fin: 11/11/2007

Nº de	Actividad y estado	Tipo	Evaluación	Resultado	Ejemplo
11111	Investigación de la actividad	Presencia	10	1	Adm.
00000	Investigación de la actividad	Presencia	10	0	Adm.
00000	Investigación de la actividad	Presencia	40	0	Adm.

Total: 1 caso

FIGURA 19
Acceso a las Historias Clínicas

11. DOCENCIA E INVESTIGACIÓN EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA

Si bien no todo servicio de cirugía puede o debe asumir la responsabilidad de formar recursos humanos en cirugía, debemos aceptar que una residencia en el seno de un servicio es un factor que propende a la mejora continua del mismo. Antes de pensar en formar una residencia debemos contar con la disponibilidad y predisposición de los cirujanos del servicio. De no menor importancia es el volumen quirúrgico, que debe ser adecuado para una amplia exposición a la patología frecuente e infrecuente que debe asegurar la solidez de la formación quirúrgica. Una vez decidida la formación de una residencia, se debe realizar un programa de formación con responsabilidad progresiva, que aunado al aprendizaje de la metodología científica propenda al desarrollo de cirujanos no solo técnicamente preparados, sino con un manejo de la información científica que le permita una actualización permanente basada en la evaluación criteriosa de las publicaciones científicas de la especialidad. La medicina basada en la evidencia ha llegado para quedarse y el conocimiento de esta herramienta no debe faltar en el acervo de los cirujanos en formación.

Es un lugar común en nuestro país, escuchar que la investigación en una institución hospitalaria, se dedique a la docencia o no, constituye un plus de calidad pero no una actividad necesaria o indispensable para el desarrollo de las tareas asistenciales. Ese plus de calidad es visualizado, si utilizamos una analogía, como aquellos accesorios de un auto de lujo que mejoran su confort, o a través de la apariencia incrementan el status de

su propietario, pero que no perfeccionan realmente la calidad de las prestaciones esenciales en relación al modelo standard del mismo vehículo.

Otro lugar común constituye la opinión que la verdadera investigación se produce al margen de la actividad asistencial, en laboratorios especialmente diseñados y conducidos por especialistas alejados de la atención de pacientes, investigación que, cuanto más alejada de la actividad clínica se encuentre, mayor será su calidad y su prestigio.

Se acostumbra repetir, sin analizar demasiado la profundidad del contenido, que la medicina es arte y ciencia. Arte médico, (del griego "tekhnē iatrike"), es en sentido opuesto a la medicina mágica, un modo de hacer, mediante un método o conjunto de reglas, basado en el conocimiento de la naturaleza de las cosas: physis para los griegos; anatomía, fisiología, fisiopatología, etiología y etiopatogenia, genética, farmacología, epidemiología, etc., en la medicina contemporánea. Es por ello que desde la tradición hipocrática la actividad del médico no dejará nunca de ser técnica y científica.

La medicina en tanto actividad fáctica, empírica, basada en hechos, es ante todo práctica, no formal, pero ello no significa que le sea ajena la reflexión sistemática, crítica acerca de sus métodos, sus resultados y la comunicación de estos.

Bien se dice que en medicina las hipótesis más bellas, desde el punto de vista formal, pueden ser científicamente falsas, y en reiteradas oportunidades, procedimientos lógicamente irrefutables, resultaron ser inconducentes desde el punto de vista de los resultados. Baste recordar el sorprendente hallazgo de la falla del "bypass" arterial extracranial-intracranial para reducir el riesgo de ataque

isquémico en pacientes con estenosis de la arteria carótida interna o cerebral media.

La incontestable verdad de que la medicina no puede dejar de ser científica (aunque esta condición necesaria no sea suficiente) puede no parecer evidente en la práctica diaria de un hospital general. En ella los profesionales pueden vivir la ilusión de que el desconocimiento de las condiciones generales en que sus pacientes enferman, así como la investigación cuantitativa y cualitativa de los resultados de las intervenciones médicas, no tienen porque influenciar en su actividad. Si un médico se limita a la teorización de la medicina, alejándola de la práctica solo puede exponer un discurso estéril, un médico práctico sin esta actividad crítica, reflexiva, sistemática y metódica, es ciego y dogmático.

Es esta actividad crítica, reflexiva, metódica, sistemática y comunicable que permite conocer las características de nuestros pacientes (guía necesaria para priorizar nuestro entrenamiento y desarrollo técnico), incidencia y prevalencia de las patologías, pronóstico, grado de certeza de los métodos diagnósticos (sensibilidad y especificidad) que utilizamos, curva de aprendizaje, evaluación de calidad de nuestros resultados, lo que se da en llamar investigación clínica.

Pretender que el adiestramiento y la actividad específicamente quirúrgica pueda limitarse, en un hospital general, al aprendizaje de las técnicas diagnósticas y al adiestramiento en las habilidades quirúrgicas, constituye un enfoque ciertamente limitado, imposibilitado intrínsecamente de poder ser evaluado.

Estos argumentos son los que apoyan la idea que la investigación clínica no es un objetivo en sí mismo, sino que constituye una herramienta indispensable para el desarrollo del recurso humano y en consecuencia la mejor atención del paciente⁶⁵.

La investigación, por la misma razón, es un acompañante natural de la actividad docente, única manera de formar médicos con capacidad crítica, no subordinados pasivos a la opinión del supuesto experto.

La investigación clínica solo puede y debe desarrollarse allí donde se produce y se aplica, inseparable, de la docencia y la asistencia. Por sus características es económica. "no se necesita de tecnología de punta para realizarla"⁶⁶.

La investigación clínica "es de aplicación inmediata", "sea en la planificación de la salud, en la

confirmación o el cambio de procedimientos terapéuticos, en la evaluación de la atención de la salud, en la lucha contra factores de riesgo detectados, etc."⁶⁷.

La investigación clínica debe priorizar los principios bioéticos de respeto a la dignidad del paciente y de los derechos humanos, y de este modo forma al profesional con una filosofía humanista en la que el paciente es ante todo un fin y no solamente un medio.

Dos aspectos a resaltar de la investigación clínica de especial aplicación en la práctica quirúrgica son las prácticas de auditoría y el análisis de calidad de los procesos. El primero permite comparar los propios logros con los considerados patrones o standard, examinando retrospectivamente la actividad desarrollada durante un período más o menos prolongado; el segundo, adaptado del control de calidad que se emplea en la actividad industrial, permite visualizar la calidad de los resultados en el momento en que estos se obtienen (podríamos decir en tiempo real), sin esperar períodos que pueden ser demasiado prolongados, permitiendo, de este modo corregir los errores y mejorar los procesos⁶⁸.

La investigación en cirugía aún fuera del marco de nuestro país, tiene dificultades reconocidas, que debemos conocer y tratar de subsanar⁶⁹.

Por un lado se ha generalizado el concepto sobre las ventajas de los ensayos clínicos randomizados y controlados, ignorando las dificultades de su realización en algunas disciplinas, como la cirugía. Es en estas condiciones cuando surgen trabajos pequeños y pobremente diseñados y conducidos. Hasta muy recientemente la mayor parte de los estudios quirúrgicos fueron sobre series retrospectivas de casos. En general los tratamientos quirúrgicos tienen la mitad de las chances de basarse en ensayos clínicos que los tratamientos clínicos. Se observan deficiencias metodológicas en 56% de ensayos clínicos sobre cirugía oncológica.

11.1. Obstáculos para la realización de ensayos clínicos en cirugía⁶⁸

- **Históricos.** Con la introducción de la anestesia y la antisepsia, la técnica quirúrgica se desarrolló rápidamente para el tratamiento de condiciones previamente intratables. De manera que la mayor parte del armamentario quirúrgi-

co fué introducido mucho antes de la difusión de las herramientas necesarias para el desarrollo de ensayos clínicos; a diferencia de la mayor parte de las drogas que aparecieron a partir de 1950. Una vez que los tratamientos son aceptados, es muy difícil compararlos con placebo. La apendicectomía nunca fué, ni podrá ser así comparada.

- Comerciales y de prestigio. Es difícil que se mantenga la objetividad acerca de procedimientos que pueden significar un alto interés tanto económico como de prestigio para el cirujano. El desarrollo de la cirugía laparoscópica es un buen ejemplo de este punto.
- Equipoise. Los cirujanos se caracterizan por tomar decisiones difíciles, en forma rápida con datos incompletos, por las características de la disciplina. Es por ello que les es difícil dudar acerca de la conveniencia entre 2 tratamientos. Esta duda es un prerrequisito para la realización de un ensayo clínico.
- Falta de financiamiento, e infraestructura. Dificilmente las técnicas resolutivas de las patologías generen tanto interés en la industria como las modernas drogas para enfermedades crónicas, o para cronicar patología oncológica.
- Falta de formación en epidemiología clínica.
- Patologías poco frecuentes o urgentes. Si los tiempos de reclutamiento de pacientes se prolongan más allá de los 2 años, se complica notablemente la coordinación del trabajo. Por otro lado la patología de urgencia complica sobremanera el ambiente necesario a los fines de obtener el consentimiento y la randomización.
- Curva de aprendizaje. Esta característica del aprendizaje y del desarrollo quirúrgico agrega especial complejidad al desarrollo de ensayos clínicos, tanto por la inclusión o no de la misma como por las resistencias a realizar una práctica diferente y los desvíos que se puedan generar en la randomización entre una técnica conocida y una nueva.
- Características de la técnica. No es raro que un mismo procedimiento sea realizado de distinta forma por diferentes cirujanos. Uniformar los procedimientos a evaluar, es un requisito esencial.
- Calidad quirúrgica. Definir, sustentar y controlar el cumplimiento de estándares mínimos de calidad pueden ser difíciles de obtener en cirugía. La calidad del acto quirúrgico influye indudablemente en los resultados.

- Desarrollo vs investigación. Los ensayos clínicos son costosos y son raramente necesarios para responder a cuestiones sobre diferencias menores en los tratamientos. La cirugía ha progresado de esa manera, la histórica progresión desde el lavado de manos, uso de antisépticos y la técnica aséptica, ha representado una enorme diferencia en los resultados, pero el incremento en cada paso fue siempre observado con escepticismo. Si se requiriera un ensayo clínico para decidir cada progreso, la mayoría sería descartada y se detendría la evolución. Los ensayos clínicos son necesarios cuando se plantea una decisión clínica sustancial entre diferentes alternativas. Para pequeños cambios puede necesitarse recurrir a paradigmas industriales⁴⁶.
- Equipoise de los pacientes. En cirugía se realizan 3 tipos de ensayos clínicos:
 - Ensayos sobre tratamientos médicos en pacientes quirúrgicos. Son alrededor del 75% de los trabajos.
 - Ensayos comparando técnicas quirúrgicas. Ensayos comparando tratamientos médicos vs quirúrgicos. Estos trabajos presentan especial dificultad en la elección de los mismos pacientes. No es lo mismo para el paciente decidir entre endarterectomía vs AAS o entre castración y antiandrógenos. Estos trabajos pueden enlentecerse mucho o generar un subgrupo de pacientes tan inusual como para que sus resultados no se puedan generalizar.
 - Ensayo ciego. El cegamiento es particularmente difícil en cirugía. Solo un tercio de los trabajos ha presentado un cegamiento adecuado de pacientes y/o cirujanos.

11.2. Posibles soluciones

- Equipoise del cirujano. Podrían agregarse ramas preferidas, paralelas, no randomizadas.
- Formación de los cirujanos en epidemiología clínica.
- Curva de aprendizaje. Se podría establecer la realización de trabajos una vez completada la misma.
- Características de la técnica y calidad quirúrgica. Definir precisamente la misma por medio de fotos, videos o análisis del espécimen patológico.

- Desarrollo vs investigación. Deberíamos incorporar técnicas industriales de control de calidad para evaluar cambios de técnica no sustanciales. Para ello podrían utilizarse procesos secuenciales tipo "CUSUM"³⁶.
- Debemos habituarnos a recoger datos esenciales auditables.
- Ensayo ciego. Siempre será una dificultad, sin embargo sí se deben utilizar observadores ciegos para la evaluación de resultados.
- Debe reconocerse la necesidad de aceptar estudios no randomizados.
- Los trabajos randomizados pueden beneficiarse de una fase inicial no randomizada para permitir ajustes, calcular tamaño de la muestra y definir los objetivos primarios.

12. MARCOS DE TRABAJO, PARA LA GESTIÓN ECONÓMICA DEL SERVICIO

Introducción

Durante la época colonial, en 1605 el cirujano español Manuel Álvarez, fue contratado por el Cabildo de Buenos Aires por un monto fijo de 400 \$, para atender a españoles y naturales. El dinero nunca le fue pagado, pero el Cabildo lo obligó a seguir prestando los servicios. Hasta que fue dejado cesante a fin de no escuchar más sus reclamos³⁸.

Desde entonces, mucha agua ha corrido bajo el puente, pero el puente y el agua siguen existiendo.

Las diferencias fundamentales entre el ayer y el hoy obedecen al avance tecnológico, al cual no podemos ni negar, ni escapar. Con lo bueno y lo malo que suele traer aparejado, ha sido beneficio para todos, médicos y pacientes.

Por un lado, los médicos cirujanos debieron agruparse para hacer frente al acceso al conocimiento y a la tecnología –trabajo médico multidisciplinario, trabajo en equipo–.

Por otro lado las distintas formas de atención, con complejidad creciente y número creciente de procedimientos, obligaron a los médicos a organizarse, para lograr satisfacer la creciente demanda asistencial y poder enfrentar en conjunto, la tendencia de parte de los contratantes de servicios médicos (prestatarias) a disminuir sus costos reduciendo el pago de los actos médicos; lo cual conspira con la necesidad de disponer de tiempo y dinero para el aprendizaje permanente, para la propia familia y para el ocio.

En el pasado los servicios de cirugía hospitalarios contaban con un jefe (autoridad suprema), se constituían como lugar de aprendizaje y atención de la población. Actualmente los servicios, pasaron a ser grupos de trabajo, con un coordinador, donde se tiende a lograr una política de consenso permanente, con reglas pautadas previamente, con amplia discusión por parte de todos los integrantes, en aquello que se deba y se pueda consensuar (leyes, normas, protocolos, etc.)

Hoy un servicio de cirugía debería estar compuesto por un grupo de personas de distintas edades, en distinto tiempo formativo, sectorizado por patología, donde coexista lo administrativo y lo médico –altamente profesionalizados ambos– para ser eficientes en la atención médica y en la remuneración efectiva por los servicios prestados.

Anteriormente a los cirujanos se les pedía eficacia, actualmente esto no alcanza, deben ser eficientes; es decir obtener el mejor resultado con el menor costo posible.

Se debe entender que la medicina tecnológica de hoy es inflacionaria, casi infinita en sus logros, con una economía finita y con un recurso siempre escaso.

12.1. Gestión económica externa

Lineamientos para el trabajo conjunto con los financiadores de salud

Un servicio de cirugía esta íntimamente relacionado con la institución y con los distintos grupos de trabajo actuantes (quirófanos, radiología, uti, gastroenterología, anestesiología, y otros). Según el ámbito de actuación del servicio serán las distintas formas de trabajo y remuneración.

Veremos qué puede ser deseable lograr en un ámbito de salud pública, con gestión y capital privado (la mayoría de las instituciones privadas).

Más del 50% de las camas del país, están en el sector privado; la tecnología operativa disponible es aún mayor, al igual que la disponibilidad horaria.

Más de 700.000 trabajadores de la salud no médicos existen en este sector.

La inmensa mayoría son instituciones de atención del paciente con enfermedades agudas.

En la situación actual de nuestro país, para que una institución sea rentable, el nivel de atención debiera ser de más del 50% de pacientes quirúrgicos e idealmente superior al 70%.

Por lo expuesto anteriormente –necesidad de tecnología, trabajo en equipo–, el trabajo del grupo médico quirúrgico es indefectiblemente institucional, salvo la eventual consulta médica que sin embargo cada vez se halla más sujeta a la interrelación con los distintos sectores institucionales. Por lo tanto el grupo quirúrgico deberá cuando menos estar interiorizado y mejor aún ser parte en la toma de decisiones de los distintos contratos con las distintas prestatarías.

Como cirujanos sabemos sobre la necesidad de contar con instituciones adecuadas para la realización de nuestras prácticas. Esta situación genera un marco de referencia del cual no podemos desentendernos. Las negociaciones de alguna manera deben cerrar a los 2 componentes de la ecuación (equipo quirúrgico-institución). El valor que impacta al financiador es el que comprende todo concepto, y por lo tanto este es el que debe tenerse en cuenta a la hora de comparar los distintos grupos de trabajo. Sabemos que para los financiadores el mejor valor es el más barato. Solo el mantenimiento de un valor ético por los distintos equipos garantizará su reconocimiento. Trabajar en soledad, lleva a ser vulnerable ante las prácticas poco claras que los financiadores pueden adoptar. Por ejemplo hacer mención a que "el cirujano tal cobra la mitad"; esta operatoria es generalizada y puede ser aplicada a instituciones también. Solo el conocimiento real del involucrado podrá despejar esta duda. No hay otra manera. Como usualmente persistimos en desconocer al otro, tomamos esta información como fidedigna y actuamos en consecuencia bajando los valores. La misma operatoria a su vez es realizada con el otro cirujano. De esta manera los financiadores logran 2 objetivos, bajar los valores progresivamente y mantener a los cirujanos lo suficientemente alejados como para que no puedan develar la realidad.

Formas de generación de los ingresos

- Pago por prestación: Se denomina así al sistema donde una determinada prestación quirúrgica, es autorizada por la prestataría mediante un código previamente establecido, con una remuneración previamente acordada, mediante un contrato. Se fijan valores de cirujanos y ayudantes.

Estos valores podrán ser objeto de pago de distintas formas:

- directo al profesional actuante.
- directo al grupo de trabajo o servicio.
- a través de una gestión intermedia –agremiación, institución sanatoria.
- Pago por cápita: Monto determinado de dinero erogado por la prestataría para la atención de determinado número de personas (padrón). El monto se determina por la cantidad y calidad de prestaciones que se encuentran incluidas y por la edad promedio del padrón. El valor de la cápita tendrá diferencia según sea el porcentaje de pacientes mayores de 65 años que contenga el padrón. PAMI por ejemplo, al estar constituido por un grupo etario de más de 60 años, tendrá alta incidencia de patologías, con una tasa de uso elevada, generando grandes dificultades para lograr equilibrar el balance ingresos-egresos.
- Pago por presupuesto: Monto de dinero sin padrón, esta variante de cápita es la más riesgosa, por la imposibilidad de conocer los grupos de personas a atender. Las cápitales pueden ser abonadas a una institución única o a una gestión intermedia para una o más instituciones. Si a una sola institución le es difícil administrar el recurso, mucho más difícil es administrar el recurso para diferentes instituciones, con modalidades diversas de trabajo y con distintos grados de profesionalización.
- Pago por Módulos: Esta modalidad impuesta en los últimos años conlleva cierto grado de riesgo, asumido por la institución y por el grupo médico y también si se quiere, un premio a la eficiencia que trae aparejado un beneficio al paciente. Consiste en el pago de determinado monto de dinero, para realizar determinada práctica quirúrgica con ciertas inclusiones y exclusiones (ej. colelap). Los valores se hallan discriminados en derechos sanatoriales, medicamentos, gastos de equipo, honorarios médicos. Esta modalidad surgió sobre todo para la cirugía laparoscópica que trajo aparejada la posibilidad de la cirugía mayor de corta estadía, unidades de día institucionales y / o referenciadas. Más tarde se incorporaron otras cirugías endoscópicas, cirugías convencionales. No tardó

en difundirse a otras especialidades como los módulos de neurocirugía por niveles, urología, OYT y ORL.

12.2. Gestión económica interna

La atraktividad de un servicio o institución es el grado de motivación interna con que desarrollan sus tareas los integrantes del mismo. Es la característica que muestra el grado de congruencia entre aquello que la organización necesita y demanda de sus integrantes y lo que aquellos están dispuestos a dar o hacer espontáneamente. Atraktividad es la diferencia existente entre aquello que los individuos hacen y lo que harían si no tuvieran incentivos de algún tipo diferente a la motivación salarial (externa). Es la variable que mide la calidad del sistema espontáneo de una organización, la ayuda o el desinterés de los trabajadores en el logro de los objetivos de la institución, en otras palabras es el menor o mayor grado de motivación intrínseca o trascendental. La atraktividad de un servicio u organización no es mensurable cuantitativamente pues solo expresa la sumatoria de las distintas satisfacciones subjetivas de grupos de personas por hacer aquello que se les pide hacer. Estas satisfacciones particulares son de suma importancia para el servicio y la institución.

Modelos de retribución

Los modelos de retribución en el ámbito sanitario, son muy variables. Sin embargo tienden a perfilarse grupos de elementos retributivos que responden a conceptos y funcionalidades distintos. Que deben servir a los responsables de gestión para orientar los esfuerzos de cada profesional o colectivo de profesionales en la línea más conveniente de acuerdo con las exigencias de cada momento, así como atender y priorizar aquellos elementos que en cada momento respondan mejor a la orientación de los resultados previstos por la institución.

Es evidente que no existe un modelo único e indiscutido de sistema retributivo. Este dependerá de factores propios del servicio, de su funcionamiento, de la situación del mercado en cuanto a oferta y demanda, del perfil de los profesionales y del entorno en general. Sin embargo se pueden determinar algunas características:

- Si se desea un sistema que tienda a la equidad, entendida como una proporcionalidad explicable entre los diferentes profesionales y que sea reconocida por el conjunto.
- Que se tenga en cuenta al conjunto y sus características diferenciales.
- Que contenga mecanismos que permitan afrontar las circunstancias especiales en el desarrollo del trabajo y den respuesta a aquellos elementos que dificultan el equilibrio entre oferta y demanda.
- Que reconozca y permita flexibilidad interna y la adaptación dentro de la organización y de ser necesario flexibilidad en proyectos compartidos con otras organizaciones.
- Que establezca mecanismos de reconocimiento al aporte de los profesionales a los objetivos colectivos, teniendo en cuenta tanto los resultados individuales como los de equipo.
- Que permitan vincular parte de las retribuciones a las actividades que generan valor agregado y que permitan actuar como balance para la adaptación permanente a las exigencias del entorno.
- Que reconozca el progreso individual y dentro de la organización atribuyéndole un valor.

En el marco de trabajo Institucional, se pueden reconocer grandes grupos de sistema retributivo:

- **Retribución fija.** Es aquella relacionada al perfil, competencias y actitud del profesional, teniendo en cuenta las exigencias del puesto que ocupa. Se parte de un salario básico y complementos determinados.
- **Retribución funcional.** Contempla las características especiales de la prestación de servicios y las responsabilidades específicas. Se consideran en esta manera las prestaciones realizadas en horarios no habituales (feriados, guardias).
- **Retribuciones variables.** Se vincula al cumplimiento de objetivos y es un elemento de gestión, incentivo y motivación que tiende a la mejora continua. Este tipo de retribución se está tornando cada vez más relevante en todos los sectores productivos de la economía. No resulta un elemento fácil de implantar ni gestionar.

Es importante reconocer que:

- Deben implantarse desde la dirección, lo cual exige el esfuerzo directivo de definir la estrategia y comunicarla a toda la organización.

- Es preciso distinguir claramente la retribución variable y su origen, mediante objetivos claros, mensurables y evaluables, para que el destinatario pueda incidir en forma directa en su logro.
- Debe existir una relación adecuada entre la recompensa y el esfuerzo realizado.
- Se debe conciliar los objetivos individuales y grupales.
- Retribución personal. Es la ligada a la trayectoria de la persona dentro de la organización. Debe cumplir algunos requisitos:
- El sistema debe contemplar niveles y períodos realistas.
- Debe tener un contenido económico que se corresponda con el nivel al que se accede.
- La evaluación debe ser exigente, transparente e indiscutible.
- El sistema debe ser flexible y adaptable.

Si bien estas consideraciones son pautas generales a considerar en todo tipo de realidad, a continuación veremos que ocurre hoy en nuestro país y nuestro tiempo.

A la hora de considerar la forma de cobrar los honorarios por parte de los cirujanos se deben tener en consideración varias posibilidades.

Modos de distribución de los ingresos

Creemos que las cuestiones clave a la hora de la distribución de los honorarios son:

- Crear un espíritu solidario dentro del grupo humano.
- Facilitar la sectorización de la patología, que trae aparejada mayor calidad médica y por consiguiente mayor eficiencia, que se traducen indeluctablemente en beneficio hacia el paciente.

Distribución de ingresos por capitación:

Los médicos entendemos que la capitación va en desmedro del honorario médico, cosa que de hecho puede ocurrir. Y por lo tanto exigen cobrar por facturación aún cuando la institución cobre en forma capitada. La capitación fue ideada para generar previsibilidad en los costos de la atención médica, para contar con recursos adecuados en forma programada. La primera institución pública en implantarla fue PAMI, dando lugar a una experiencia inicial exitosa. Que actualmente haya muchos descontentos, no descalifica al método. De hecho

hay capitaciones que están funcionando bien. El principal detalle a tener en cuenta, es pagar en forma capitada lo que es capitado. Las características propias de la facturación por prestación no se llevan bien con este modelo, y quienes estén interesados deberán adaptarse al mismo, ya que es diferente (no mejor, ni peor), que el de la facturación. En principio este sistema se sustenta con pago por adelantado, (solo algunos lo cumplen). Con un valor cápita razonable, (solo algunos lo cumplen). Y una distribución médica equitativa entre los diferentes servicios que brindan atención. Las ventajas del sistema en caso de que se cumplan las pautas de pago adelantado y valor razonable, radica en que son ingresos importantes para la institución, a la hora de hacer frente a los gastos fijos. Como en general las instituciones que tienen este sistema, lo acompañan de otros ingresos por facturación, el médico puede tener un básico constante interesante por la cápita, que se ve incrementado en forma inconstante por la facturación, complementándose.

El pago de las prácticas quirúrgicas en el caso de las cápitales o presupuesto podrán ser de distintas formas por parte del responsable del contrato:

1. Pago por prestación a los actuantes.
2. Pago por prestación al servicio.
3. Pago por subcápita al servicio.
4. Pago por presupuesto a los actuantes.
5. Pago por presupuesto al servicio.

Creemos que el pago por subcápita al servicio es el que más se adecua a las características del sistema.

Distribución de ingresos por prestación (facturación o módulo):

- En el caso de pago directo al profesional, suele tratarse de un servicio en el cual los cirujanos cobran por facturación individualmente. En este tipo de arreglo generalmente el servicio es virtual y la falta de unidad económica se acompaña de la falta de cohesión de servicio. Es muy probable que cada cirujano individualmente se comporte como competencia de los demás y dentro mismo del servicio se establezcan mecanismos de dumping.
- Servicio que trabaja a fondo común y cobra por facturación. En general se mantiene un básico para todos los integrantes y se prorratea el resto del ingreso, de acuerdo al modelo de

categorización elegido. El sistema trata de mantener un monto mínimo a sus asociados sin dejar de estimular al más productivo.

La forma tal vez más fácil y a su vez la menos justa de distribuir los ingresos, es la de dividir el recurso en partes iguales. Pero deja sin resolver como mantener vivas las ganas de aprender y ser mejores, sin renunciar a la solidaridad y ganar en base a un mayor reconocimiento por el tiempo empeñado, el arte, en suma la dedicación plena.

Se puede apelar a distribuir por porcentajes en base a la cantidad y calidad de las prestaciones realizadas, al aporte al servicio de nuevas técnicas, aportes de tipo de gerenciamiento interno etc etc, muchas de estas difíciles de objetivar y de valorar en forma económica. Otra posibilidad concreta podría consistir en:

1. Repartir una parte del recurso —50%— de acuerdo a un porcentaje no igualitario o igualitario con un consenso previo.
2. El otro 50% en forma directa por la prestación realizada.

Es conveniente generar un ahorro para aprendizaje u otros usos.

Es prudente destinar algún porcentaje como previsión para reposición de instrumental o equipamiento.

Distribución de ingresos en relación de dependencia:

Los valores surgen del acuerdo entre las partes. Tiene inconvenientes a la hora de tratar de brindar estímulo económico por productividad. El contratante suele tener demasiado poder en relación al del servicio.

De manera tal, que si hablamos de un Hospital Público, sabemos que poco es lo que se puede incidir desde la misma estructura o desde las sociedades científicas para influir en los valores de los honorarios. Solo una estructura societaria como la de los anestesiólogos, lo ha realizado, y no es una experiencia transferible.

Como puede verse no existe una "forma ideal" de distribución, si es claro que se debe tratar de trabajar en forma grupal, multidisciplinaria, de crecimiento constante, con inversión permanente tanto en desarrollo humano como tecnológico y que debe prevalecer cierto grado de solidaridad. Todo

lo cual debe estar apoyado con gestión de la información para disminuir el "me parece que". Servicio que no crece, decrece.

12.3. Alternativas de trabajo con la competencia, entre las distintas instituciones prestadoras de salud en la zona

La relación entre los servicios de cirugía de diferentes instituciones ha sido interpretada generalmente como de competencia. Si bien la realidad nos muestra la actualidad de dicha situación, también nos ofrece la otra cara de la moneda: la persistencia en este marco conceptual ha llevado a la depreciación de los honorarios obtenidos. Deberíamos pensar en una forma de relación diferente, que nos permita arribar a valores consensuados, a través de una situación de confianza progresiva.

Entendemos que esta situación corresponde a la de cooperación:

Colaboración en competencia:

Esta condición trae aparejado un mayor bienestar a la comunidad, en base a un mejoramiento constante de las distintas áreas de las instituciones, sin llegar a la competencia desenfrenada, desleal, en base a una política de precios de baja permanente, que termina acabando con todo.

Podría pensarse en una cooperación entre las distintas instituciones, con distintos desarrollos a fin de permitir el nucleamiento de ciertas patologías poco prevalentes para promover alta calidad y eficiencia.

Instituciones con objetivos generales similares, con prestaciones médicas similares, con pautas similares, que promuevan el desarrollo de alta calidad médica que se traduzca en conductas que lleven de la eficacia a la eficiencia. Que compartan una política de consenso constante.

Instituciones con una complejidad médica y tecnológica, que guarden relación con el lugar, la patología y la población a tratar.

Podríamos pensar en alianzas entre instituciones zonales en base a complejidad creciente y a un *estado general de competencia* con crecimiento constante; idealmente en conjunto.

Lograríamos así que la selección realizada por el paciente o su prepago u obra social, no se basara en el monto a erogar, que debería ser similar, sino en su preferencia por una u otra institución, servicio

o profesional. La generación conjunta de valores piso entre los distintos servicios, tampoco debería soslayar el valor final, una vez considerados los derechos sanatoriales, ya que tanto los pacientes como los financiadores están directamente afectados por este valor final y no tan solo por los honorarios.

Las sociedades científicas deberían tomar la iniciativa y transformarse en núcleos no solo formadores de opinión, sino también en los generadores de propuestas sobre los valores de los diferentes procedimientos. Llevarlas a la práctica y monitorear los resultados. Este tipo de sociedad debe ser el lugar de reunión de los cirujanos de la zona, que a través de la interrelación científica periódica propenda al conocimiento del otro, primer paso para entablar una relación de confianza como es necesaria para emprender compromisos económicos. El Nomenclador de la AAC, es la herramienta básica sobre la cual trabajar de manera de adaptarla a la situación de cada región.

13. EL SERVICIO DE CIRUGÍA DE EUROPA, EEUU, LATINOAMÉRICA Y ARGENTINA

13.1. Servicio de cirugía en EEUU

Organización de un Servicio de Cirugía en Estados Unidos:

En los Estados Unidos, son las distintas instituciones las que han desarrollado los lineamientos de organización de sus servicios, adaptándose a la situación local, dentro de un marco global de cumplimiento de pautas de calidad.

Como ejemplo mostraremos las pautas de la Universidad de Washington: en el Washington Medical Center asociado a dicha Universidad.

13.1.1. Universidad de Washington Medical Center

Descripción del trabajo.

Evaluación de desempeño.

Jefe del Servicio de Cirugía.

Resumen de las funciones: El Jefe de Cirugía de la Universidad de Washington Medical Center (UWMC) tiene la responsabilidad general de ver por la provisión y la calidad del cuidado quirúrgico en la UWMC. Su cargo resulta de la elección realizada por el Comité de Servicios quirúrgicos (Chair of the Surgical Services Steering Committee) y por designación del Director Médico. Reporta directamente al Director Médico. Debe trabajar con el Director

Médico y el Staff Médico en el ejercicio de sus múltiples responsabilidades en forma apropiada en cada esfera de la actividad de la organización.

Calificaciones: El Jefe de Cirugía debe ser médico y tener un cargo docente en la UW School of Medicine, debe estar habilitado a ejercer la medicina en el estado de Washington, y tener un entrenamiento especial, competencia manifiesta, y ser defensor apasionado de la mejoría de la calidad y el desempeño en todas las dimensiones de la administración de la Institución.

Deberes y Responsabilidades: las instancias detalladas a continuación se evaluarán de acuerdo a la siguiente categorización.

- 3= Excede el Standard en la demostración de habilidades y competencias. Destrezas confirmadas y excelentes resultados.
- 2= Alcanza el Standard en la demostración de habilidades y competencias. Productividad Consistente y con buenos resultados.
- 1= Necesita mejorar en la demostración de habilidades y competencias.

Debe presentar manifiesta competencia en las siguientes Areas:

A. Actividades específicas del Jefe de Cirugía:

1. Nexa entre los jefes de los departamentos quirúrgicos y el Grupo Directivo de la UWMC. Participa activamente en UWMC el planeamiento estratégico y financiero de largo plazo.
2. Comparte funciones con el Director Médico Asociado en Servicios perioperatorios y el Director de los Servicios de Enfermería Quirúrgica en cuestiones de mejora de la calidad quirúrgica y control de riesgos.
3. Lleva el control para asegurar que todos los cirujanos realizan prácticas dentro del área de su acreditación.
4. Trabaja junto a los departamentos quirúrgicos para asegurarse de la existencia de programas para detectar, monitorear y mejorar los resultados.
5. Integra los comités según lo asignado por el Director Médico.

B. Actividades Generales de todos los Directores Médicos Asociados:

1. Ser un miembro activo del Comité Médico Ejecutivo de la UWMC C y del Comité Médico de liderazgo.

2. Como médico líder asegurar que las políticas y las prácticas de cuidado de los pacientes, enseñanza e investigación sean consistentes con las necesidades de la UWMC y de la Escuela de Medicina.
3. Suministrar tareas de liderazgo y supervisión para los Directores Médicos Clínicos o departamentales según sea asignado por el Director Médico de la UWMC.
4. Servir como defensor de la misión, visión, y valores de la UWMC.
5. Servir como defensor y padrino ejecutivo de las iniciativas de mejora continua de calidad.
6. Promover un ambiente de cooperación entre departamentos en el uso eficiente y compartido de los recursos y en la resolución de los conflictos que puedan surgir.
7. Asegurar que las políticas y los procedimientos dentro de la UWMC sean cumplidos, y sean consistentes con la acreditación de estándares de la Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, de sus organizaciones acreditadoras y de sus agencias de licencias.
8. Trabajar con el Staff médico para asegurar que los sistemas de información sean efectivos, eficientes, seguros, y confidenciales, con respecto al acceso y que contribuyan a la información sobre el cuidado del paciente.
9. Asesorar al Director Médico y al Equipo Ejecutivo de la UWMC en el establecimiento de metas administrativas, asignación de recursos, y políticas de desarrollo en temas específicos del área y responsabilidad del Director Médico Asociado.
10. A través de la membresía del Comité Médico Ejecutivo y del Comité Médico de Liderazgo proveer apoyo administrativo y asistir al Director Médico en cuestiones de cuidado de pacientes, Staff médico, Mejora de calidad, control de riesgos, rendimiento, realización de registros, desarrollos estratégicos actuales de la UWMC y otras tareas asignadas por el DM.
11. Mediante EQC, ayudar en el establecimiento de metas realizables y metas financieras para la mejora del desempeño en la UWMC.
12. Continuar con la construcción de habilidades de liderazgo personales en apoyo de una cultura de servicio al cliente y trabajo en equipo.

C. Requisitos requeridos:

1. Comprensión acabada y habilidad para manejar cuestiones organizativas del staff médico.
2. Habilidades Interpersonales necesarias para trabajar efectivamente con los médicos y el personal.
3. Líder probado en manejo clínico.
4. Probada perspicacia comercial y financiera.

D. UWMC Competencias Generales:

1. Demuestra conocimiento y comprensión de los derechos de privacidad de los pacientes.
2. Cumplimiento de programas: Demuestra conocimiento, comprensión y adhiere a las políticas, procedimientos y estándares de conducta de la UWMC's Compliance Program. Colabora en asegurar el entrenamiento de los miembros del servicio. Ayuda a asegurar entrenamiento en cumplimiento de programas de los miembros del servicio.
3. Cultural: Demuestra preocupación y respeto por los puntos de vista de los pacientes y trabajadores, sus tradiciones y acciones, a la luz de sus culturas individuales.
4. Comunicación: Capacidad de leer, escribir, comprender y comunicarse competentemente en inglés.
5. Orientación de Servicio: Apoya la misión y la visión organizacional y de servicio.
6. Relacionamiento y Trabajo en equipo: Se comunica efectiva y respetuosamente con los individuos y los grupos. Contribuye a una relación de trabajo positiva y colaboradora del equipo con todas las disciplinas y departamentos.
7. Economía: Demuestra conocimiento de costos y eficiencia en la asistencia y promueve estos principios en la operatividad del servicio.

Director Medico asociado Firma

Director Medico Asociado Senior Firma

UWMC Director Medico

Impresión general de desempeño del Director Médico

Total UWMC Associate Medical Director Support (FTE)

Pasamos a continuación a presentar los lineamientos del Harborview Medical Center, asociado a la Washington University.

Harborview Medical Center

Scott Barnhart Medical Director.

ARTICULO IX- Departamentos clínicos

SECCION 1.

Organización de los departamentos clínicos, divisiones y servicios:

- A. El Staff Médico del Harborview Medical Center se puede organizar en departamentos, Divisiones y Servicios subordinados.
- B. Para el propósito de estos estatutos, y tanto como sea posible, la designación de los Departamentos del Harborview Medical Center debe ser paralela a la estructura de la Universidad de Washington School of Medicine y School of Dentistry.
- C. Cada Departamento, División o Servicio dentro de la estructura establecida por el Staff Médico puede dictar normas consistentes con la política general del Hospital y del departamento.
- D. En el caso de no existir presencia del departamento en el HMC, El Jefe de Departamento de la Universidad de Washington cumplirá las funciones de Jefe de Servicio descriptas en el Artículo IX, Sección 7.

SECCION 2.

Los Departamentos Clínicos serán:

- Anestesiología
- Ortopedia
- Odontología/Cirugía Oral y Maxilofacial,
- Otorrinolaringología-Cirugía de cabeza y cuello
- Medicina Familiar
- Patología
- Laboratorio
- Pediatría
- Medicina
- Psiquiatría
- Neurocirugía
- Radiología
- Neurología
- Rehabilitación
- Ginecología/Obstetricia
- Cirugía
- Oftalmología
- Urología

SECCION 3.

Departamento de Emergencias:

- A. El Departamento de Emergencias funciona como una extensión de los 4 servicios que patrocinan el cuidado de los pacientes que sean transferidos o que arriben al Departamento de Emergencias (ED). Estos 4 Servicios patrocinadores son Cirugía, Medicina, Psiquiatría y Pediatría. El Departamento de Emergencias como tal está compuesto conjuntamente por miembros del Departamento de Medicina (incluyendo pero no limitándose a la subespecialidad de Medicina Interna, otras subespecialidades médicas y la especialidad de emergentología), Cirugía, Siquiatría y Pediatría y trabaja como un Servicio único integrado e íntimamente coordinado con todos los servicios de consulta y admisión en el Harborview Medical Center. El plantel médico con acreditación en Medicina, Cirugía, Pediatría y Siquiatría, tiene derecho a proveer atención dentro de sus respectivas disciplinas en el Departamento de Emergencia. El Departamento de Emergencia incluye: las áreas de cuidados médicos agudos, quirúrgicos, pediátricos y psiquiátricos. La Clínica de Cuidados de Urgencia, La Unidad de Observación ED, y la Clínica de Fast Track. Los Pacientes son categorizados y derivados al cuidado de una o más de esas áreas y servicios patrocinantes. El cuidado de los pacientes que se presentan al ED es provisto bajo la égida de los 4 servicios patrocinantes cuyos jefes de servicio delegan autoridad clínica en el Director del ED. El Director de ED y los asistentes médicos como tales, son responsables en última instancia ante los 4 Jefes de Servicio quienes pueden dirigir la categorización y el cuidado de los pacientes según las necesidades. Todos los asistentes médicos del Servicio de Emergencias que trabajan en el ED se reportan directamente al Director del ED e indirectamente a los Jefes de Servicio de los 4 Servicios patrocinantes, en todas las cuestiones clínicas. El compromiso en un modelo integrado y al más alto nivel de respeto, colaboración, cooperación, y profesionalismo son un requerimiento de los miembros del Staff que trabaja en el ED. La autoridad clínica del Director del ED deriva como tal de los 4 servicios patrocinantes. Los jefes de Servicio de los 4 servicios patrocinantes retienen su rol de supervisar la calidad del cui-

dado en su servicio como extendida a través del cuidado ofrecido en el ED.

- B. El Director del ED actúa en el rol de Jefe de Servicio del DE.
- C. El Director del ED será designado por el Consejo de Administración (Board of Trustees) bajo recomendación del Medical Executive Board. Cuando tal designación sea requerida el Director Médico debe designar un comité especial para evaluar y entrevistar a los candidatos seleccionados. El Comité estará conformado por los Jefes de Servicio de los Departamentos de Medicina, Cirugía, Siquiatría y Pediatría o sus delegados y otros que fueran designados por el Director Médico. El comité debe enviar su recomendación al Director Médico quien la mandará al Consejo Médico Ejecutivo.

SECCION 4.

Selección del Jefe de Servicio:

- A. El Jefe de Servicio, que es un cargo administrativo hospitalario, será designado por el Consejo de Administración por recomendación del Consejo Médico Ejecutivo.
- B. Cuando tal Designación sea requerida, el Director Médico designará un Comité especial para evaluar y entrevistar a los candidatos seleccionados. El Comité estará constituido por el Presidente del Departamento de la Escuela de Medicina de la Universidad de Washington y 2 miembros del Consejo Médico Ejecutivo del Harborview Medical Center. El comité enviará sus recomendaciones al Director Médico quien junto al Presidente del Departamento la dirigirá al Consejo Médico Ejecutivo.
- C. Si es aprobada por el voto de los tres cuartos del Consejo Médico Ejecutivo, esta recomendación será enviada al Director Médico para la evaluación por el Consejo de Administración.
- D. Si el cargo de jefe de servicio quedara vacante, un Jefe temporario en el Harborview Medical Center podrá ser designado por el Consejo Médico Ejecutivo por recomendación del Jefe de Departamento. La designación como Jefe temporario será por un año a menos que sea renovada por el Consejo Médico Ejecutivo. Tal nombramiento traerá las prerrogativas y responsabilidades del cargo.
- A. Los Jefes de Servicio deberán estar acreditados por el Consejo pertinente, o poseer documentación de calificación y experiencia equiva-

lentes. En la ausencia del Jefe de Servicio el Jefe Asistente o delegado asumirá las tareas del Jefe de Servicio.

- B. Ante el caso de que el cargo de Jefe de Servicio estuviera vacante, el Director Médico puede designar un Jefe Interino por un período no mayor de 6 meses.

SECCION 5.

Reuniones:

- A. El Consejo Médico Ejecutivo se reunirá al menos 10 veces al año.
- B. Las Reuniones podrán ser en persona o electrónicas. Todas las reuniones serán anunciadas al menos una semana antes, a menos que exista la urgente necesidad de un aviso abreviado. Las razones de un aviso abreviado incluyen cualquier motivo que represente barreras para el cuidado de los pacientes o alteraciones de la operatoria del hospital o del personal médico. Las reuniones electrónicas con el propósito de revisar las designaciones no requieren cumplir el plazo de una semana.
- C. Reuniones Electrónicas. Al menos una vez al mes se realizará una revista electrónica de las designaciones del Staff médico por el MEB. El MEB tendrá 3 días para revisar y responder ya sea: 1) Aprobando la lista completa, o 2) aprobando la lista condicionado a que determinados aspirantes sean removidos para una posterior discusión en la próxima reunión en persona del MEB. Todas las reuniones electrónicas requerirán de un quórum de los miembros del MEB para la aprobación.
- D. Quórum: la respuesta del 30% de los miembros en capacidad de votar constituye el quórum. La resolución de la mayoría de los miembros presentes en la reunión del comité será la resolución del comité.

SECCION 6.

Selección de los Jefes de División:

La selección de los Jefes de División será responsabilidad del Jefe de Servicio en el Harborview Medical Center.

SECCION 7.

Función del Jefe de Servicio:

El Jefe de Servicio debe:

- A. Ser responsable de todas las actividades administrativas y profesionales dentro de su departamento.

- B. Será miembro del Consejo Médico Ejecutivo, orientando sobre las políticas médicas generales del Hospital y realizando recomendaciones específicas y sugerencias con respecto a su propio Departamento, de manera de asegurar la calidad en el cuidado de los pacientes.
- C. Mantener un continuo control del rendimiento de todos los miembros del Staff médico con habilitación clínica (clinical privileges) en su departamento e informar regularmente al Consejo Médico Ejecutivo.
- D. Ser responsable por el cumplimiento de los estatutos, reglas y regulaciones del Staff Médico.
- E. Ser responsable de la implementación de las acciones tomadas por el Consejo Médico Ejecutivo en su departamento.
- F. Transmitir al Consejo Médico Ejecutivo (Medical Executive Board) (MEB), la revista de las aplicaciones para designaciones y confirmaciones, las recomendaciones de su departamento y el delimitamiento de las habilitaciones clínicas (clinical privileges) para todos los miembros del Staff Médico en su departamento y al momento de las confirmaciones, transmitir una evaluación del estado de salud física y mental de cada miembro del departamento.
- G. Ser responsable por la evaluación continua y el mejoramiento de la calidad de la atención provista, incluyendo una revisión anual de las evaluaciones de todos los miembros de los niveles III y IV QI para determinar si es apropiada la confirmación y prolongación de la habilitación.
- H. Ser responsable de la enseñanza, educación e investigación en su departamento.
- I. Participar en todas las fases de la administración de su departamento, mediante la cooperación con el Servicio de Enfermería y la administración hospitalaria en las cuestiones que afectan la atención de los pacientes, incluyendo personal, provisiones, regulaciones especiales, órdenes temporales y técnicas.
- J. Asistir en la preparación de los informes anuales, incluyendo el planeamiento del presupuesto, correspondiente a su departamento como sea requerido por el Consejo Médico Ejecutivo. O el Director Médico.
- H. Definir y delinear las responsabilidades clínicas y educativas, tareas, alcance y lugares para la práctica, y habilitaciones de los médicos, dentistas y ciertos otros profesionales en salud, y todo otro personal bajo la jurisdicción de su de-

partamento. El Jefe de Servicio esta autorizado y es responsable de distribuir al Staff médico de su departamento como sea necesario para la efectiva operación de su departamento. Las categorías de las habilitaciones y restricciones utilizadas en el proceso de habilitación de cada departamento, para cada profesional individual o categoría involucrados directamente o indirectamente en el cuidado de los pacientes en el Hospital o sus clínicas será definido por los formularios de habilitación "Privilege Forms" manejados por la oficina de nombramientos de Staff Médico y debe estar aprobada por el Consejo Médico Ejecutivo y estar alineado con el Director.

- I. El Jefe de Servicio puede designar un Jefe de Servicio Temporario para actuar como su delegado durante su ausencia.

SECCION 8.

Funciones de los Servicios Clínicos:

Cada servicio clínico establecerá sus propios criterios consistentes con las políticas del "Staff Médico" y del "Consejo Médico Ejecutivo" para garantizar los privilegios clínicos y el derecho al consultorio en el Departamento. Estos criterios deben incluir el debido respeto a la documentación de la calidad de la atención y al mantenimiento del conocimiento y de las habilidades para las habilitaciones solicitadas. Al considerar estos criterios, los departamentos deben prestar debida consideración a si es preciso la realización de un volumen mínimo de procedimientos específicos o de manejo de problemas específicos de pacientes para mantener las habilidades clínicas.

- A. Cada servicio clínico debe cooperar con el comité apropiado de la revisión de aseguramiento de calidad/utilización responsable de realizar la revisión retrospectiva primaria de los registros completos de los pacientes egresados y las demás informaciones pertinentes al departamento relativas al cuidado de los pacientes.
- B. Cada servicio clínico se reunirá separadamente al menos 10 veces al año para revisar y evaluar sobre la base de un grupo de pares la calidad de la atención de los pacientes provista por el departamento. Cada servicio se reunirá regularmente para revisar y analizar sobre la base de un grupo de pares el trabajo clínico del servicio. La revisión por pares será conducida por uno o más miembros del mismo servicio

clínico según sea designado por el Jefe del Servicio, el Jefe de División y/o pares de revisión designados representativos del departamento o la división. Estos individuos revisarán el rendimiento individual y departamental en el manejo médico de los pacientes y la utilización de los recursos para el cuidado de los pacientes así como las actividades de los miembros individuales que puedan afectar a sus pacientes o al proceso de atención de pacientes. Las cuestiones que pueden ameritar la revisión por pares incluyen, pero no están limitadas a 1) datos de indicadores de rendimiento seleccionados por el servicio, (2) eventos específicos identificados por procesos centinela, de seguridad médica y de revisión de incidentes (3) quejas de pacientes, y (4) actividades u omisiones notados por colegas, pacientes, y otros que puedan impactar negativamente en el rendimiento o que reflejen criterios inadecuados o falta de integridad. Las conclusiones de la revisión deben considerar, si es apropiado, referencias a la literatura médica, a las guías de práctica clínica relevantes, y a las opiniones o comentarios de los individuos comprometidos en la provisión de la atención. La incapacidad percibida o real de adecuarse a las regulaciones será discutida. Las revisiones del comité de morbilidad y mortalidad del servicio pueden constituir una revisión por pares.

- C. Cada división del servicio quirúrgico del "Staff" Médico debe también conducir una revisión detallada de pacientes de una muestra representativa de casos para la justificación de los procedimientos realizados se halla o no resecado tejidos, y para la aceptabilidad del procedimiento elegido. Se debe prestar especial consideración a la concordancia o no del diagnóstico preoperatorio y patológico.

En general los procesos de revisión por pares deberán realizarse de manera que permita el informe a tiempo de los resultados. Los marcos de tiempo varían para los diferentes procesos de revisión por pares. Algunas revisiones (Ej. Revisiones de rendimiento por departamento) son realizadas a intervalos regulares que pueden variar de una vez por semana a una vez al año.

El Jefe de Servicio y/o el Director Médico pueden formar un comité especial de revisión por pares para revisar la calidad del rendimiento de un

individuo bajo cualquier circunstancia en la cual, a su juicio, la calidad de la atención provista o la integridad ética de un individuo parece ser menor a la esperada de los miembros del servicio. Este puede ser un panel interno compuesto por al menos 3 miembros del mismo servicio designados por el Jefe de Servicio y/o el Director Médico. El Jefe de Servicio y/o el Director Médico puede también designar médicos de otras disciplinas para el comité de revisión si cree que sea apropiado en esas circunstancias. Alternativamente, si no es posible para el Jefe de Servicio o para el Director Médico identificar a las personas apropiadas para realizar la revisión, o si siente que un proceso de revisión por pares interno no pueda ser realizado objetivamente, entonces puede requerir que se constituya un comité de revisión por pares externo. El comité de revisión por pares externo será dirigido por al menos una persona calificada en la misma especialidad médica. El comité de revisión por pares interno o revisores externos, revisarán las historias clínicas, discutirán la atención provista por la persona bajo revisión, y realizarán un informe al Jefe de Servicio y al Director Médico dentro de los 60 días. La revisión por pares externa será completada dentro de los 90 días y la discusión de la atención realizada por escrito. Este informe incluirá comentarios y opiniones de los individuos bajo revisión. El Jefe de Servicio o de División, discutirá los resultados y proveerá una copia del informe, si es posible, al individuo bajo revisión.

Un informe resumiendo los resultados del proceso de revisión por pares y las actividades de mejora de calidad del servicio serán enviadas trimestralmente al comité de evaluación de calidad médica (Medical Quality Assessment Committee) detallando el análisis del servicio de la atención de pacientes con recomendaciones para implementar mejoras (ej. Educación, sistemas) y un plan para el seguimiento o la reevaluación de las mejoras.

Todas las actas, registros y materiales preparados en relación con la revisión por pares son confidenciales y están protegidos de buscadores de descubrimientos por la ley del estado de Washington para revisión por pares y aseguramiento de privilegios de calidad.

13.2. Europa

El modelo de atención por seguro nacional de salud europeo, es bastante distinto al modelo públi-

co argentino. Creemos útil presentar tanto la organización de un servicio de cirugía catalán, como las consideraciones generales que hacen a la perspectiva sobre el presente y futuro de la cirugía, en Cataluña.

Lineamientos generales de un Servicio de Cirugía en Cataluña:

Dr. Josep M. Badia i Pérez.

Dr. Eduardo Targarona.

Introducción:

La cirugía no puede desarrollarse en un hospital moderno en forma autónoma. El éxito final del proceso asistencial quirúrgico pasa por la coordinación de cada una de las especialidades que participen de una determinada patología y por conseguir el nivel de excelencia de todos los profesionales implicados. La necesaria colaboración con gastroenterólogos, endocrinólogos, radiólogos, endoscopistas y oncólogos ha de quedar reflejada en la organización de un servicio, por procesos y unidades funcionales, y en el programa de sesiones clínicas.

La memoria se centra en los aspectos de gestión propuestos para el servicio, con la vocación de aumentar la calidad asistencial del servicio, avanzar en una distribución moderna de la actividad quirúrgica, potenciar la cirugía académica, la docencia, la investigación y otros aspectos más específicos como la cirugía oncológica o la laparoscopia avanzada.

El Servicio ha de proporcionar una asistencia especializada, integral, personalizada, de alto nivel y calidad, de forma programada o urgente, a las personas enfermas en su ámbito de actuación.

En este proyecto se apuesta a la filosofía de la asistencia orientada al paciente (patient focused care, PFC), incorporando al enfermo en el foco del proceso asistencial. El objetivo principal de la asistencia, según el modelo PFC, es la mejora de la relación costo-efectividad y de la calidad de los servicios prestados al paciente. La práctica implica que los profesionales sanitarios, han de aprender a trabajar en equipos multidisciplinares, adaptables a diferentes tareas, guiados por las necesidades de los enfermos, con el objetivo de la mejora continuada del servicio. Significa una organización por procesos, un funcionamiento con guías clínicas o perfiles asistenciales, el análisis

de los resultados de los procesos asistenciales y su costo, el estudio de la satisfacción del paciente y la adaptación de la estructura del hospital en la medida de lo posible a las necesidades del paciente.

Los puntos principales de la formulación estratégica propuesta son:

- Organización orientada al paciente.
- Gestión clínica empresarial, diversificando los clientes y buscando financiamiento público y privado.
- Atención a los miembros del plan de salud y del plan director de oncología de Cataluña.
- Organización por procesos.
- Trabajo en equipo.
- Coordinación con los otros niveles asistenciales.
- Compromiso y participación de los profesionales.
- Atención al desarrollo profesional, confort y realizaciones personales de los miembros del servicio.
- Corresponsabilización del ciudadano, gestionando sus expectativas.

Generalidades:

Los principales desafíos a afrontar dentro de la política de salud consisten, en buena parte, en dar respuesta a los problemas y necesidades que se derivan del envejecimiento de la población, los relacionados con las enfermedades crónicas, los discapacitados, el entorno social y el medioambiente.

Por un lado la cirugía oncológica digestiva es la medida terapéutica más eficaz contra los tumores sólidos más prevalentes (colon, mama, estómago), y por otro lado, la cirugía tiene un lugar preponderante en el diagnóstico y tratamiento del politraumatismo después de accidentes de tránsito.

Además la cirugía tiene un papel destacado en el tratamiento de otras patologías de alta prevalencia en la población, que si bien no suponen una disminución de los años de vida, si suponen una disminución en la calidad de vida:

- Prostatismo.
- Cataratas.
- Hernias de pared abdominal.
- Patología anal benigna.
- Artrosis incapacitante.
- Insuficiencia arterial de miembros inferiores.

- Accidentes isquémicos transitorios cerebrales.
- Malformaciones.
- Esterilización voluntaria.
- Insuficiencia coronaria.

De acuerdo con el plan de salud, los principios generales que inspiren la actuación de las autoridades sanitarias son los siguientes:

- Promover un modelo organizacional adecuado para afrontar el futuro. Utilización de todos los recursos disponibles con una organización más ágil y flexible.
- Asegurar la igualdad de acceso al sistema sanitario.
- Promover la descentralización y la participación de profesionales y usuarios.
- Implantar nuevas fórmulas de provisión de servicios para controlar los gastos sanitarios sin renunciar a la calidad asistencial. Se permitirá la progresiva introducción de elementos de competitividad entre los diferentes proveedores de servicios de forma que se respeten los estándares de calidad y se optimicen los recursos destinados a la sanidad.
- Situar al usuario como el objetivo prioritario del sistema sanitario.
- Crear las condiciones necesarias para que el personal del servicio catalán de la salud se convierta en el elemento central de la nueva organización.
- Fomentar la formación continuada del personal.

El análisis de los documentos comentados aconseja diversas líneas estratégicas a reforzar en la planificación de la actividad asistencial y de investigación del servicio de cirugía:

- Cirugía oncológica.
- Patología del envejecimiento. Cirugía en el paciente anciano.
- Atención y prevención de la infección nosocomial.
- Tratamiento del dolor (postoperatorio, dolor crónico, paciente oncológico).
- Análisis y contención de costos.
- Nuevas tecnologías (laparoscopia avanzada, nuevos antibióticos).

A finales del siglo XIX y principios del siglo XX, la cirugía ha ganado el crédito y respeto de la comunidad médica, dejando atrás la historia de sus humildes inicios. Desde entonces, la especialidad

ha seguido una trayectoria ascendente en el panorama sanitario debido a su aplicación a numerosos procesos de alta prevalencia y a su mejor eficacia y seguridad.

Diversos factores han influido en la evolución de la cirugía tal como se practica en la actualidad y se proyecta al futuro. En primer lugar el notable aumento de la demanda de cirugía de forma que se ha incrementado el porcentaje de camas quirúrgicas en los hospitales. Este incremento de la demanda se debe a 3 factores principales: una mayor seguridad en los procesos quirúrgicos, la prolongación de la vida, y a una menor tolerancia de la población hacia las enfermedades. En segundo lugar la cirugía es capaz de dar soluciones curativas o paliativas claramente superiores a otras alternativas terapéuticas en algunas de las enfermedades mas prevalentes y responsables de gran morbilidad y mortalidad de la población, como son la cardiopatía isquémica, los tumores sólidos, la litiasis biliar y la artrosis incapacitante. Finalmente los hábitos y valores sociales vigentes han determinado un gran aumento de la cirugía reparadora, protésica y estética. Con el complemento de los avances biológicos de todos los niveles han permitido el desarrollo de campos de la cirugía insospechados hace 25 años, como es el caso de la cirugía de transplante de órganos.

Los problemas asistenciales que plantean el envejecimiento de la población hospitalaria son de diversos tipos:

- Los derivados del incremento de la demanda quirúrgica programada y urgente. La necesidad de cirugía en la población mayor de 65 años es 7 veces superior a la población de menos de esta edad, como es posible comprobar por la edad mediana de los pacientes atendidos en los servicios de cirugía en la actualidad. Este hecho combinado con la atención ambulatoria de forma prioritaria del paciente joven, implica un aumento de la complejidad global de las salas quirúrgicas, con mayor carga de enfermería, aumento de las complicaciones y demanda de camas de críticos y en definitiva un incremento de los recursos necesarios.
- Los relacionados con una mayor susceptibilidad del anciano a presentar complicaciones postoperatorias. La mortalidad postoperatoria es de 2 a 7 veces más alta en las personas de más de 70 años. Para la cirugía electiva es del 7,8%, pero en la urgencia puede elevarse hasta el

36,8%. Este incremento es debido a la elevada comorbilidad que presentan y a su limitada capacidad para organizar una correcta respuesta metabólica a la cirugía.

- Los derivados de la dificultad en la toma de decisiones en esta población. Se considera que hasta el 30% de las decisiones sobre operar o no operar a pacientes ancianos puede ser errónea. En la toma de decisiones es necesario considerar: la gravedad y pronóstico de la enfermedad de base, la comorbilidad y estado nutricional, la mortalidad operatoria previsible, la calidad de vida previa percibida por el paciente, los límites de la actuación médica y la opinión del paciente y la familia.
- Los relacionados con la calidad de vida y la integración social después del alta. A menudo a la finalización del proceso asistencial, se plantean problemas importantes relacionados con un deterioro del estado mental previo del paciente o de la capacidad de deambulación. También es frecuente que estos pacientes necesiten un ingreso temporal en una institución de cuidados medianos o mínimos, lo que acostumbra prolongar la estadía hospitalaria a la espera de lugar en estos centros.

Los últimos años se han caracterizado por una fuerte reducción de la estadía hospitalaria en las unidades de cirugía. Este hecho no solamente se ha visto influido por la presión de los gestores sanitarios, sino también por el mimetismo ocasionado por la cirugía mayor ambulatoria (CMA) y la percepción del profesional que una corta estadía forma parte de la calidad a ofrecer al paciente. Además, la población general es consciente de las ventajas de las alternativas a la hospitalización y los acepta y demanda con más frecuencia.

Es evidente que la irrupción en nuestro país de la CMA a principios de los 90 y el progreso en cirugía mínimamente invasiva han colaborado en gran medida con este hecho. Como se pudo comprobar en el Servicio de Cirugía del Hospital de Granollers, el aumento de la actividad de CMA ha sido paralelo a una disminución de la estadía mediana.

Las técnicas de radiología intervencionista (drenajes percutáneos, angioplastias, colocación de endoprótesis vasculares, embolizaciones, dilataciones de estenosis biliodigestivas) y la endoscopia intervencionista (esfinterotomías, extracción de

cálculos coledocianos, colocación de prótesis biliares y colónicas, esclerosis de vasos sangrantes) han tenido también un papel primordial en la reducción de la estadía hospitalaria. Los cirujanos, incentivados por estas iniciativas, inician a finales de la década de los 80 un movimiento hacia la cirugía mínimamente invasiva, con laparotomías mínimas e incisiones transversas, que ha culminado con la eclosión de la cirugía laparoscópica. Esta ha supuesto una verdadera revolución en la práctica quirúrgica de finales de siglo por su repercusión no solamente en la disminución de la estadía hospitalaria, sino por la reducción de las complicaciones relacionadas con la herida operatoria, minimización del impacto metabólico de la cirugía, preservación de la función inmunológica, rápida reincorporación del paciente a la actividad laboral y reducción del contacto del personal quirúrgico con los fluidos del enfermo.

En contraste con la cirugía mínimamente invasiva, la cirugía general ha avanzado también en una dirección diametralmente opuesta. La posibilidad de un mejor apoyo perioperatorio del paciente ha permitido la realización de intervenciones quirúrgicas más complejas en pacientes más ancianos y pluripatológicos. Esto puede comportar, por un lado un ingreso postoperatorio a la Unidad de Cuidados Intensivos, pero por otro lado frecuentes ingresos preoperatorios para aplicar técnicas invasivas que evalúan y mejoran la función cardíaca o respiratoria antes de la intervención.

Si la cirugía progresó inicialmente por factores externos al paciente (antisepsia, asepsia, instrumental, anestesia y analgesia), desde 1960 los principales éxitos se deben al mejor conocimiento de la biología del paciente quirúrgico. Con la mejor consideración de los cirujanos hacia las disciplinas básicas (fisiología, bioquímica, microbiología, endocrinología, farmacología e inmunología) ha comenzado un largo proceso de profundización en la biología de los pacientes y en los mecanismos de la respuesta neuroendócrina a la agresión quirúrgica.

Los progresos en el conocimiento de la fatiga postoperatoria y la respuesta al stress quirúrgico, el trasplante, la biología del cáncer, y la atención del enfermo politraumatizado han cambiado definitivamente el panorama de la cirugía del siglo XXI.

Los hospitales y servicios asistenciales deberán organizarse de forma que la gestión no esté en contradicción con la calidad, superando anti-

guos enfrentamientos. En este sentido, se debe buscar la participación de los profesionales en el proceso de decisión, hecho que los obligará a incorporar nuevas actitudes y aceptar riesgos relacionados con las consecuencias económicas de su actividad asistencial.

Los nuevos desafíos de la competencia obligan a un drástico incremento en el rendimiento de las operaciones ejecutadas por las organizaciones. La reingeniería aplicada a los hospitales es la revisión fundamental y el rediseño radical de procesos para lograr mejoras espectaculares en las mediciones de rendimiento. Hay que tener en cuenta que el concepto de reingeniería incluye no solamente un cambio en el sistema de organización, sino también un cambio cultural y estructural de la organización, a pesar que las instituciones sanitarias a menudo combinan los 2 sistemas en los programas de mejora de la calidad asistencial. La propuesta de la reingeniería es abandonar los procedimientos establecidos y examinar de nuevo sin prejuicios el trabajo realizado para crear un nuevo producto que satisfaga y entregue valor al paciente.

Los hospitales o servicios clínicos competentes han de dotarse de organizaciones flexibles que les faciliten ajustarse a las necesidades cambiantes del mercado, que sean ágiles para poder competir con los equipos u hospitales rivales, innovadores para mantener sus productos y servicios tecnológicamente actualizados, y tan dedicados a su misión que presten un servicio de máxima calidad a sus pacientes y proporcione satisfacción y motivación a sus trabajadores.

Para establecer objetivos a largo plazo, los hospitales han de contar con la introducción en su entorno de 3 nuevas y potentes fuerzas:

- Un alto nivel de exigencia de resultados y calidad por parte del paciente.
- Un aumento de la competencia, que obligará a demostrar al financiador público y al paciente que los resultados son óptimos y mejores que los de los competidores.
- El constante y permanente cambio tecnológico que puede hacer fracasar o triunfar a una institución dependiendo de su visión de futuro, capacidad de selección y adaptación al cambio.

Los organigramas actuales suelen seguir los criterios del lean management, donde el primer nivel es ocupado por el director de servicio, apoyado por personas o comisiones que le ayuden en

la toma de decisiones. En el segundo nivel, las antiguas secciones son sustituidas por unidades funcionales. Los jefes de estas unidades funcionales son facultativos especializados en sus áreas, con independencia de su categoría laboral o de su nivel de carrera profesional.

No obstante, desde un punto de vista funcional, la estructura que mejor resultado puede dar es el organigrama matricial, ampliamente aplicado a organizaciones no sanitarias, pero que cada década parece imponerse con más fuerza en los hospitales de nuestro entorno. Esta organización establece unas líneas de producción, representados por las unidades funcionales que pueden tener un funcionamiento por procesos. Los productos finales de estas unidades se reparten en las áreas de asistencia (guías clínicas, resultados asistenciales), investigación (proyectos de investigación clínica o básica) y docencia (formación de residentes, cursos, sesiones clínicas). Estas unidades pueden tener asignado personal de enfermería, u otros servicios del hospital. De forma complementaria, esta estructura matricial contempla la existencia de áreas de apoyo, encabezadas por el director del servicio, que tratan de dar apoyo a las unidades funcionales en la vertiente administrativa, organizativa y tecnológica.

Las unidades de apoyo tratan de optimizar los recursos del servicio, se encargan de proporcionar información, diseñar presupuestos, vigilar la calidad asistencial, organizar la docencia, la actividad científica y las sesiones clínicas del servicio.

Función del Jefe de Servicio:

Las principales funciones del jefe de servicio han de ser:

- Construir un ambiente de trabajo que facilite la tarea diaria.
- Incentivar y motivación de los miembros del servicio.
- Velar por una óptima calidad asistencial del servicio.
- Potenciar la participación de los profesionales del servicio en los grupos multidisciplinarios del hospital.
- Promover las relaciones interdisciplinarias de servicio promoviendo contactos asistenciales y científicas regulares con otros servicios del hospital.
- Responsabilizarse del funcionamiento asistencial, diseñando presupuestos, programas de

inversión, objetivos anuales y proyectos de futuro.

- Velar por la efectividad, consiguiendo la mejor relación costo-beneficio en la asistencia.
- Conseguir los medios económicos necesarios para la asistencia, docencia e investigación en el servicio.
- Corresponsabilizarse con los coordinadores correspondientes del funcionamiento de las sesiones clínicas, del control de la calidad asistencial y de la promoción de la investigación.
- Tener una dedicación especial a la docencia de postgrado junto con el tutor de residentes y el responsable de docencia del servicio.
- Fomentar las tareas de docencia, investigación y formación continuada del personal del servicio.

Finalmente y no menos importante, el jefe ha de conocer y seguir las directivas estratégicas de la dirección del hospital y del jefe de departamento, pero manteniendo su independencia y capacidad de liderazgo, los que le otorgan la autoridad necesaria delante de los miembros del servicio.

La cirugía es una de las disciplinas de la medicina que más ha cambiado en los últimos años. La irrupción de nuevas tecnologías como la cirugía laparoscópica; la orientación del enfermo quirúrgico según los conceptos fisiopatológicos, inmunológicos, metabólicos, nutricionales; la atención del enfermo quirúrgico en las áreas de cuidados intensivos, o de las alternativas a la hospitalización, han ampliado de tal manera el campo de la especialidad que hace difícil dominarlo en su conjunto.

Por otro lado, el concepto de cirugía técnica que se limitaba a efectuar de forma repetitiva una técnica para la cual había estado entrenado se ha abandonado a favor de la cirugía que integra toda una serie de conocimientos para cuidar del paciente en el periodo perioperatorio, consiguiendo el tratamiento integral del mismo desde el proceso de diagnóstico siguiendo por el seguimiento postoperatorio, pasando por el acto quirúrgico.

En un mundo que avanza rápidamente hacia la superespecialización los cirujanos no pueden ser una excepción. Tal como afirma Rutkow, "Los cirujanos, como todas las personas, tienden a hacer bien lo que practican a menudo". Es recomendable que los servicios de cirugía se organicen de manera que se evite la cirugía ocasional, en es-

pecial de los procedimientos más complejos, que están grabados con una importante morbilidad.

La afirmación de Rutkow esta avalada por diversos artículos aparecidos en prestigiosas revistas científicas durante la última década. McHardie y Hole, en un artículo del BMJ de 1991 que analiza la supervivencia después de la cirugía por cáncer colorectal en Escocia, encuentran que el cirujano es uno de los factores que incrementan el "odds ratio", siendo un factor de riesgo relativo que muestra una variación de 0,56 a 2,03. Por tanto, según el cirujano, hay una diferencia de 4 veces el riesgo de muerte de cáncer colorectal a los 5 años. Los autores finalizan el artículo clasificando al cirujano no como un factor pronóstico, sino como un factor de riesgo.

Esta claro que el volumen de casos atendidos cada año por el cirujano en un hospital de referencia tiene relación con los resultados obtenidos en términos de morbilidad y mortalidad postoperatoria y supervivencia a largo plazo. No obstante eso, numerosa literatura posterior demuestra que se pueden obtener resultados igualmente buenos en hospitales más pequeños siempre que se den una serie de condiciones: interés y entrenamiento específico del cirujano en una patología determinada, trabajo en equipo multidisciplinario, y seguimiento de protocolos y guías clínicas. Tal como afirma Lerut, en una editorial del *Annals of Surgery*, la clave de los resultados ha de ser una sólida formación del cirujano, con un control de la calidad de los programas de formación, de los que se hablará más adelante, junto con un trabajo multidisciplinario inserto en una red de colaboración y transferencia de conocimientos entre cirujanos de diversos centros.

El trabajo en unidades funcionales, definidas según grupos de patología afín, permite la consolidación de la experiencia necesaria de los profesionales, una concreta formación continuada, el desarrollo de líneas de investigación clínica o básica sobre su ámbito de actividad, el establecimiento de un funcionamiento por procesos, la creación de una red de colaboración con unidades similares de otros centros y la colaboración con los profesionales de otros estamentos y servicios del hospital para formar grupos multidisciplinarios.

Según una definición de 1990 del Institute of Medicine de los EUA, "la calidad de la asistencia es el grado en que los servicios prestados a los

individuos y a la población aumentan la probabilidad de obtener resultados de salud deseables y que son coherentes con el conocimiento actual de los profesionales". En el ámbito sanitario, factores como la naturaleza limitada de los recursos económicos, las nuevas tecnologías, la especialización de los profesionales y el progresivo desplazamiento del paciente hacia el eje del sistema, configuran la creciente importancia de la calidad en este sector de la sociedad de bienestar.

Un programa para evaluar y asegurar la calidad se puede definir como un proceso sistemático de identificación, evaluación y monitorización de los problemas de la práctica clínica con la finalidad de asegurar la mejor asistencia posible al paciente. El concepto de calidad en cirugía (surgical audit) tiene una larga tradición, a pesar que en nuestro ámbito no todos los servicios disponen de mecanismos de auditoría interna de morbilidad y mortalidad. Es conocida la personalidad de Ernest Amory Codman quien iba a iniciar planes nacionales para la reforma de la asistencia en los hospitales americanos después de haber sido expulsado del Massachussets General Hospital por su actitud crítica hacia los estándares quirúrgicos vigentes en aquel centro. En 1910 Codman ha escrito "Hemos de confesar nuestros errores al público y a nuestros colegas y estudiarlos para prevenirlos. Estos se pueden clasificar de la forma siguiente: errores debidos a falta de habilidad técnica, errores debidos a falta de juicio quirúrgico, errores debidos a falta de equipamiento adecuado, errores debidos a falta de habilidades diagnósticas".

Las justificaciones para implantar un sistema de auditoría interna en los servicios de cirugía son numerosas, pero todas derivan de 3 constataciones fundamentales: en la práctica médica se producen errores como en toda actividad humana, la mejor manera de no repetir errores es no esconderlos, podemos aprender más de nuestros errores que adquiriendo nueva información.

Ya que la finalidad esencial de una auditoría interna es el conocimiento detallado de los efectos adversos de las intervenciones quirúrgicas, sean o no debidos a errores de los cirujanos, los trazos fundamentales del registro de complicaciones es que ha de ser completo, preciso y honesto.

Es imprescindible crear una cultura de la calidad integral en cualquier servicio hospitalario, y el de cirugía no es una excepción. El servicio de ci-

rugía debe tener un programa propio de calidad inserto en el programa general del hospital. Con un coordinador o responsable de calidad. El servicio se ha de proveer de los medios adecuados para asegurar una auditoría propia continua de los resultados asistenciales, que permita a los profesionales la responsabilización de sus propios resultados y las propuestas de mejora.

El desarrollo operativo del plan de calidad del servicio se inicia con la asignación de un responsable de calidad, seguido por la identificación de las oportunidades de mejora, definición de los criterios de buena práctica, diseño de estudios, evaluación de resultados, propuestas y aplicación de medidas de mejora, reevaluación y comunicación de resultados. Se identificarán los indicadores de calidad principales del programa a fin de establecer los mecanismos para su control (reintervenciones, evisceraciones, infección de herida, etc).

Esta teoría se concreta en la realización de auditorías periódicas, por ejemplo: cumplimiento del protocolo de profilaxis antibiótica y variabilidad en el tratamiento empírico de la infección quirúrgica; y por el otro lado se sustenta en la realización de sesiones quirúrgicas semanales de morbilidad y mortalidad. En estas sesiones, de capital importancia en el programa de calidad, no solo se enumeran las complicaciones detectadas, sino que se analizan de forma crítica para detectar las causas y establecer las medidas correctivas. Toda esta información se registra prospectivamente en soporte informático a fin de poder hacer su evaluación estadística y comunicar los resultados a los profesionales del servicio.

Además, cada unidad debe elaborar un registro informatizado de su patología más prevalente, recogiendo datos diagnósticos, intervención, reintervenciones y complicaciones más prevalentes. Esto es de especial importancia en las neoplasias esofágica, gástrica, pancreática, tiroidea y colorectal, ya que ha de servir para el conocimiento de los resultados a corto y largo plazo y como tema de debate de cara al plan oncológico de Cataluña. Un aspecto importante que el plan de calidad del servicio debe abordar es el análisis de la variabilidad clínica y las medidas apropiadas para evitarla. Deberá apoyar acciones, siguiendo las normas de la medicina basada en la evidencia, a fin de desarrollar protocolos asistenciales en el ámbito de urgencias y de la internación, guías clínicas y planes de cuidados conjuntos con el per-

sonal de enfermería. Estas acciones, no solamente tienen un impacto sobre la calidad de la asistencia, sino que ayudan a mejorar los parámetros asistenciales como la estadía media o el índice de rotación.

Las sesiones clínicas materializan los principios que dirigen un servicio asistencial hospitalario. Son el lugar idóneo para la discusión clínica, de la controversia científica, del control de calidad y de la formación continuada. Supone además, el eje del servicio y una de sus razones de ser. Las sesiones han de ser obligatorias para todo el personal del servicio, tanto especialistas como residentes.

Se debe crear una cultura de la MBE en el servicio por medio de sesiones teóricas de las técnicas en que se basa (epidemiología, estadística, informática médica, técnicas de búsqueda bibliográfica) y sesiones prácticas (lectura crítica de artículos científicos, metodología de investigación, confección de metaanálisis y guías clínicas).

Se debe promover un sólido programa de formación continuada entre los facultativos del servicio, con el objetivo que cada uno se sienta líder en la patología de su ámbito de actuación. La pertenencia a sociedades internacionales, la asistencia regular a congresos y cursos, el establecimiento de lazos profesionales y de investigación, que ayuden a mantener el nivel científico del servicio y crear las unidades de excelencia que se deseen.

Es deseable que cada unidad funcional organice diversas sesiones clínicas científicas a lo largo del año; de presentación de guías clínicas y de resultados, a fin de mantener actualizado e informado de las actividades al resto del servicio y al hospital.

1. Mecanismos de seguimiento:

- Informar
- A los miembros del equipo de los cambios posibles, objetivos concretos a asumir en cada dimensión de la calidad asistencial. Docente e investigadora.
- A la dirección asistencial de los objetivos y resultados obtenidos.
- A los demás directores de servicio de los proyectos y prioridades para cada año.
- Evaluar
- Permanentemente la calidad científica y técnica del proceso asistencial.

- Periódicamente las desviaciones sobre el plan de objetivos a cumplir en los aspectos asistenciales (mensual), docente (anual), y de investigación (bianaual).
- Revisar
- La misión, estrategias y planes en función de los resultados obtenidos, las condiciones del entorno y las modificaciones que se pueden establecer en el plan estratégico.

13.3. Argentina

Organización de un Servicio de Cirugía en Argentina:

13.3.1. Hospital San Martín. La Plata. Dr. Castilla

Tipo de Gobierno:

- a) Unidad de doctrina.
- b) Unidad de criterios generales
- c) Unidad de normas
- d) Definición y conocimiento de objetivos
- e) Comunicación fácil con la Dirección.

Organización estructural

Salas de internación

Pertinencia

- Enfermos agudos en estado preoperatorio.
- Enfermos para exámenes diagnósticos especializados.
- Postoperatorio quirúrgico inmediato.
- Tratamientos complementarios. Reintervenciones. Rehabilitación.

Roles del jefe de la sala de internación:

- Planificación con el Jefe de Servicio de objetivos asistenciales y docentes
- Supervisión de todos los grupos profesionales y técnicos de su área.
- Control administrativo y bienestar de los pacientes.
- Autorizará y organizará procedimientos quirúrgicos y altas. Otorgará altas, certificados e informes a pacientes y familiares.
- Participará en Ateneos y reuniones del Servicio.
- Velará por el mantenimiento y provisión de recursos físicos, insumos y seguridad.
- Informará periódicamente de su gestión a jefatura.

Responsabilidades del jefe de servicio:

- Conocimiento de la misión y fe operativa.
- Sentido de la autoridad. Cualidades de mando. Saber como manejar a la gente, induciendo motivaciones y creatividad.
- Debe ser un buen generalizador, capaz de ver los problemas en su contexto y relacionar las partes con el todo.
- Espíritu de decisión e iniciativa. Responsabilidad. Aceptar las críticas.
- Sentido de disciplina y respeto de las órdenes legítimas.
- Competencia para juzgar, apreciar y decidir con conocimiento de causa.

Servicio de Cirugía en Argentina
13.3.2. Hospital Iturraspe, Sta. Fe.
Dr. Angel Pierini

El Servicio de Cirugía esta constituido por:

- Jefe de Servicio.
- Jefe de Clínica Quirúrgica.
- Médicos de planta: 12.

Residencia (4 años):

- Instructor de residentes.
- Jefe de residentes.
- Residentes 8.
- Concurrentes 3.

Secciones:

- Endoscopia Digestiva 5.
- Tórax 1.
- Gastroenterología 1.
- Cabeza y Cuello 1
- Traumatología.
- Cirugía maxilofacial.
- Cirugía odontológica
- ORL
- Cirugía plástica y reconstructiva.
- Urología.
- Cirugía Percutánea.

Infraestructura:

Consta de 36 camas, 6 de cuidados intermedios.

Actividades:

- Ateneos Clínicos.
- Ateneos Morbimortalidad.
- Ateneos Oncológicos.
- Ateneos bibliográficos.

- Cirugía experimental.
- Formación de Pregrado.

El Servicio de Cirugía cuenta con la integración en el mismo servicio, de la actividad quirúrgica, endoscópica y percutánea. Este modelo que dista de ser generalizado, se proyecta como el modelo deseable en todo servicio de cirugía.

13.3.3. Hospital de Alta Complejidad, Formosa
Jefe: Dr. José Ismael González

- Funciona exclusivamente con sistema de derivación de centros de menor complejidad tanto públicos como privados, de toda la provincia, para patologías o cirugías complejas.
- Es un Ente Autárquico Descentralizado pero es un Hospital Público.
- No posee guardia externa, solo guardias activas para los pacientes internados.
- Los contratos son temporales de seis meses por ahora, la carga horaria es de 44 hs semanales.
- Se están formando equipos de trabajo locales con asistencia y visita de varios referentes nacionales.
- En Cirugía Cardiovascular, cada 15 días, concurre un grupo quirúrgico de Bs. As. a realizar las cirugías y el equipo local hace el seguimiento y control posterior, ya llevan más de 130 cirugías cardiovasculares centrales
- En Laparoscopia se encuentran con asistencia desde Corrientes para capacitar a la gente del servicio en los procedimientos más complejos
- Junto al equipo de trasplante del Argerich se halla en desarrollo el Programa de Trasplante Hepático local que planea ser regional (ya se encuentra habilitado en la pagina oficial del INCUCAI)
- Los servicios de trasplante renal y cardíaco también se encuentran habilitados
- Se está en la etapa de evaluación de pacientes para incluirlos en lista de espera.

El Servicio se halla constituido por 10 cirujanos:

- 1- Jefe de Servicio
- 2- Encargado del Área de Emergencias
- 3- Encargado del Área de Coloproctología
- 4- Encargado del Área HPB:
- 5- Área de Cirugía laparoscópica.
- 6- Tres cirujanos.

Cada uno se encarga de un área específica en cuanto a desarrollo y organización de las especialidades, se realizan bajo consenso o pautas para definir líneas de trabajo.

Realizamos ateneos semanales internos y con los demás servicios y participamos activamente en los Comités: Oncológicos, Infectológicos, de Historia Clínica, etc

El Jefe de Servicio es quien marca las líneas de trabajo y la distribución de las actividades.

Disponemos de quirófano lunes, miércoles y viernes (por supuesto de acuerdo a la demanda).

Las actividades que se realizan bajo la tutela de los equipos de afuera (como el caso de Torres) son de acuerdo a la clásica curva de aprendizaje, al entrenamiento y capacidad en cada área, se realiza en forma progresiva siempre bajo la supervisión de ellos.

Los menos entrenados van periódicamente al centro de entrenamiento que poseen en Corrientes para continuar la formación.

Tenemos unas Jornadas de Cirugía Laparoscópica y un Simposio de Trasplante, y desde este año unas Jornadas de Cirugía Hepatobiliar y Endoscopia Terapéutica

El año pasado fuimos sede del Curso Anual de Coloproctología a Distancia y este año del Curso Anual de Cirugía General en trabajo coordinado con la Asociación de Cirugía de Formosa.

13.3.4. Mar del Plata

Hospital Privado de Comunidad

Jefe Dr. Felipe Fiolo

El Servicio de Cirugía General, depende del Jefe de División Cirugía. La División Cirugía abarca a todas las especialidades quirúrgicas: ORL, ginecología, OYT, Oftalmología, Obstetricia, Cirugía Cardiovascular

El Servicio de Cirugía general comprende las siguientes secciones: Tórax, Cabeza y Cuello, Paredes, Coloproctología, Esófago y estómago y Hepatobiliopancreático. Cada miembro del servicio desarrolla especialmente una de estas áreas. Todas las urgencias quirúrgicas son internadas y de ser necesario, operadas por miembros del Servicio de Cirugía, entre quienes se distribuyen las guardias. El equipamiento e instrumental son institucionales.

Las áreas de internación son polivalentes y se comparte con los demás servicios, tanto la mucama, como la enfermera y las secretarías. Se dis-

pone de un área preferencial para pacientes ostomizados, con apoyo nutricional o postquirúrgicos complejos.

Se dispone de 10 quirófanos, polivalentes que se comparten entre los servicios quirúrgicos. Hay un quirófano especial para cirugía cardíaca y otro para cirugía traumatológica.

El área de cirugía ambulatoria consta de 9 camas, se halla integrada al Hospital, es polivalente y se comparte con los demás servicios quirúrgicos.

El Área de Consultorios, se comparte con los demás servicios, se encuentran en el núcleo hospitalario y en áreas periféricas. Se cuenta también con consultorios multidisciplinarios:

- Consultorio de Ictericias: compuesto por cirujanos, gastroenterólogos y Radiólogos intervencionistas. Para el manejo conjunto de patología hepatobiliopancreática. Se realiza diagnóstico y se planea el tratamiento.
- Consultorio de Patología oncológica hepatobiliopancreática: constituido por cirujanos, oncólogos y Psiquiatra. Para consensuar los tratamientos, contener la ansiedad generada en el núcleo familiar e instrumentar el seguimiento de los pacientes.

Los Cirujanos se desempeñan todos, en tiempo completo y dedicación exclusiva.

Cuenta con una residencia que lleva 32 años de trayectoria. Entran 2 residentes por año, y dura 4 años. Con posibilidad de realizar la Jefatura de residentes.

Misión y Funciones de los servicios:

Misión: brindar atención médica integral con los mayores niveles de eficiencia y calidad, de acuerdo con las políticas, planes y programas de la Institución.

Funciones de los Jefes de los Servicios:

1. Fortalecer con el ejemplo los principios y valores que dieron origen a la institución y sustentaron su desarrollo y prestigio.
2. Ejercer la conducción del personal a su cargo, programando, coordinando, supervisando, evaluando y calificando su trabajo.
3. Elaborar el programa de actividades, las memorias del servicio y otros informes y registros de acuerdo a las directivas y objetivos determinados por la Institución.

4. Motivar al personal de dependencia con la co-operación, la participación en reuniones de trabajo, la solución de conflictos, la capacitación y el estímulo para el progreso personal.
5. Promover activamente la interacción y el intercambio de información con otros sectores del hospital para el mejor funcionamiento de la institución y el uso racional de todos los recursos.
6. Programar y priorizar las necesidades de recursos humanos y de equipamiento para el funcionamiento del servicio.
7. Desarrollar y promover el uso de normas técnicas y administrativas que contribuyan a la eficiencia y a la calidad de las prestaciones.
8. Asumir la responsabilidad de la toma de decisiones en el ámbito de su competencia, procurando evitar las indefiniciones, la incertidumbre y la persistencia de situaciones de riesgo para la institución.
9. Efectuar el control de procesos y normas que permitan disminuir los costos y promover conductas de uso racional de los recursos en los médicos de planta y residentes.
9. Evaluar la información estadística y de costos de cada servicio y adoptar y promover conductas tendientes a aumentar la producción y disminuir los gastos innecesarios.
10. Programar las licencias del personal de acuerdo a las normas en vigencia y contemplando que las mismas no afecten el normal desempeño del servicio.
11. Ejercer el poder de sanción cuando ello sea necesario, en el marco de las normas reglamentarias.
12. Controlar el correcto llenado de las historias clínicas y el cumplimiento de procedimientos administrativos o contables tales como la facturación de todas las prestaciones que se realicen en el servicio.
13. Apoyar la labor del jefe de división, participando de las reuniones que se convoquen, efectuando propuestas tendientes a mejorar los servicios de la Institución y colaborando en todo aquello que se considere necesario.
14. Velar por la correcta atención y el buen trato a los pacientes y recibir, analizar y resolver las quejas y sugerencias que estos formulen, tomando las medidas y efectuando las comunicaciones que en cada caso correspondan.
15. Cumplir y hacer cumplir al personal del servicio, el seguimiento de las vías jerárquicas co-

respondientes para un adecuado ordenamiento de las tramitaciones y de las responsabilidades de cada nivel.

13.3.4. Organización de un servicio de cirugía de acuerdo a las pautas del Ministerio de Salud de la Nación

El recurso humano en cuanto a calidad y cantidad estará subordinado al nivel de categorización del establecimiento.

El objetivo de esta norma es establecer pautas mínimas imprescindibles para brindar a los pacientes seguridad terapéutica.

NIVEL I:

No constituye un servicio. La actividad quirúrgica estará a cargo de un médico con título de especialista en cirugía general que reportará directamente al director del establecimiento. La misma tendrá las limitaciones establecidas para este nivel de categorización, y participará con los demás profesionales del establecimiento en sus actividades de conjunto. (Programas de prevención y educación para la salud)

Desarrollará tareas asistenciales en consultorio externo, atenderá la demanda y podrá realizar la cirugía ambulatoria autorizada para este nivel, según el Nomenclador de Prácticas Quirúrgicas.

NIVEL II:

El servicio estará constituido por un jefe y por médicos de planta.

Jefe del servicio:

A cargo de un médico con título de especialista en cirugía, nombrado por concurso y con antecedentes comprobables de capacitación en administración de servicios de salud.

Será el responsable administrativo y asistencial ante las autoridades del establecimiento

Funciones:

1. Organizar el servicio a su cargo de acuerdo a los objetivos del establecimiento
2. Elaborar normas de organización y funcionamiento, de diagnóstico y tratamiento y procedimientos del servicio y la sistematización del control de gestión interno.

3. Cumplir y hacer cumplir las normas y las reglamentaciones emanadas de la superioridad intra y extra institucional.
4. Conducir y administrar los recursos físicos, el equipamiento y los recursos humanos a su cargo.
5. Supervisar las actividades y evaluar los resultados.
6. Determinar la dotación del personal del servicio a su cargo, en cuanto a cantidad y calidad del mismo.
7. Participar en la selección del personal médico, técnico, auxiliar y administrativo.
8. Asignar tareas y responsabilidades al personal del servicio y evaluar su desempeño.
9. Calcular las necesidades del presupuesto (recursos humanos, equipamiento, insumos, etc)
10. Registrar, mantener actualizada y archivar la documentación del servicio por el lapso que fijen las autoridades.
11. Elaborar programas de capacitación y mejora de la calidad para el personal del servicio, así como estimular la capacitación fuera del mismo
12. Colaborar en la designación de los integrantes de comisiones, comités o grupos de trabajo en los que participa el servicio (prevención de infecciones, historia clínica, tumores, docencia e investigación, etc.)
13. Realizar junto con los profesionales del servicio tareas de docencia e investigación

Médico de planta:

Médicos con título de especialista en cirugía.

Su función es la atención de los pacientes tanto ambulatorios como internados.

Participará de las actividades quirúrgicas del servicio

Cumplir con las normativas emanadas de la autoridad.

Participar en actividades de docencia e investigación y en la capacitación continua

Colaborar en las tareas administrativas con las autoridades.

NIVEL III:

En este nivel el servicio de cirugía podrá formar parte, si es que la estructura del establecimiento lo requiere, de un Departamento Quirúrgico, entendido éste como una asociación interdisciplinaria de

especialidades afines y que constituyen una unidad técnico administrativa.

Jefe de servicio:

A cargo de un médico con título de especialista en cirugía nombrado por concurso debiendo estar certificado, con antecedentes teóricos y prácticos en administración de servicios de salud,

Sus funciones son iguales a las del NIVEL II, aunque incrementadas en intensidad y complejidad ya que tendrá a su cargo el nivel más alto de categorización, y con recursos humanos con especialidades dependientes.

Subjefe del servicio:

Podrá existir en la estructura del establecimiento solamente en el caso que la producción y el funcionamiento del servicio lo justifique.

Cumplir los requisitos de ser médico especialista en cirugía, certificado, con un mínimo de años en la especialidad y con antecedentes comprobables de capacitación en administración de servicios de salud.

En el caso de no existir el cargo, la función será desempeñada, durante la ausencia del jefe, por un médico cirujano suplente de planta.

Funciones:

- 1- Asumir la responsabilidad de la conducción del servicio en ausencia del jefe.
- 2- Colaborar con el jefe en tareas de:
 - Programación de actividades
 - Organización
 - Coordinación
 - Administración
 - Conducción.
- Asistir en las actividades de docencia e investigación
- Intervenir en la confección de los registros
- Velar por el buen uso y mantenimiento de l equipamiento e instrumental
- Colaborar con el jefe en las tareas de supervisar y evaluar al personal del servicio

Jefe de sector (o sección):

Podrán existir en la estructura del establecimiento solo en el caso que la producción y el funcionamiento del servicio lo justifiquen

Cada sector estará a cargo de un médico con título de especialista en cirugía, nombrado por concurso, certificado, y con antecedentes de orien-

tación como mínimo hacia la especialidad de la sección.

Funciones:

- 1- Colaborar con la superioridad en las tareas asistenciales, administrativas, de docencia e investigación.
- 2- Coordinar y controlar la actividad asistencial y administrativa del sector.
- 3- Colaborar con el jefe en la conducción y evaluación del personal.

Coordinador de centro quirúrgico:

Estará a cargo de un médico cirujano con título de la especialidad, certificado y con antecedentes de capacitación en administración de servicios de salud.

Funciones:

Coordinar y supervisar la labor de cirujanos, anestesiistas, personal auxiliar y de apoyo que interviene en el centro quirúrgico.

Coordinar el funcionamiento y programación diaria de las actividades del centro con los jefes de los servicios que intervienen en el mismo (cirugía, anestesia, enfermería, instrumentadoras, anatomía patológica, esterilización, radiología, cardiología, etc) Organizar el trabajo del centro, creando su reglamentación y haciéndola cumplir.

Cumplir y hacer cumplir las normas vigentes relacionadas con la actividad del centro quirúrgico.

Controlar y supervisar el suministro normal de insumos, medicamentos, material descartable, instrumental, ropa, etc, que permitan el normal desarrollo de las prácticas quirúrgicas programadas.

Controlar el buen funcionamiento de las instalaciones físicas y del equipamiento, debiendo coordinar con el sector de mantenimiento un programa de actividades preventivas de los mismos.

Establecer indicadores y estándares de productividad y de calidad del centro quirúrgico.

Registrar y archivar toda la documentación administrativa necesaria para el normal desenvolvimiento del centro.

Personal de enfermería:

El servicio de enfermería se registrará en cuanto a su organización y funcionamiento teniendo en cuenta la Norma: 194 / 95 del Programa Nacional de Garantía de Calidad de Atención Médica.

Personal administrativo:

El número de los mismos, su distribución y el nivel de capacitación deberán estar de acuerdo con la categorización del servicio y la dimensión del mismo.

Cálculo de personal:

Para lograr el plantel necesario hay que tener en cuenta :

- 1- Los días laborables anuales: alrededor de 280 días.
- 2- El tiempo estipulado para cada consulta: alrededor de 15 minutos por consulta.
- 3- El tiempo dedicado a la docencia: Se estima en un 20% de la jornada laboral, variable de acuerdo a la actividad en general del establecimiento y su categorización.
- 4- Actividad en el centro quirúrgico: Se calcula la duración promedio de las intervenciones en aproximadamente 2 horas.

Marco normativo de funcionamiento:

Dependencia:

NIVEL I:

No existe como servicio de cirugía. El cirujano que cumpla tareas en este nivel de establecimiento informará directamente al director.

NIVEL II:

De acuerdo a las características del establecimiento el servicio dependerá del director adjunto.

NIVEL III:

El servicio podrá depender del jefe del departamento Quirúrgico ó del Director adjunto del área asistencial.

Pautas de funcionamiento:

El servicio de Cirugía programará sus actividades de acuerdo con los objetivos del establecimiento en que se encuentre, desarrollando con la profundidad adecuada al Nivel de Riesgo su misión de prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades quirúrgicas, así como practicar tareas de capacitación e investigación en la especialidad.

Las tareas de prevención y educación para la salud, se realizarán en colaboración con los profesionales de las áreas correspondientes.

La atención médica se realizará en forma ambulatoria, en consultorios, y en internación en áreas físicas acondicionadas al efecto y según las características de los pacientes.

También se contemplará la atención de la urgencia y cuando corresponda, se realizará la atención e internación domiciliaria.

Como área especializada atenderá interconsultas de otras áreas, tanto de la medicina general como de otras especialidades.

Participará en las tareas de las Comisiones de Profesionales del establecimiento (EJ: Bioética, Docencia e Investigación, Auditoría Médica Interna, etc.) brindando asesoramiento sobre temas de la especialidad cuando así se requiera.

Desarrollará programas de educación en la especialidad según el Nivel del establecimiento. Realizará ateneos clínicos y anatomoclínicos en colaboración con otros servicios participando activamente cuando se trate de temas vinculados con la Cirugía.

Desarrollará proyectos de investigación sobre etiología, fisiopatología, diagnóstico, pronóstico y/o tratamiento de las enfermedades quirúrgicas, así como epidemiología en cirugía, en colaboración con otras áreas del establecimiento o en forma independiente, según el Nivel de Riesgo.

Funciones según los niveles de riesgo:

NIVEL I:

Este nivel no cuenta con el servicio de cirugía por no tener áreas especializadas. Sin embargo, las tareas de prevención, educación y asistenciales puede contemplar la presencia de un médico cirujano, quien participará de las mismas según las directivas de la dirección del establecimiento.

NIVEL II:

Este nivel contempla la atención de los pacientes en áreas especializadas.

Además de las tareas del Nivel I, deberá cumplir con las siguientes funciones:

Diagnosticar y tratar las enfermedades quirúrgicas cumpliendo con la asistencia de pacientes ambulatorios e internados.

Atender las interconsultas de la especialidad en las otras áreas del establecimiento.

Atender las urgencias y emergencias de la especialidad, para lo cual se organizará un sistema de guardias activas y/o pasivas, según las caracte-

terísticas del establecimiento y su modalidad operativa.

Desarrollar actividades docentes correspondientes a la especialidad.

Desarrollar tareas de investigación clínica correspondientes a la especialidad para el Nivel del establecimiento.

Utilizar como criterio de atención para este nivel, la condición del paciente,

(ambulatorio o internado), la severidad del cuadro nosológico, la complejidad de la patología en cuestión y del tratamiento que corresponda, los recursos previstos para el establecimiento en relación con la disponibilidad de medios propios y de servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento que permitan atender a la demanda asistencial según los criterios anteriores.

NIVEL III:

Además de cumplir con las funciones de los Niveles I y II, deberá:

Atender pacientes ambulatorios e internados con patológicos que requieran el más alto nivel de resolución en cirugía.

Atender las consultas e interconsultas de otras áreas del establecimiento y de otros establecimientos, cuando la complejidad de la patología o la del paciente así lo requieran.

Proyectar y ejecutar los programas de docencia acordes con el Nivel en la especialidad

Desarrollar los proyectos de investigación clínica correspondientes al Nivel III en la especialidad, en forma independiente y/o en colaboración con otras áreas o establecimientos, actuando como centro de referencia.

Programar y mantener en funcionamiento el centro quirúrgico.

Participar en las tareas de las Comisiones de Bioética, Docencia e Investigación, Auditoría Médica, etc., acordes con el Nivel del establecimiento, y dentro del área de la Cirugía.

Pautas de gestión administrativa:

Programar y ejecutar el presupuesto de inversiones y gastos de funcionamiento, que incluye, poseer el programa anual del servicio siguiendo las normas dictadas por la Dirección del Establecimiento.

Implementar los mecanismos técnicos administrativos necesarios para registrar todos los datos de movimientos dentro del servicio.

Para ello es necesario que disponga de indicadores y estándares que indiquen los valores de ponderación de cada actividad.

Registro de la actividad: Su objetivo es llevar un registro de las actividades diarias con fines estadísticos y de control de la gestión (tanto de producción como de calidad de la asistencia médica).

Controles:

Se realizarán sobre las tres dimensiones de la asistencia médica: Estructura (recursos físicos, equipamiento y recursos humanos), los Procesos (conjunto de procedimientos utilizados para el diagnóstico y tratamiento) y los Resultados.

Documentos:

Se llevará un registro y archivo de toda la documentación necesaria desde el punto de vista legal y administrativo según esté reglamentado por la jurisdicción correspondiente y por las autoridades del establecimiento.

13.3.5. El Servicio de Cirugía en los lugares alejados

No quisimos terminar este capítulo sin contar con las consideraciones y la particular visión de alguien que desarrolla la actividad en uno de tantos lugares alejados del país, donde parecen confluir todas las dificultades: económicas, sociales, políticas y tecnológicas, al accionar médico eficiente. Creemos que todos los cirujanos "extremos", no solo merecen nuestro reconocimiento por una labor difícil, sino también el acceso a la palabra que exprese su posición. Para ello contamos con la visión de uno de ellos, el Dr. Samuel Ruiz, Cirujano del Hospital 4 de junio "Ramón Carrillo" de Presidencia Roque Sáenz Peña, Chaco.

Describir la situación de un servicio de cirugía general que se encuentra alejado de los centros académicos y en una de las regiones de menor desarrollo socioeconómico de la Argentina representa un desafío; plantear como debería ser organizado tal servicio sería un exceso de mi parte. Pero sí me atrae la posibilidad de analizar nuestra situación y creo de muchísimos cirujanos de nuestro extenso país y plantear una serie de interrogantes e intentar su respuesta.

La República Argentina es un país que se puede describir como asimétrico y concentrado des-

de lo social-cultural-económico y demográfico; proceso histórico que arranca desde sus orígenes como país y que en los últimos 25 años ha sufrido una mayor acentuación. Esto ha permitido que convivan distintas realidades socioeconómicas, algunas equiparables con los países más desarrollados y otras con las regiones menos desarrolladas del mundo. Ninguna de las acciones llevadas a cabo han podido revertir esta situación, es más tuvieron el efecto contrario. Esta realidad insoslayable también se aplica a la medicina y su ejercicio profesional, la cual no se ha podido despegar de las distintas situaciones provinciales y/o regionales de desarrollo económico y social; sumándose a esto que nunca se planifico algún tipo de sistema de atención médica integral y universal que perdurara en el tiempo, si no más bien han convivido todos los tipos de sistemas de atención de los enfermos y su distinta forma de financiamiento anulándose o compitiendo por el mismo recurso financiero el cual es insuficiente, y no alcanza a cubrir todas las necesidades sanitarias de la población.

Todo esto ha llevado a que existan en nuestro país distintos niveles de calidad de prestaciones en la atención de la población: un nivel de servicios de salud con prestaciones de altísimo costo, muchísimas injustificadas, al cual accede la población con mayor poder adquisitivo, concentrado geográficamente en la ciudad Autónoma de Buenos Aires y algunas otras pocas ciudades de la Argentina.

Un segundo nivel de prestaciones, intermedio en costo, pero de un elevadísimo nivel profesional, el cual también se encuentra casi en su totalidad concentrado en Capital Federal y las provincia de Buenos Aires, Santa Fé, Córdoba, tanto en el sector público como en el privado; que constituyen el núcleo central del sistema de formación médica básica y post-básica.

Un tercer nivel de prestaciones se halla distribuido heterogéneamente por todo el territorio nacional, con mayor concentración en las provincias con los peores indicadores socio-económicos. En las cuales persiste una medicina individual, mal pagada por las obras sociales provinciales. Con honorarios menores en las provincias más pobres para iguales procedimientos terapéuticos (por ejemplo la colecistectomía laparoscópica). Lugares donde el trabajo multidisciplinario es una utopía, menos aún la docencia médica o la investiga-

ción clínica que nunca fueron contempladas como parte de la actividad médica. En este nivel prestacional los médicos, entre ellos los cirujanos, sobreviven debiendo claramente ejercer la profesión en una pobre relación costo beneficio, con alto impacto no solo en lo económico si no también en lo familiar, social y legal.

En estas condiciones la primera pregunta que surge es:

¿Se puede armar un servicio de cirugía en una provincia pobre, en una ciudad alejada de centros académicos y cuya realidad médica se encuentra en el tercer nivel prestacional descripto?

- En el sector privado de salud la respuesta es NO. Debería, para poder plantearse la formación de un servicio de cirugía o de cualquier otra especialidad, operarse primero un cambio de mentalidad desde el sector médico. Ya que este se encuentra encerrado en una medicina individual, en donde todos hacen de todo, para no perder los pacientes de sus consultorios, así se ve a cirujanos actuando como médicos de atención primaria o de cabecera de distintas obras sociales.

En segundo término al calcular los valores de la atención médica debería incluirse el costo adicional que genera esta actividad interactuada entre varios profesionales frente a un paciente; reconocer en los honorarios las carreras profesionales (no solo por la antigüedad de recibido el título universitario), incluir dentro de la tarea asistencial la docencia e investigación que hoy ni siquiera son consideradas.

- En el sector estatal, aunque se está llevando a cabo la organización de servicios, mi respuesta actual sería NI. Ya que presentan una serie de debilidades que disminuyen las posibilidades para que este perdure en el tiempo.

En los hospitales públicos se da la posibilidad de la no competencia por los pacientes, lo que elimina el temor de la pérdida del mismo por los médicos; en general se encuentran estructurados por salas o pabellones lo que da un ambiente común de trabajo, además del quirófano. La única competencia que se da en ocasiones es por los cargos políticos, en general temporales de acuerdo a cada gestión ministerial. Aquí se genera la primera debilidad, todos en algún momento y sin mediar más que cierta afinidad con las ideas políticas han sido

jefes, directores o han ocupado algún otro cargo jerárquico, disminuyendo la autoridad que debe emanar del mismo. Cuestión que se solucionarí con un sistema de concurso para los cargos jerárquicos no políticos.

El sistema anárquico de relación laboral entre el estado y los médicos, conviviendo becados, contratados por tiempo limitado renovados por períodos prolongados, que exceden largamente los períodos legales, personal de planta permanente con una carga horaria disímil que va de 18 hs a 44 hs semanales, así como el poco apego de los profesionales por cumplir su carga horaria, aceptando por ello remuneraciones irrisorias que van desde 700 pesos a 1900 pesos dependiendo del tipo de relación laboral así como de su horario semanal.

El crónico sistema de salarios bajos de los últimos 30 años, con una inversión inadecuada en equipamiento e infraestructura hospitalaria hace que la mayoría de los profesionales terminen emigrando al sistema privado cuando pueden o migren fuera de la provincia (como dato de interés que marca esta situación, hay tantos chaqueños viviendo dentro de la provincia como fuera, según el último censo nacional). Es este uno de los puntos más álgidos que debilitan el sistema, por la pérdida continua de profesionales capacitados que sienten que no pueden realizar sus aspiraciones profesionales y personales.

¿Se puede tener un sistema de residencia médica?

- En el Estado se vienen desarrollando programas de formación médica desde hace años, que presentan varios puntos que debilitan su continuidad en el tiempo.

Por un lado se dan situaciones en las cuales los médicos residentes son utilizados para sortear falencias estructurales en la atención de los pacientes, según la ocasión son camilleros, auxiliares de enfermería, extraccionistas, secretarios etc. esto atenta con la capacidad de poder atender a su formación como especialistas. Por otro lado el cambio permanente de los médicos de planta, no ayuda a generar un cuerpo docente; clave en la transmisión del conocimiento, supervisión de la actividad médica. Se corre así el riesgo de generar residentes autoinstruidos; como ha pasado con otros sistemas

de formación médica en la región; con las limitaciones que ello implica en el desarrollo completo de su capacitación profesional.

La ausencia de un ente regulador de las residencias médicas que pueda evaluarlas y que a su vez tenga injerencia en las decisiones que deban tomarse para corregir el rumbo, deja librado al azar el desarrollo final de los médicos en formación.

A pesar de las muchas situaciones en contra, se han ido formando médicos especialistas en cirugía general, ellos fueron incorporados en la provincia o realizaron postgrados quirúrgicos. La clave primordial ha sido el ímpetu de ellos mismos por obtener su formación así como un grupo de médicos menores de 40 años que apuntalaron al sistema en sus inicios, siendo la llave para la integración final de todos los cirujanos que en un principio no estaban convencidos de la incorporación de los residentes así como de los cambios que esto acarrearía al servicio de cirugía general.

- En la actividad privada no hay ningún tipo de actividad formativa más que la individual.

¿Se debería sectorizar un servicio de cirugía general de estas características?

La respuesta es Sí. Ya que beneficiaría a los pacientes, jerarquizaría al servicio, sistematizaría el manejo de las patologías más complejas, con la consecuente mejor y mayor capacidad resolutiva del grupo médico.

Entonces porque no se hace? Una serie de factores concausales entre los cuales podría enumerar los más significativos, como por ejemplo: la falta de una remuneración acorde con las aspiraciones de los médicos especialistas, (sobre todo si se formaron fuera de la provincia), una falta de inserción en el sector privado (ya que todos hacen de todo); una política sanitaria inconstante en la incorporación y sustento de las subespecialidades quirúrgicas las cuales indefectiblemente aumentan los gastos asistenciales directos.

A pesar de ello comenzaron a surgir sectores como cirugía percutánea, torácica: en Mar del Plata queda pendiente continuar con cabeza y cuello, coloproctología, vascular periférico, hígado -vía biliar- páncreas, paredes abdominales y otras que puedan surgir de acuerdo a la demanda así como el interés de cada profesional de llevarlos a cabo. Sin embargo queda por definir la actitud de los

entes organizativos estatales y/o privados, con respecto a la incorporación de estas subespecialidades.

¿La formación de un servicio y la incorporación del sistema de residencia pueden generar un cambio a favor de la comunidad?

Repasaremos a continuación lo ocurrido en nuestro hospital, el 4 de Junio, de P. Roque Sáenz Peña, Chaco.

Desde que se inició la actividad de la residencia en cirugía en 1999, se registró un aumento progresivo en el número de cirugías mensuales, que de 40 cirugías por mes, pasó por un período de meseta de 110 cirugías mensuales promedio, al nivel actual de 160.

Esto no solo se vio en la cantidad si no también en la complejidad de las mismas. En la actualidad se realizan resecciones oncológicas de páncreas, esófago, colon, estómago, cirugías torácicas, de cabeza y cuello, cirugía laparoscópica y percutánea etc.

Se ha desarrollado un sistema de guardias activas con médicos residentes y de planta este último como jefe de guardia (previamente solo guardias pasivas de 1 cirujano) lo cual permitió ser la base para la atención de los pacientes politraumatizados graves en condiciones adecuadas.

Dentro de las actividades educacionales se llevaron a cabo cursos de atención del trauma por primera vez en el interior de la provincia del Chaco con figuras de destacado nivel como los Drs. Neira o Flores Nicolini de cirugía laparoscópica con transmisión en vivo.

A nivel comunitario se realizaron cursos de capacitación básica en la vía pública orientada para la comunidad en general.

En el seno del servicio se editó una revista médica con el objetivo de estimular la producción científica local presentando inicialmente cierta repercusión pero que solo duró 3 años.

La investigación clínica dió comienzo en el año 2000 con la realización de trabajos científicos, videos, posters presentados en las distintas jornadas científicas recibiendo 2 premios por ellos, uno a nivel regional y otro nacional, que también fue publicado en la Revista Argentina de Cirugía. Esto que por cierto es lo normal en otras partes del país nunca había ocurrido en el interior de la provincia.

Ha mejorado la percepción de la comunidad en la calidad de atención médica recibida, disminuyen-

do ciertas situaciones que los pacientes soportaban, como las derivaciones a más de 100 km para poder resolver patologías quirúrgicas de cierta complejidad, demoras en la atención de problemas urgentes, atención médica discontinua por la falta de cirujanos las 24 hs en las salas, etc.

Estos cambios son sin lugar a dudas la base que sigue sosteniendo la decisión de haber formado un servicio de cirugía en la 2ª ciudad de la provincia del Chaco con una población de 100.000 habitantes, ubicada en la intersección de todas las rutas que convergen hacia Resistencia capital provincial, y con una red de derivación que ocupa la mitad geográfica del territorio provincial y a 400.000 personas.

14. FUTURO DE LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA

"La vida no es realmente lo mas importante. Algunos se aferran a ella como un avaro a su dinero, y con malos resultados. Otros se la toman más a la ligera, dispuestos a arriesgarla por una causa, una esperanza, una canción, un soplo de viento".

Sir Theodore Fox: Lancet, 1965.

Quisimos recalcar con esta presentación, que en toda organización son fundamentales ciertas piezas que hacen a la conformación de un conjunto armónico.

Creemos en la capacidad del médico adecuadamente preparado y asesorado para la conducción de cualquier estructura de la salud, ya sea un servicio, un hospital o un Ministerio. También creemos que en esa conducción debe tener su lugar.

En función de pensar en el servicio del futuro, es deseable detenemos primero, en las características que incumben, al hospital del futuro.

El Hospital del Futuro:

Entre los factores de cambio que incidirán en la concepción futura de la función hospitalaria se cuentan:

- envejecimiento demográfico.
- Crecimiento de las enfermedades crónicas.
- Expansión de la tecnología: ampliación de los tratamientos guiados por imágenes, miniaturización, robotización y telemedicina permitirán la realización de controles y tratamientos a distancia.
- Crecimiento de la utilización de los servicios.
- Aumento de los costos.

- Papel del estado: colaboración estratégica entre el ámbito público, y el ámbito privado.
- Incremento en la utilización de la tecnología de la información y comunicaciones. Los nuevos sistemas de información permiten controlar, optimizar, transferir, automatizar y acelerar los procesos. Permite también la evaluación de resultados individuales e institucionales. Esto conlleva la necesidad de un cambio en la cultura y en el perfil de los profesionales.
- Población mejor informada, con demandas crecientes.
- Reducción de las redes de contención familiar, con demandas asistenciales adicionales.
- La práctica médica se verá más presionada y supervisada, en el cumplimiento de los estándares comprobados.
- Aparición de nuevos pacientes con un perfil de riesgo genético.
- Buena parte de la cirugía será dirigida a mejorar la calidad de vida, restituyendo la capacidad funcional de las personas.
- Farmacología del bienestar: con la difusión de drogas para control de la sexualidad, el humor, la obesidad etc.
- Transferencia de cuidados: centros ambulatorios más difundidos, atención domiciliaria.
- Mayor demanda de hospitales de alta complejidad, de alta calidad.
- Participación social: con mayor control de la comunidad sobre los procesos de la atención sanitaria.

En este marco de referencia, podemos obtener datos como para generarnos una idea sobre el futuro de un servicio de cirugía.

Envejecimiento demográfico

El envejecimiento de la población, generará la necesidad de:

- una mayor preparación médica en el manejo de los tumores. Estos se convertirán en la patología dominante. Su manejo experto será un requerimiento indispensable en la especialidad. La creación de Centros Oncológicos Quirúrgicos se verá probablemente multiplicada.
- Sabemos que la edad avanzada incrementa los riesgos quirúrgicos y por lo tanto deberemos optimizar las medidas de seguridad para una cirugía exitosa en una población cada vez ma-

yor. El promedio etario hoy en la población de PAMI del HPC se halla en los 72 años, cuando hace 20 años promediaba los 67 años. Hace 20 años la cirugía en los pacientes mayores de 80 años era la excepción, hoy es habitual. Debemos propender a una evaluación prequirúrgica cada vez más aguzada, que nos permita una mejor selección de los pacientes, una preparación preoperatoria cada vez más definida y prevea los cuidados postoperatorios más adecuados.

Crecimiento de las patologías crónicas

Las patologías quirúrgicas benignas, serán abordadas en pacientes cada vez mayores. Predominará el concepto de calidad de vida, y patologías como la hernia y la litiasis biliar deberán ser abordadas más allá de los 80 y los 90 años, con la máxima seguridad. Las eventraciones tenderán a minimizarse con el uso cada vez más amplio de la cirugía laparoscópica.

Expansión de la tecnología

Cada día asistimos a mayores logros de la tecnología. Una vez incorporada una técnica, esta se encuentra casi simultáneamente bajo la presión de nuevas incorporaciones. A 18 años de la incorporación de la cirugía laparoscópica, nos hallamos ante desarrollos que pugnan por hacerse un lugar:

- La cirugía endoscópica transluminal se halla en la búsqueda de su lugar en el mundo de la cirugía sin incisiones visibles. La vesícula, el apéndice, los quistes de ovario parecen ser su primera meta.
- La colecistoesclerosis colecistoscópica, promete ser un camino posible en el tratamiento de la litiasis biliar.
- El servicio de cirugía del futuro irá incorporando las técnicas endoscópicas progresivamente a su armamentario.
- El desarrollo de la cirugía percutánea, no ha hecho sino expandirse, y muchas indicaciones quirúrgicas estrictas del pasado, hoy son terreno exclusivo de ellas. Progresivamente va siendo incorporada en los servicios de cirugía, así como los métodos de diagnóstico por imágenes. La manipulación de prótesis en forma percutánea no ha hecho sino expandirse; de la vía biliar, al tubo digestivo, de las coronarias

a la aorta, y ese camino debería ser considerado potencialmente quirúrgico. No nos hallamos muy alejados del tiempo donde la patología coronaria y de las arterias dejen de ser abordados quirúrgicamente.

La cirugía, la endoscopia y la cirugía percutánea irán confluyendo en un conjunto armónico y complementario para la resolución de las patologías, en el seno del mismo servicio.

- El software ha presentado un desarrollo exponencial. Comenzando por la facturación en sus inicios. Hoy se diversifica en bases de datos, que son la ayuda primordial para cualquier actividad de gestión, e investigación, motor que se halla en la base de la potenciación de los trabajos clínicos. En programas inteligentes para la enseñanza, para la toma de decisiones y en desarrollos virtuales para el entrenamiento con simuladores.
- La robotización se halla en busca de un espacio natural, que no termina de encontrar, pero al que llegará a su debido tiempo y en un marco apropiado para la realización de cirugía a distancia (en el espacio?, en altamar?, en sitios alejados?).

Solo podemos estar seguros que el futuro nos deparará sorpresas, difíciles de imaginar, que deberemos afrontar con una mente abierta, y los ojos grandes, listos a avistar nuevos horizontes.

Crecimiento de la utilización de los servicios y aumento de los costos

Se calcula que después de los 60 años las posibilidades de necesitar una cirugía se multiplican por 7. Inevitablemente los servicios de cirugía se verán más requeridos en el futuro, con casos más complejos, requiriendo mayor destreza humana y mejor equipamiento médico. La consecuencia es inevitable, el aumento de costos. La polarización de estructuras de atención, con centros ambulatorios para los casos habituales de menor costo, por un lado y centros de alta complejidad, de alto costo por otro; atendiendo a 2 grupos de patologías diferenciadas, es una posible respuesta.

Se multiplicarán también los grupos de atención domiciliaria, llevando al hogar del paciente la atención médica y de enfermería, ya sea para pacien-

tes terminales o crónicos, ayudando a descomprimir los hospitales.

Papel del Estado

Si bien es difícil poder asegurar hacia donde se dirigirá la fuente de recursos para la salud. Debemos reconocer que en todo el mundo se están buscando respuestas. Quienes disponen de una salud principalmente privada, y a la inversa los que gozan de una atención pública gratuita, reconocen que ninguno de los métodos cuenta con todas las respuestas. De alguna manera es posible entrever una posición intermedia, donde los costos sean compartidos, la infraestructura sea compartida, el paciente corra con parte de los gastos u otras alternativas que partan de principios más flexibles de asociación. El exponencial crecimiento del gasto en salud no deja dudas sobre lo arduo del camino a recorrer en tren de lograr una atención de calidad, pero sustentable.

Incremento en la utilización de la tecnología de la información y comunicaciones

Los desafíos que el destino nos tiene preparados, son un poco más manejables con la gran ayuda que nos proporciona la informática y la comunicación. La toma de decisiones en tiempos cada vez menores nos exige el manejo veloz de gran volumen y diversidad de información. La informática vino a llenar este vacío. Toda información que sea generada es pasible de ser analizada, en tiempos récord. Nuestra obligación será interpretar estas señales adecuadamente para responder de manera oportuna a los cambios que vayamos detectando.

La informática cumple también el rol de ofrecer en tiempos cada vez menores mayor volumen de información científica depurada, para la toma de decisiones, ya sea individual o institucional.

Creemos que los grandes desafíos que nos esperan, están a la altura de las herramientas que tenemos para interpretarlas y manejarlas.

Población mejor informada con demandas crecientes

La comunidad no puede dejar de estar presente en la toma de decisiones responsables sobre la salud pública. Cada individuo generará un mayor consumo en salud. La generación de gastos de los

dineros públicos en forma responsable, no será privativo de los profesionales. La población general con educación adecuada deberá propender a hacer un uso razonable de los recursos, evitando el gasto por el gasto mismo.

No parece tratarse de un asunto de fácil solución, es probable que la persona deba compartir los costos con el estado para poder tener una cabal comprensión de lo grave del tema costos.

CONCLUSIONES

Nos hallamos inmersos en un mundo cambiante, en el cual el servicio de cirugía cumplirá un rol probablemente diferente.

Históricamente nuestra labor era necesariamente una tarea manual.

Hoy la complejidad que reviste la gestión de un servicio, nos obliga a ampliar nuestra mirada hacia otros campos en busca de conocimientos vitales en los cuales basar nuestras decisiones.

La cirugía mayor ambulatoria, ha llegado para agregar una nueva dimensión de calidad por un lado y contención de costos por otro, que aseguran su crecimiento ilimitado.

Los principios de control de calidad, se han consolidado, su conocimiento y cumplimiento deberán ser la regla de la actuación médica.

Ante el asombroso avance de la medicina con su paralelo aumento en la expectativa de vida, se yergue el fantasma de los efectos adversos en medicina, hoy jerarquizados como una de las causas relevantes de mortalidad. Un servicio serio deberá incorporar la metodología necesaria a fin de minimizarlos.

El incremento permanente de la producción científica, y la incapacidad material de poder acceder a toda la información, nos obligará a incorporar los elementos de la medicina basada en la evidencia, y los conocimientos estadísticos a fin de poder evaluar críticamente la bibliografía.

La complejidad que ha adquirido hoy el manejo de las relaciones interpersonales, hace inexcusable recurrir al asesoramiento profesional para la toma de decisiones adecuadas.

La incorporación de nuevas tecnologías y sus eventuales riesgos se verá potenciada, para lo cual deberemos prepararnos a fin de poder garantizar la seguridad de nuestros pacientes.

El aumento progresivo en los costos de la salud nos obliga a conocer los elementos básicos de contabilidad que nos permitan la toma de decisio-

nes ponderadas. No debemos olvidar que el futuro de las instituciones, de los servicios y el nuestro, es demasiado importante para dejarlo en manos de contadores.

Los conceptos básicos de administración, aportan elementos esenciales a la hora de intentar una gestión racional de los recursos.

Por otro lado son una herramienta imprescindible tanto a la hora de plantear los objetivos a lograr como una vez llegado el momento de evaluarlos.

Los conocimientos y habilidades informáticas, son una necesidad insoslayable. Todo servicio de cirugía evolucionará al soporte informático tanto para facilitar los procesos, como para aumentar su eficiencia, y conocer su realidad.

La docencia e investigación continuarán siendo el principal pilar en el desarrollo del servicio en particular y de la cirugía en general.

Las dificultades económicas en la gestión de la salud, no desaparecerán. Deberemos ser parte en la toma de decisiones para lograr una salud posible y poder generar los ingresos que nos permitan incrementar nuestras capacidades, para que se encuentren a la altura de las circunstancias.

La evaluación crítica de la situación de nuestros pares en el mundo arrojará luz dentro de las difíciles circunstancias que son y serán la constante de la actividad en nuestro medio.

El futuro quizás no dependa enteramente de nosotros pero no podrá sin ninguna duda concretarse sin nosotros.

SITIOS ÚTILES DE INTERNET

Bandolier: <http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier>
Best evidence: <http://www.bmjpg.com>
Clinical evidence: <http://www.clinicalevidence.org>
Canadian Task Force on preventive health care: www.ctfphc.org
Cochrane collaboration: <http://www.cochrane.de>
Cochrane library: <http://www.nelh.nhs.uk>
National institute for clinical excellence: <http://nice.org.uk>
Ovid evidence-based medicine reviews: <http://www.ovid.com>
Página web del libro de Sackett: <http://hiru.mcmaster.ca/ebm.htm>
Pubmed: www.nlm.nih.gov
Error medico: www.nap.edu / www.errorenmedicina.anm.edu.ar

US National Clearinghouse: www.guideline.gov
AHRQ: Informe Making health care safer: www.ahrq.gov/clinic/psafety
Organización para la cooperación y el desarrollo económico: www.oecd.org
Organización Mundial de la Salud: www.who.int
Unión Europea: www.europa.eu.int
FDA: www.fda.gov
Base de datos Lilacs: www.bireme.br

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Trigo ER. *Organización y Funcionamiento de un Departamento de Cirugía*. Relato Oficial XLV Congreso Argentino de Cirugía. 1974.
2. Gurruchaga J. *Condiciones que debe reunir una institución donde se practique cirugía*. Relato Oficial. XLVII Congreso Argentino de Cirugía. 1976.
3. Cariello A. *El Cirujano Frente a la Crisis Financiera de la Salud*. Relato Oficial LXXIV Congreso Argentino de Cirugía. 2003.
4. Motta PR. *Manual sobre tendencias contemporáneas en la gestión de la salud*. Serie HSP-UNI, Manuales operativos Paltex. OPS. 1996. V1 n1.
5. Asenjo Sebastian MA. *Gestión Diaria del Hospital*. Ed. Masson. 2006. Barcelona.
6. Koontz H, Weihrich H, Administracion, *una perspectiva global*. McGraw-Hill. 1993. USA.
7. Ruiz López P. *Gestión clínica en cirugía*. ARAN ediciones. 2005.
8. Luft HS, Bunker JP, Enthoven AC. *Should operations be regionalized? The empirical relation between surgical volume and mortality*. N Engl J Med 1979; 301: 1364-1369.
9. Begg CB, Cramer LD, Hoskins WJ, Brennan MF. *Impact of hospital volume on operative mortality for major cancer surgery*. JAMA 1998; 280: 1747-1751.
10. Glasgow RE, Showstack JA, Katz PP, Corvera CU, Warren RS, Mulvihill SJ. *The relationship between hospital volume and outcomes of hepatic resection for hepatocellular carcinoma*. Arch Surg 1999; 134: 30-35.
11. Thiemann DR, Coresh J, Oetgen WJ, Powe NR. *The association between hospital volume and survival after acute myocardial infarction in elderly patients*. N Engl J Med 1999; 340: 1640-1648.
12. Birkmeyer JD, Lucas FL, Wennberg DE. *Potential benefits of regionalizing major surgery in Medicare patients*. Eff Clin Pract 1999; 2: 277-283.
13. Halm EA, Lee C, Chassin M. (Institute of Medicine). *How is volume related to quality in health care? A systematic review of the research literature*. 2000.
14. Wright J. *Gobierno clínico*. Elsevier España. 2006. Madrid.
15. Malagon-Londoño-Galan Morera, Ponton Laverde. *Garantía de calidad en salud*. Editorial Medica Panamericana. Colombia. 2006.

16. Minatti W. y col. *Cirugía ambulatoria*. En PROACI. Cuarto ciclo. Módulo 5. Ed. Panamericana.
17. Varo J. *Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios*. Editorial Díaz de Santos. 1994. España.
18. Donabedian A. *An introduction to quality assurance in health care*. Oxford, University press. 2003
19. Institute of Medicine. *To err is human; building a safer Health System*. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, eds. Washington: National Academy Press, 2000.
20. Vincent CA. *Clinical risk management: enhancing patient safety*. BMJ. London.
21. Berstein PH. *El error médico*. Ediciones D&D. 2005. Bs. As.
22. Baneres J, Cervero E, Lopez L, Orrego C, Sunol R. *Sistemas de registro y notificación de incidentes y eventos adversos*. Ministerio de Sanidad y Consumo. España.
23. Sackett DL, et al. *Medicina Basada en la Evidencia*. Editorial Harcourt, España. 2001.
24. Drummond JP, Silva E. *Medicina Baseada em evidencia*. Atheneu. Brazil. 1998.
25. Sackett DL, et al. *Epidemiología clínica*. Ed. Médica Panamericana. 1998. México.
26. Pocock S. *Clinical trials*. Ed. John Wiley & Sons NY.
27. Elwood JM. *Critical appraisal of epidemiological studies and clinical trials*. Ed. Oxford University Press. 1998.
28. Norman GR, Streiner DL. *Bioestadística*. Ed. Harcourt. 1996. Brazil.
29. Dawson-Saunders B, Trapp R. *Bioestadística Médica*. Ed. Manual Moderno. 1999. Mexico.
30. Bailar III J, Mosteller F. *Medical uses of statistics*. Ed. NEJM Books. 1992.
31. Kolman F. *Metamanagement. La nueva conciencia de los negocios*. Ed. Granica S.A. - 2001.
32. *Handbook of Human Factors and Ergonomics*. 2 ed. NY. John Wiley and Sons, INC, 1997.
33. Sawyer D. *Do it by design: an introduction to Human Factors in medical devices*. 1997. FDA.
34. Ramsay CR, Grant AM, Wallace SA, Garthwaite PH, Monk AF, Russell IT. *Assessment of the learning curve in health technologies. A systematic review*. Int J Technol Assess Health Care 2000; 16: 1095-1108.
35. Cooper JB, et al. *An analysis of major errors and equipment failures in anesthesia management*. Anesthesiology 1984; 60: 34-42.
36. Sexton JB, Thomas EJ, Helmreich RL. *Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys*. BMJ 2000; 320: 745-749.
37. Ludbrook JB et al. *The australian incident monitoring study*. Anaesth Intensive Care 1993; 21: 593-595.
38. American National Standard Institute. *Human factors engineering guidelines and preferred practices for the design of medical devices*. Arlington, VA: Association for the advancement of medical instrumentation, 1993.
39. Lin L, et al. *Human error in patient-controlled analgesia*. Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society. 1998: 1043-1047.
40. Lin L, et al. *Applying human factors to the design of medical equipment*. J Clin Monit Comput 1998; 14(4): 253-263.
41. Claus P, Gibbons P, Kaihoi, BH, Mathiowetz M. *Usability lab: A new tool for process analysis at the Mayo Clinic*. In: HIMSS Proceedings. Chicago: Healthcare Information Management Systems Society. 1997: 149-159.
42. Bogner MS. *Designing medical devices to reduce the likelihood of error*. Biomed Instrum Technol. 1999; 33: 108-113.
43. Roos NP, Black CD, Roos LL, Tate RB, Carriere KC. *A population-based approach to monitoring adverse outcomes of medical care*. Med Care 1995; 33: 127-138.
44. Dashow L, Friedman I, Kempner R, Rudick J, McSherry C. *Initial experience with laparoscopic cholecystectomy at the Beth Israel Medical Center*. Surg Gynecol Obstet 1992; 175: 25-30.
45. *A prospective analysis of 1518 laparoscopic cholecystectomies*. The Southern Surgeons Club. N Engl J Med 1991; 324: 1073-1078.
46. Gigot J, Etienne J, Aerts R, Wible N, Dallemagne B, Deweer F, et al. *The dramatic reality of biliary tract injury during laparoscopic cholecystectomy. An anonymous multicenter Belgian survey of 65 patients*. Surg Endosc 1997; 11: 1171-1178.
47. Escarce JJ, Chen W, Schwartz JS. *Falling cholecystectomy thresholds since the introduction of laparoscopic cholecystectomy*. JAMA 1995; 273: 1581-1585.
48. Zucker KA, Bailey RW, Gadacz TR, Imbembo AL. *Laparoscopic guided cholecystectomy*. Am J Surg 1991; 161: 36-42.
49. Philips PA, Amaral JF. *Abdominal access complications in laparoscopic surgery*. J Am Coll Surg 2001; 192: 525-53.
50. Hodgson WJ, Byrne DW, Savino JA, Liberis G. *Laparoscopic cholecystectomy. The early experience of surgical attendings compared with that of residents trained by apprenticeship*. Surg Endosc 1994; 8: 1058-1062.
51. Wherry DC, Rob CG, Marohn MR, Rich NM. *An external audit of laparoscopic cholecystectomy performed in medical treatment facilities of the Department of Defense*. Ann Surg 1994; 220: 626-634.
52. Orlando R, Russell JC, Lynch J, Mattie A. *Laparoscopic cholecystectomy. A statewide experience. The Connecticut Laparoscopic Cholecystectomy Registry*. Arch Surg 1993; 128: 494-8.
53. Jones RM, Fletcher DR, MacLellan DG, Lowe AW, Hardy KJ. *Laparoscopic cholecystectomy: initial experience*. Aust N Z J Surg 1991; 61: 261-266.
54. Steele RJ, Marshall K, Lang M, Doran J. *Introduction of laparoscopic cholecystectomy in a large teaching hospital: independent audit of the first 3 years*. Br J Surg 1995; 82: 968-971.

55. Peters JH, Ellison EC, Innes JT, Liss JL, Nichols KE, Lomano JM, et al. *Safety and efficacy of laparoscopic cholecystectomy: A prospective analysis of 100 initial patients.* Ann Surg 1991; 213: 3-12.
56. Olsen DO. *Bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy: a decade of experience.* J Hepatobiliary Pancreat Surg 2000; 7: 35-39.
57. Stewart L, Way LW. *Bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy. Factors that influence the results of treatment.* Arch Surg 1995; 130: 1123-1128.
58. See WA, Cooper CS, Fisher RJ. *Predictors of laparoscopic complications after formal training in laparoscopic surgery.* JAMA 1993; 270: 2689-2692.
59. NY State issues guidelines for lap cholecystectomy. New York State Health Department. OR Manager 1992; 8: 1, 8-9.
60. Green FL. New York State Health Department ruling-a "wake-up call" for all. Surg Endosc 1992; 6: 271.
61. Gallstones and laparoscopic cholecystectomy. NIH Consensus Development Panel on Gallstones and Laparoscopic Cholecystectomy. Surg Endosc 1993; 7: 271-279.
62. Shea JA, Healey MJ, Berlin JA, Clarke JR, Malet PF, Starosck RN, et al. *Mortality and complications associated with laparoscopic cholecystectomy. A meta-analysis.* Ann Surg 1996; 224: 609-620.
63. Majeed AW, Troy G, Nicholl JP, Smythe A, Reed MW, Stoddard CJ, et al. *Randomised, prospective, single-blind comparison of laparoscopic versus small-incision cholecystectomy.* Lancet 1996; 347: 989-994.
64. Gilchrist BF, Vlessis AA, Kay GA, Swartz K, Dennis D. *Open versus laparoscopic cholecystectomy: an initial analysis.* J Laparoendosc Surg 1991; 1: 193-196.
65. Kane RL, Lurie N, Borbas C, Morris N, Flood S, McLaughlin B, et al. *The outcomes of elective laparoscopic and open cholecystectomies.* J Am Coll Surg 1995; 180: 136-145.
66. Steiner CA, Bass EB, Talamini MA, Pitt HA, Steinberg EP. *Surgical rates and operative mortality for open and laparoscopic cholecystectomy in Maryland.* N Engl J Med 1994; 330: 403-408.
67. McMahon AJ, Russell IT, Baxter JN, Ross S, Anderson JR, Morran CG, et al. *Laparoscopic versus minilaparotomy cholecystectomy: a randomised trial.* Lancet 1994; 343: 135-138.
68. Trondsen E, Reiertsen O, Andersen OK, Kjaersgaard P. *Laparoscopic and open cholecystectomy. A prospective, randomized study.* Eur J Surg 1993; 159: 217-221.
69. Barkun JS, Barkun AN, Meakins JL. *Laparoscopic versus open cholecystectomy: the Canadian experience.* The McGill Gallstone Treatment Group. Am J Surg 1993; 165: 455-458.
70. Lakawa M, Shapiro SJ, Gordon LA, Rothbart J, Hiatt JR. *The laparoscopic learning curve.* Surg Laparosc Endosc 1995; 5: 455-458.
71. Sariego J, Spitzer L, Matsumoto T. *The "learning curve" in the performance of laparoscopic cholecystectomy.* Int Surg 1993; 78: 1-3.
72. Moore MJ, Bennett CL. *The learning curve for laparoscopic cholecystectomy.* The Southern Surgeons Club. Am J Surg 1995; 170: 55-59.
73. Champault GG, Barrat C, Rozon RC, Rizk N, Champault JM. *The effect of the learning curve on the outcome of laparoscopic treatment for gastroesophageal reflux.* Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 1999; 9: 375-381.
74. Watson DJ, Baigrie RJ, Jamieson GG. *A learning curve for laparoscopic fundoplication. Definable, avoidable, or a waste of time?* Ann Surg 1996; 224: 198-203.
75. Soot SJ, Eshraghi N, Farshmand M, Sheppard BC, Devney CW. *Transition from open to laparoscopic fundoplication: the learning curve.* Arch Surg 1999; 134: 278-281.
76. Deschamps C, Allen MS, Trastek VF, Johnson JO, Pailorero PC. *Early experience and learning curve associated with laparoscopic Nissen fundoplication.* J Thorac Cardiovasc Surg 1998; 115: 281-288.
77. Fowler Newton E. *Contabilidad superior.* Ed. Contabilidad Moderna. 1988. Bs. As.
78. Drucker P. *Escritos fundamentales.* T2 El Management. Ed. Sudamericana. 2002.
79. Certo S. *Administración Moderna.* Paperback. 2001.
80. Wyatt, J.C. *Clinical data systems, Part 1: Data and medical records.* Lancet, 1994.
81. Noar MD. *The next generation of endoscopy simulation: minimally invasive surgical skills simulation.* Endoscopy 1995; 27: 81-85.
82. Gallagher AG, McClure N, McGuigan J, Crothers I, Browning J. *Virtual reality training in laparoscopic surgery: a preliminary assessment of minimally invasive surgical trainer virtual reality (MIST VR).* Endoscopy 1999; 31: 310-313.
83. Moore RG, Adams JB, Parlin AW, Docimo SG, Kavoussi LR. *Telementoring of laparoscopic procedures: initial clinical experience.* Surg Endosc 1996; 10: 107-110.
84. Rosser JC, Herman B, Risucci DA, Murayama M, Rosser LE, Merrell RC. *Effectiveness of a CD-ROM multimedia tutorial in transferring cognitive knowledge essential for laparoscopic skill training.* Am J Surg 2000; 179: 320-324.
85. Bertranou E. *Manual de Metodología de la Investigación Clínica.* Ed. Akadia. 1995.
86. Bolsin S, and Colson M. *He use of the CUSUM Technique in the assessment of trainee competence in new procedures.* International Journal for Quality in Health Care 2000 V12, n5. Pp 433-438.
87. McCulloch P, et al. *Randomised trials in surgery: problems and possible solution.* BMJ 2002; 324: 1448-1451.
88. Laurence A. *Grandes Figuras de la Cirugía Argentina.* Ed. LEA 1987. Buenos Aires.

ÍNDICE DE LOS CONGRESOS ARGENTINOS DE CIRUGÍA

TEMAS

A

Tema	Relator	Congreso
Abdomen agudo en el anciano	Humberto Faraoni	LII-1981
Absceso subfrénico	Oscar J. Cames	XIII-1941
Acción hormonal sobre el desarrollo de la glándula mamaria y la lactancia	E.B. del Castillo	XXV-1954
Actitud del cirujano frente al enfermo crítico	Octavio A. Gil	LXXII-2001
Adelantos en el diagnóstico y tratamiento de la patología biliopancreática		
Biliar benigna	Juan J. Fontana	LX-1989
Pancreática benigna	Alejandro S. Oria	LX-1989
Biliopancreática maligna	Julio A. Diez	LX-1989
Adelantos en el diagnóstico y tratamiento de la patología del esófago	José Nallar	LX-1989
Adelantos en el diagnóstico y en el tratamiento quirúrgico del cáncer del recto y del ano	Mario Benati	LXII-1991
Afecciones valvulares del corazón. Tratamiento quirúrgico	F.E. Tricerri	XXV-1954
Alimentación enteral y parenteral en cirugía	José M. Basaluzzo	LIV-1983
Amputaciones	Juan A. De Paula	XXXIII-1982
	Enos P. Comolli	
	Francisco Nocito	
	Henry H. Kessler*	
Análisis e importancia del costo beneficio en cirugía	Frutos E. Ortiz	LXI-1990
Anestesia endovenosa	José C. Delorme	XIX-1948
Anestesia peridural	Alberto Gutiérrez	X-1938
Aorta abdominal. Cirugía de la	Hugo R. Mercado	XLI-1970
Aorta torácica. Cirugía de la	Mario M. J. Brea	XLI-1970
Apendicitis. Complicaciones posoperatorias	Pedro Chutro	II-1930
Arteriopatías obstructivas crónicas de los miembros. Tratamiento	Horacio A. Ferrando	XXXIV-1963
Arteriopatías periféricas no oclusivas. Tratamiento	Jorge Teme	XXXIV-1963
	Eduardo C. Palma*	
	E. Stanley Crawford*	
Artropatías crónicas no tuberculosas de la cadera	Julio Diez	XII-1940
Artroplastias de cadera. Indicaciones técnica y resultados	L. Petracchi	XXIV-1953
Atención inicial del traumatizado grave	Fortunato Benain	LXI-1990
	Jorge Naira	
Avances en el tratamiento del cáncer de la unión gastroesofágica ...	Adolfo E. Badaloni	LXXVII-2006
Avances en el tratamiento del "shock"	Julio Baldi	LIII-1982
	Miguel A. Jorge	

* Por invitación.

B

Balace hidroelectrolítico en cirugía	J. Nomaksteinsky	XXIX-1958
Bocio exoftálmico	Alfonso Ruiz Guirazú	
	J. Arce	I-1928
Bronquiectasias en el adulto	Manuel Balado	XX-1949
Bronquiectasias en el niño	Lázaro Langer	XX-1949
	J.M. Peliza	

C

Cáncer avanzado. Tratamiento quirúrgico	Federico R. Pilheu	XL-1969
Cáncer avanzado. Radiaciones	Oriel Alva	XL-1969
Cáncer avanzado. Drogas antineoplásicas	Roberto A. Estévez	XL-1969
Cáncer de esófago	Juan Gil Marín	XXXV-1964
	Julio C. Sánchez Pons	

Cáncer de estómago	P. Hülkamp	LXVI-1995
Cáncer de laringe	C. Sylvestre Begnis	XXVI-1955
Cáncer de laringe (Roentgenterapia)	Luis M. Pons	XXVI-1955
	José Cataldo*	
	Jaime del Sol*	
	Pablo Haickel*	
Cáncer de la mama. Estado actual del tratamiento	A. Caviglia	II-1930
	J.C. Ahumada	
Cáncer de mama	E. P. Viacava	XXV-1954
Cáncer de mama. Roentgenterapia	Félix Leborgne	XXV-1954
Cáncer de la mama. Estado actual del tratamiento	R. Varela Chilese	XXXVII-1986
Cáncer del colon sigmoideo y del recto.		
Tratamiento quirúrgico	Alberto E. Laurence	XXXVI-1965
Cáncer del intestino grueso (colon derecho y colon transversal)	Oscar Copello	III-1931
Cáncer del intestino grueso con exclusión del recto	A. Ceballos	III-1931
Cáncer del pulmón. Diagnóstico precoz y resultados operatorios	Mario E. Brea	XVIII-1947
Cáncer de tiroides	Oswaldo González Aguilar	LXVIII-1997
Cáncer gástrico. Diagnóstico y tratamiento	José M. Mainetti	XXXVIII-1967
Cáncer oral	Háctor Jorge	XXXII-1961
Cáncer rectal inoperable. Tratamiento	Felipe Carranza	VII-1936
Cirugía abdominal en el paciente crítico	Egon A. Mettler	LVIII-1987
Cirugía ambulatoria	Pedro A. Ferraina	LXII-1991
Cirugía colorrectal de urgencia	Juan C. Milanese	LVI-1985
Cirugía hepatobiliar. Cuidados pre y posoperatorios	C. Velasco Suárez	XVI-1944
Cirugía oncológica en el paciente añoso	Juan C. Rodríguez Otero	LXXI-2000
	Gustavo A. Sylvestre Begnis	
	Carlos A. Pellegrini	LXV-1994
Cirugía videoscópica	R. E. Donovan	XII-1940
Colecistitis litiasis y alitiasis. Elección del tratamiento	A. G. Russo	XXX-1959
Colitis ulcerosa crónica. Tratamiento	Norberto Quirno	XXX-1959
Colitis ulcerosa inespecífica	Seymour J. Gray*	
Compresiones medulares no traumáticas	R. J. Babini	XIV-1942
Condiciones que debe reunir una institución donde se practique cirugía	Juan V. Gurruchaga	XLVII-1976
Coxa vara del adolescente	Domingo Músculo	XXI-1950
D		
Diabetes en cirugía	R. Rodríguez Villegas	V-1933
Diagnóstico y tratamiento de las afecciones anales benignas	Alfredo Graziano	LXXV-2004
Diverticulosis colosigmoidea y complicaciones. Tratamiento	A. N. Canónico	XXIII-1952
E		
Educación médica continuada y recertificación	Luis V. Gutiérrez	LVII-1986
Emplema del adulto	V. Armand Ugón	VII-1935
Emplema en el niño	M. Ruiz Moreno	VIII-1935
Endoarteritis obliterante de los miembros	Pedro O. Bolo	VI-1934
Endocrinopatías quirúrgicas	J. Reforzo Membrives	XLVIII-1977
	J. Yoel	
	T.J. Oriate	
	E. P. Bagnati	
	E. M. Quesada	
Enseñanza de la cirugía en el post-gradúo	Ricardo R. Schijvarger	LXXV-2004
Enfermedad tromboembólica venosa (cirugía)	Rubén Siano Quirós	XLII-1971
Enfermedades precancerosas del tubo digestivo	Manuel R. Baro	LV-1984
Enseñanza de la cirugía en el pregrado	Jorge L. Berra	XLIII-1972
Enseñanza de la cirugía en el graduado. Su educación continua	Oscar L. Aguilar	XLIII-1972
Enseñanza de la cirugía para graduados. Residencias	José Spátola	XLIII-1972
Enteró y colopatías vasculares	Arturo Heidenreich	L-1979
Escoliosis	L. A. González	XXVIII-1957
	Ignacio Ponseti*	
Esplenopatías quirúrgicas (con exclusión de lesiones traumáticas y quistes hidatídicos)	Alejandro J. Pavlovsky	XXI-1950
	Alfredo Pavlovsky	
Estenosis mitral. Fisiopatología y clínica desde el punto de vista clínico-quirúrgico	A.C. Taquini	XXV-1954
Estenosis aórtica y mitral. Tratamiento quirúrgico	Roberto P. Globet	XXV-1954

<i>Evolución del riesgo quirúrgico</i>	Daniel A. Allende	L-1979
<i>Eventración posoperatoria. Tratamiento</i>	Domingo S. Babini Vicente Gutiérrez	XII-1940

*Por invitación,

F

<i>Fallas orgánicas múltiples por patología quirúrgica</i>	Eduardo Burnaschny	LXIII-1992
<i>Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo</i>	Jorge A. Sívori	LXXI-2000
<i>Fístulas digestivas externas abdominales</i>	Pablo F. Argibay	
<i>Flebotrombosis y tromboflebitis</i>	Demetrio Cavadas	
<i>Fractura de codo en el niño</i>	Guillermo Ojeda Quintana	
<i>Fractura de la diáfisis femoral en el adulto. Tratamiento</i>	J.B. Carpanelli	XLVI-1975
<i>Fractura de la diáfisis femoral en el niño</i>	W. Suiffet	XX-1949
<i>Fractura del antebrazo en el adulto</i>	J. Alfredo Ferreira	
<i>Fractura del antebrazo en los niños. Tratamiento</i>	Rezende Puech	V-1933
<i>Fractura de la pierna. Tratamiento</i>	E. Finochietto	IV-1932
<i>Fractura del cuello del fémur</i>	R. Finochietto	
<i>Fracturas articulares. Tratamiento operatorio</i>	M. Gamboa	IV-1932
<i>Fracturas de la garganta del pie y su tratamiento inmediato</i>	A. F. Landivar	III-1931
<i>Fracturas de codo en el adulto. Tratamiento</i>	M. Ruiz Moreno	III-1931
<i>Fracturas diafisarias. Tratamiento operatorio</i>	E. H. Lagomarsino	XV-1943
<i>Fracturas expuestas. Tratamiento</i>	Antonio Caio de Amaral	
<i>Futuro del cirujano general y de los servicios de cirugía</i>	Alberto Croquevielle	
	Conrado J. Rolando	
	Leño Zeno	VI-1934
	José M. Jorge	I-1928
	E. Comejo Saravia	XI-1939
	N. Tagliavacche	V-1933
	Artemio Zeno	I-1928
	Carlos E. Ottolenghi	XVII-1945
	Juan J. Moirano	LXV-1994

H

<i>Hemorragias digestivas altas graves</i>	Conrado R. Cimino	LXVII-1996
<i>Hemorragias digestivas altas graves</i>	Vicente P. Gutiérrez	XLIV-1973
<i>Hemorragia digestiva grave por hipertensión portal</i>	César A. de la Vega	XLIV-1973
<i>Hemorragias masivas gastroduodenales. Tratamiento</i>	Iván Gofri Moreno	XXII-1951
<i>Hepatectomías</i>	Juan A. Viaggio	LIV-1983
<i>Hernias diafragmáticas</i>	Jorge R. Defelitto	
<i>Hernias hiatales</i>	J.J. Boretti	XXIX-1958
<i>Hernias recidivadas inguinales y crurales</i>	A.J.F. Cesanelli	
<i>Hernias umbilicales recidivadas</i>	Manuel A. Casal	LI-1980
<i>Hidatidosis Abdominal</i>	Juan J. Naveiro	
<i>Hipertensión arterial. Fundamentos fisiopatológicos</i>	Carlos I. Allende	XIII-1941
<i>Hipertensión arterial. Tratamiento quirúrgico</i>	H. Taubenschlag	XIII-1941
<i>Hipertiroidismo. Tratamiento y resultados</i>	Martín J. Odriozola	
<i>Hipertiroidismo. Tratamiento</i>	Ricardo L. Pettinari	LXIX-1998
<i>Hipertiroidismo. Tratamiento por radioyodo</i>	E. Braun Menéndez	XIX-1948
<i>Historia de la cirugía argentina</i>	Aníbal Introzzi	XIX-1948
<i>Hombro paralítico (excluidas parálisis obstétricas)</i>	José A. Casero	XV-1943
	José Gutiérrez	
	Sebastián Hermato	
	Alberto Covarrubias	
	Carlos Piquérez	
	H. Perinetti	XXXIX-1968
	Manuel Giner	XXXIX-1968
	Eduardo N. Saad	LXXVI-2005
	A. Didier	XXIX-1958
	O. Malvarez	

I

<i>Ileus posoperatorio</i>	D. del Valle	V-1933
<i>Implicancias médico-legales de la práctica quirúrgica</i>	Enrique M. López Avelaneda	LXXIII-2002
<i>Incumbencias de la Asociación Argentina de Cirugía en la Práctica Quirúrgica</i>	Héctor D. Santángelo	
	Daniel L. Debonis	
	Emilio J. Pollastri	
	Jorge A. Rodríguez Martín	LXX-1999

Infecciones de la mano. Tratamiento	Alberto Baraldi	IV-1932
Injurias quirúrgicas de la vía biliar	Bartolomé Calcagno Eduardo Cassone Pablo Sonzini Astudillo	LXX-1999
Invaginación intestinal en el niño. Diagnóstico y tratamiento	Alberto Lagos García Wolfgang Lange	XVIII-1947 XXXII-1961
Infección quirúrgica	Marcelo J. Frigerio Estéban M. Pérez Ignacio Pirotski	

L

Lesiones accidentales operatorias de las vías biliares y de los elementos del pedículo hepático	Alfredo Negri	XXI-1950
Lesiones quirúrgicas de las vías biliares	Arturo E. Wilks Ricardo A. Berri	XLIX-1978
Litiasis biliar: Complicaciones biliares posoperatorias alejadas	A. Althabe	IV-1932
Litiasis biliar: Complicaciones posoperatorias en las operaciones sobre las vías biliares	E. Romagosa J. M. Allende Santiago G. Perera Fernando Magnanini Rodolfo Mazzariello	IV-1932 LII-1981
Litiasis de la vía biliar principal	E. Blanco Acevedo P.L. Mirizzi	XI-1939
Litiasis del colédoco. Tratamiento	B. Maraini Alberto H. Cariello G. H. Dickman Agustín A. Salvati	VIII-1936 LXXIV-2003 XX-1949 XIX-1948
Litiasis reno-ureteral	José A. Rivarola José A. Piqué*	XIX-1948
Los cirujanos ante la crisis financiera de la salud		
Lumbociáticas rebeldes		
Luxación congénita de la cadera. 1ª infancia		
Luxación congénita de la cadera. 2ª infancia adolescencia y adultos		

M

Mal de Pott en el niño. Estado actual del tratamiento quirúrgico	A. Rodríguez Egaña	II-1930
Mal de Pott en el adulto. Estado actual del tratamiento quirúrgico	R.E. Pasman	II-1930
Mama. Recientes avances en el diagnóstico y tratamiento de cáncer de la	Edgardo T. L. Bernardello	LV-1984
Manejo de las complicaciones más frecuentes de la cirugía abdominal	Juan Pekolj Sergio E. Alejandro Rolando B. Montenegro	LXXIV-2003 LXXVI-2005
Manejo conservador del traumatismo abdominal		
Mano. Cirugía reparadora de las secuelas de algunas lesiones de tendones y nervios	Eduardo Zancoli R.C. Ferrari	XLI-1970 XXIII-1952
Megaesófago. Tratamiento quirúrgico	P. de Mattos Barretto A. J. Bengolea S. Marino	III-1931 III-1931
Mioma uterino. Tratamiento	E. J. Chamboleyron	XXXVII-1966
Mioma uterino. Complicaciones	Horacio Aja Espil	XXXVII-1966
Megacolon en el adulto		
Megacolon en el niño		

O

Oclusión intestinal aguda. Tratamiento	Domingo Prat	V-1933
Osteomielitis aguda y crónica en el niño. Tratamiento	Guillermo Allende	VII-1935
Osteomielitis aguda y crónica en el adulto. Tratamiento	P. Jáuregui	VII-1935
Obstrucción intestinal aguda	Julio V. Uriburu	XXXI-1960
Obstrucción intestinal en el niño	José E. Rivarola*	XXXI-1960
Organización y funcionamiento de un Departamento de Cirugía	Eduardo R. Trigo	XLV-1974
Organización, funciones y gerenciamiento de un Servicio Quirúrgico	Miguel A. Statti	LXXVIII-2007

P

Pancreatitis aguda. Etiopatogenia y fisiopatología	C.A. Sosa Gallardo	XLVI-1975
Pancreatitis aguda. Consideraciones clínicas y terapéuticas	O. F. Longo	XLVI-1975
Pancreatitis aguda. Etiología. Patogenia	W. Tejerina Fotheringham	XIV-1942

Pancreatitis aguda. Diagnóstico y tratamiento	A. J. Pavlovsky	XIV-1942
Pancreatitis crónica	Clemente J. Morel	XXXIII-1962
	L. Leger*	
	G. L. Nardi*	
Parálisis infantil. Secuelas en miembros inferiores	Rodolfo A. Rivarola	I-1928
Parálisis obstétrica	O. Malvárez	XXIX-1958
Patología anorrectal quirúrgica no maligna en el adulto	Roberto A. Garriz	XL-1969
Patología anorrectal quirúrgica no maligna en el niño	Sebastián A. Rosasco Palau	XL-1969
Peritonitis	Narciso Hernández	XLVIII-1977
Piel plano (en el niño)	Luis Gramática	LIX-1988
Piel plano (en el adulto)	Victor Ruiz Moreno	XXVI-1955
Piel varo equino congénito. Tratamiento	José Manuel del Sol	XXVI-1955
Precáncer del recto y tratamiento quirúrgico del cáncer de recto	M. R. Liambias	XXVII-1956
Prolapso genital en la mujer. Tratamiento	G. Zorraquín	VIII-1936
Procedimientos invasivos no quirúrgicos en patología abdominal aguda	E. Nicholson	XVI-1944
Procedimientos paliativos en las neoplasias biliopancreáticas	Juan E. Álvarez Rodríguez	LXVI-1995
	Mariano E. Giménez	
	Carlos E. Castilla	LXXVIII-2007

Q

Quemaduras. Secuelas	Lelio Zeno	XVII-1945
Quemaduras. Tratamiento	José M. Delrio	XVII-1945
Quimioterapia en cirugía	A. A. Covaro	XV-1943
Quiste hidatídico del hígado y sus complicaciones. Tratamiento	J.C. Casiraghi	XXX-1959
	J.E. Cendan Alfonso*	
Quistes hidatídicos del pulmón. Tratamiento	O. Ivanishevich	X-1938

R

Raqui anestesia	A. V. Sacco	X-1938
	L. Vargas Salcedo	
Reintervenciones de urgencia en cirugía abdominal	Francisco Loyúdice	XXXV-1964
Complicaciones mecánicas	Jorge Sánchez Zinny	XXXV-1964
Complicaciones inflamatorias	Juan A. Sugasti	XXXV-1964
Complicaciones hemorrágicas	Jorge L. Manrique	LXXVII-2006
Relación entre la calidad de vida del cirujano y su actuación profesional		
Resecciones oncológicas. Magnitud de las	Manuel Riveros	XLV-1974
Introducción	Victor E. Argonz	XLV-1974
Cabeza y cuello	Eduardo Schieppati	XLV-1974
Tórax	Jorge A. Ferreira	XLV-1974
Tubo digestivo abdominal	Leoncio A. Arrighi	XLV-1974
Ginecología	Enrique N. Centeno	XLV-1974
Mama		
Sarcomas de las partes blandas del tronco y extremidades en el adulto	José J. Terz y	
	H. Pablo Curutchet	XLV-1974
Responsabilidad ética y jurídica del cirujano	Florentino A. Sanguinetti	LIX-1988
Responsabilidad ética y jurídica de las instituciones	Alfredo Martínez Marul	LIX-1988

S

Secuelas de fracturas de la epifisis femoral superior. Tratamiento	José A. Piqué	XXXII-1961
Secuelas de la cirugía gastroduodenal	Jorge H. Deschamps	LIII-1962
	Aldo O. F. de Paula	
Seguridad en el quirófano	Juan C. Cafasso	LXIII-1992
Sepsis y cirugía	Enrique J. Libonatti	XLIX-1976
	Enrique M. Beveraggi	
	Roberto Padrón	
Seudoartrosis. Tratamiento	Oscar R. Marótti	XVIII-1947

«Shock» quirúrgico	Jorge Manrique	XXXIII-1962
SIDA y cirugía	Enrique Acevedo Davenport*	
Síndrome cervicobraquial	Roberto Padrón	
	Dardo M. Chiesa	LXIV-1993
	G.F. Cottini	XXVIII-1957
	J. C. Christensen	
Síndrome poscolecistectomía	Miguel A. Figueroa	XXXVI-1965
Suficiencia hepática en la cirugía de las vías biliares e hígado	O.F. Mazzini	IX-1937
Sulfamidoterapia. Conceptos biológicos	Carlos A. Correas	IX-1937
Supuraciones no tuberculosas del pulmón	H. García Lagos	VI-1934
Supuraciones pulmonares no tuberculosas. Tratamiento quirúrgico ..	A. Ceballos	VI-1934

T

Terapia intensiva. Organización y funcionamiento	Gerardo A. Lorenzino	XLIV-1973
Tórax agudo quirúrgico no traumático	Carlos E. Rubianes	
Tórax agudo quirúrgico no traumático. Fisiopatología	Oscar A. Vaccarezza	XXXVIII-1967
Tórax agudo traumático	Aquiles J. Roncoroni	XXXVIII-1967
	Miguel A. Gómez	LIII-1982
	Edgardo E. Rhodius	
Tratamiento multidisciplinario del dolor.		
Indicaciones y resultados	Oreste L. Ceraso	LVIII-1987
Tratamiento de las metástasis hepáticas	Eduardo de Santibañes	LXIV-1993
Tratamiento quirúrgico de las complicaciones de la pancreatitis aguda ..	Luis A. Chiappetta Porras	LXXII-2001
Tratamiento quirúrgico de las esofagopatías benignas	Juan C. Olaciregui	XLIII-1972
Tratamiento quirúrgico paliativo del cáncer de tubo digestivo abdominal	Oswaldo H. Mammoni	LVII-1985
Tratamientos craneanos y sus secuelas. Tratamiento	M. Balado	VII-1935
	J. Aroe	
	Oswaldo Loudet	
Traumatismos del abdomen	Antonio Couceiro	XLVII-1976
Traumatismos de abdomen y pelvis	Ernesto Katz	
Traumatismos de abdomen y pelvis	Francisco Florez Nicolini	LXVII-1996
	Eduardo A. Casaretto	
	J.E. Valls	XXIII-1952
Traumatismos de la mano. Tratamiento	I. Gebauer W.	XXIII-1952
Traumatismos de las manos y de los dedos.	Guy Pulvertaft*	
Secuelas		
Traumatismos de meniscos, ligamentos cruzados y laterales de la rodilla	José Valls	XIII-1941
Traumatismo en la columna vertebral	Marcelo Fitte	IX-1937
Traumatismo en la columna vertebral.		
Lesiones medulocerebrales	A. F. Camañer	IX-1937
Traumatismos del capo. Tratamiento	J. A. Sgroso	XVI-1944
Traumatismos del hombro. Secuelas	Rodolfo Ferré	XXII-1951
	Jorge Briones	
	Ricardo Caritat	
	Enrique Castaño	XVII-1945
	A. Trabucco	
Traumatismos del riñón		
Traumatismos graves combinados en los accidentes de carreteras	Héctor Dal Lago	XXXI-1960
Traumatismos graves combinados en los accidentes de carretera.		
Lesiones torácicas y abdominales	Raúl Velasco	XXXI-1960
Traumatismos graves combinados en los accidentes de carretera. Quemaduras		
Traumatismos graves combinados en los accidentes de carretera. Sistema nervioso	Fortunato Benaim	XXXI-1960
Traumatismos torácicos	Salvador Viale	XXXI-1960
Tuberculosis genital. Fisioterapia	O. Vaccarezza	XIV-1942
Tuberculosis genital en la mujer. Tratamiento	J. L. Molinar*	VIII-1936
Tuberculosis genital en el hombre. Tratamiento	B. Galindez	VIII-1936
Tuberculosis osteoarticular en el niño	L.A. Surraco	VIII-1936
Tuberculosis osteoarticular en el adulto	Guillermo Allende	XXV-1954
Tuberculosis pulmonar. Tratamiento quirúrgico	I. Castillo Odena	XXV-1954
	A. N. Bracco	XXVII-1956
	A. A. Santos	
	K. Herrero Ducloux	XXVII-1956
Tumores de parótida	S. Gorostiaque	XXVIII-1957
Tumores del intestino delgado y del mesenterio		

Tumores del intestino delgado y del mesenterio. Anatomía patológica
Tumores del intestino delgado y del mesenterio. Radiología
Tumores del mediastino
Tumores del páncreas
Tumores endocrinos del aparato digestivo
Tumores malignos de los huesos. Anatomía patológica
Tumores malignos de los huesos. Cirugía
Tumores malignos de los huesos. Radioterapia
Tumores malignos de tiroides
Tumores malignos primitivos de los huesos. Clasificación y diagnóstico anatomopatológico
Tumores malignos primitivos de los huesos. Diagnóstico
Tumores malignos primitivos de los huesos. Diagnóstico radiológico
Tumores retroperitoneales
Tumores retroperitoneales con exclusión de los renales

* Por invitación.

U

Úlcera de duodeno. Tratamiento
Úlcera gástrica. Tratamiento
Úlcera gástrica. Estado actual del tratamiento quirúrgico
Úlcera gastroduodenal. Estado actual del tratamiento médico
Úlcera péptica posoperatoria

V

Vagotomía en el tratamiento de la úlcera duodenal
Valor del mapeo linfático en la cirugía oncológica
Várices del miembro inferior. Tratamiento
Várices de los miembros inferiores. Complejo cutáneo
Vías de abordaje al abdomen superior
Videolaparoscopia en el abdomen agudo

* Por invitación.

Andrés Bianchi	XXVIII-1957
Jorge Lavisse	XXVIII-1957
José L. Martínez	XXXI-1960
Luis D. Podestá	
J. Morón	XXXIX-1968
Enrique A. Sivori	XVI-1985
F. Schajowicz	XXX-1959
F. Oleaga Alarcón	XXX-1959
A. Lemos Ibáñez	XXX-1959
F.J. Manfredi	XXIV-1953
Warren H. Cole*	
Brachetto Brian	X-1938
Oscar Copello	X-1938
José Guardado	X-1938
Carlos A. Apestegui	LXIX-1996
J. Michans	XXIV-1953

Benedicto Montenegro	IX-1937
Oscar Gómez	
Roberto Solé	II-1930
Adolfo M. Rey	XXXIV-1953
M. M. Ramos Mejía	XXXIV-1953
Elisao Otaiza Molina *	
F. E. Christmann	XXII-1951
Emico Branco Ribeiro	
Manuel Martínez M.	
N. Foster Montgomery	
Juan Carlos de Chiara	

Horacio Achával Ayerza	XLIII-1971
Jorge E. Falco	LXXIII-2002
Norberto A. Mezzadri	
Manuel A. Montesinos	
Eduardo L. Vila	XI-1939
J. J. Puente	XI-1939
Diego E. Zavaleta	XXVI-1955
Jorge A. Ortiz	LXVIII-1997

RELATORES

A

Acevedo Davenport* E.- Shock quirúrgico	XXXIII-1962
Achával Ayerza H.- Vagotomía en el tratamiento de la úlcera duodenal	XLII-1971
Aguilar O.L.- Enseñanza de la cirugía en el graduado. Su educación continua	XLIII-1972
Ahumada J. C.- Cáncer de mama	II-1930
Aja Espiñ H.- Megacolon del niño	XXVII-1966
Alejandro Sergio E.- Manejo conservador del traumatismo abdominal	LXXVI-2005
Alva Oriol.- Cáncer avanzado. Radiaciones	XL-1989
Alvarez Rodríguez Juan E.- Procedimientos invasivos no quirúrgicos en patología abdominal aguda	LXVI-1995
Althabe A.- Litiasis biliar. Complicaciones posoperatorias alejadas	IV-1932
Allende C.I.- Hernias recidivadas inguinales y crurales	XIII-1941
Allende D.A.- Evaluación del riesgo quirúrgico. Parte general	L-1979
Allende G.- Osteomielitis agudas y crónicas	VII-1935
Allende G.- Tuberculosis osteoarticular en el niño	XXV-1954
Allende J.M.- Litiasis biliar. Complicaciones posoperatorias	IV-1932
Apóstegui C.A.- Tumores Retroperitoneales	LXIX-1996
Armand A.C. de.- Fractura de la pierna. Tratamiento	XV-1943
Arce J.- Bocio exoftálmico	I-1928
Arce J.- Traumatismos craneales y sus secuelas. Tratamiento	VII-1935
Argibay P.F.- Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo	LXXI-2000
Argonz V.E.- Magnitud de las resecciones oncológicas. Cabeza y cuello	XLV-1974
Armand Ugón V.- Empiema del adulto	VII-1935
Arrighi L.A.- Magnitud de las resecciones oncológicas. Ginecología	XLV-1974

* Por invitación

B

Babini D.S.- Evaluación del riesgo quirúrgico. Cirugía Torácica	L-1979
Babini R.J.- Compresiones medulares no traumáticas	XIV-1942
Badaloni A.E.- Avances en el tratamiento del cáncer de la unión gastroesofágica	LXXVII-2006
Bagnati E.P.- Endocrinopatías quirúrgicas	XLVIII-1977
Balado M.- Bocio exoftálmico. Cáncer de esófago	I-1928
Balado M.- Traumatismos craneales y sus secuelas. Tratamiento	VII-1935
Baldi J.- Avances en el tratamiento del Shock	LIII-1982
Baraldi A.- Infecciones de la mano	IV-1932
Baro M.R.- Enfermedades precancerosas del tubo digestivo	LV-1984
Basaluzzo J.M.- Alimentación enteral y parenteral en cirugía	LVI-1983
Benain F.- Atención inicial del traumatizado grave	LXI-1990
Benain F.- Traumatismos graves combinados en los accidentes de carretera. Quemaduras	XXXI-1960
Benati M.- Adelantos en el diagnóstico y en el tratamiento quirúrgico del cáncer del recto y ano	LXII-1991
Bengolea A.J.- Mioma uterino	III-1931
Bermúdez O.- Hemorragias masivas gastroduodenales. Tratamiento	XXII-1951
Bernardello E.T.L.- Recientes avances en el diagnóstico y tratamiento del cáncer de la mama	LV-1984
Berra J.L.- Enseñanza de la cirugía en el pregrado	XLIII-1972
Berrí R.A.- Lesiones quirúrgicas de las vías biliares	XLIX-1978
Beveraggi E.M.- Sepsis y cirugía - Aspectos clínicos	XLIX-1978
Bianchi A.- Tumores del intestino delgado y del mesenterio. Anatomía patológica	XXVIII-1957
Bianco Acevedo E.- Litiasis del coledoco	XI-1939
Bolo P.O.- Endoarteritis obliterante de los miembros	VI-1934
Boretli J.J.- Hernias diafrágicas	XXIX-1958
Bracco A.N.- Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar	XXVII-1955
Brachetto Brian D.- Tumores malignos primitivos de los huesos. Clasificación y diagnóstico anatómopatológico	X-1938
Branco Ribeiro Enrico.- Úlcera péptica posoperatoria	XXII-1951
Braun Menéndez E.- Hipertensión arterial. Fundamentos fisiopatológicos	XIX-1948
Brea Mario M.- Cáncer de pulmón. Diagnóstico precoz y resultados operatorios	XVII-1947
Brea Mario M.- Aorta torácica cirugía de la	XLI-1970
Briónes J.- Traumatismos del hombro. Secuelas	XXII-1951
Bumaschny E.- Fallas orgánicas múltiples por patología quirúrgica	LXIII-1992

C

Caeiro J.A.- Hipertiroidismo	XV-1943
Cafasso J.C.- Seguridad en el quirófano	LXIII-1992

Calcagno B.- Infecciones de la mano	IV-1932
Camalier A.- Traumatismos de columna vertebral. Lesiones medulocencefálicas	IX-1937
Camas O.- Absceso subfrálico	XIII-1941
Canónico A.N.- Diverticulosis colosigmoidea y complicaciones. Tratamiento	XXII-1952
Carlat R.- Traumatismo del hombro. Secuelas	XXII-1951
Carpanelli J.B.- Fístulas digestivas externas abdominales	XLVI-1975
Carriello A.H.- El cirujano frente a la crisis financiera de la salud	LXXIV-2003
Carranza F.- Cáncer del recto inoperable	VIII-1936
Casal M.A.- Hernias hiales	LI-1980
Casareto E.A.- Traumatismos de Abdomen y Pelvis	LXVII-1996
Cesiraghi J.C.- Quiste hidatídico y sus complicaciones. Tratamiento	XXX-1959
Cassone E.- Injuria quirúrgica de la vía biliar	LXX-1999
Castilla C.E.- Procedimientos paliativos en las neoplasias biliopancreáticas	LXXVII-2007
Castro E.- Traumatismos del riñón	XVII-1945
Castillo Odena I.- Tuberculosis osteoarticular en el adulto	XXV-1954
Cavadas D.- Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo	LXXI-2000
Cataldo J.- Cáncer de laringe (Roentgenterapia)	XXVI-1955
Caviglia A.- Cáncer de mama	II-1930
Ceballos A.- Cáncer de intestino grueso (recto excluido)	III-1931
Ceballos A.- Supuraciones pulmonares no tuberculosas	VI-1934
Centeno E.N.- Magnitud de las resecciones oncológicas. Mama	XLV-1974
Cendan Alfonso J.E.- Quiste Hidatídico del Hígado y sus complicaciones. Tratamiento	XXX-1959
Ceraso O.L.- Tratamiento multidisciplinario del dolor. Indicaciones y resultados	LVIII-1987
Cesaneli A.J.- Hernias diafragmáticas	XXIX-1958
Cimino C.- Hemorragias digestivas altas graves	LXVII-1996
Comoli E.P.- Amputaciones	XXXII-1962
Copello O.- Cáncer de colon derecho y transversal	III-1931
Copello O.- Tumores malignos primitivos de los huesos. Diagnóstico clínico	X-1938
Cornejo Saravia E.- Fracturas de la garganta del pie	XI-1939
Correas C.A.- Sulfamidoterapia. Concepto biológico	XXVIII-1957
Cottini G.F.- Síndrome cervicobraquial	XV-1937
Couceiro A.- Traumatismos del abdomen	XLVII-1976
Covaro A. A.- Quimioterapia en cirugía	XV-1943
Covarrubias A.- Hipertiroidismo. Tratamiento	XV-1943
Croquevielle A.- Fractura de la pierna	XV-1943
Curutchet H.P.- Magnitud de las resecciones oncológicas. Sarcomas de las partes blandas del tronco y extremidades en el adulto	XLV-1974

* Por invitación

CH

Chamboleiron E.J.- Megacolon en el adulto	XXXVII-1966
Chiappetta Porras L.A.- Tratamiento quirúrgico de las complicaciones de la pancreatitis aguda	LXXII-2001
Chiara Juan C. de - Úlcera péptica posoperatoria	XXII-1951
Chiesa D. M.- Sida y cirugía	LXIV-1993
Christensen J.C.- Síndrome cervicobraquial	XXVIII-1957
Christmann F.E.- Úlcera péptica posoperatoria. Tratamiento	XXII-1951
Chutro P.- Apendicitis. Complicaciones posoperatorias	II-1930

D

Dal Lago H.- Traumatismos graves combinados en los accidentes de carretera	XXXI-1980
Debonis D.L.- Incumbencias de la Asociación Argentina de Cirugía en la Práctica Quirúrgica	LXX-1999
De la Vega C.A.- Hemorragia digestiva grave por hipertensión portal	XLIV-1973
Defelitto J.R.- Hepatectomías	LIV-1983
Del Castillo E.B.- Acólón hormonal sobre el desarrollo de la glándula mamaria y la lactancia	XXV-1954
Delorme J.C.- Anestesia endovenosa	XIX-1948
Delrio J.M.- Quemaduras. Tratamiento	XVII-1945
Del Sel J.- Cáncer de laringe (Roentgenterapia)	XXVI-1955
Del Sel J. M.- Pie plano en el adulto	XXVII-1955
Del Valle D.- Íleus posoperatorio	V-1933
De Paula A.O.F.- Secuelas de la cirugía gastroduodenal	LIII-1982
De Paula J.A.- Alimentación enteral y parenteral en cirugía	LIV-1983
de Santibañes E.- Tratamiento de las metástasis hepáticas	LXIV-1993
Deschamps J.H.- Secuelas de la cirugía gastroduodenal	LIII-1982
Dickman G.H.- Lumbociáticas rebeldes	XX-1949
Didier A.- Hombro paralítico (excluidas parálisis obstétricas)	XXIX-1958
Díaz J.- Artropatías crónicas no tuberculosas de la cadera	XII-1940
Díaz J.A.- Adelantos en el diagnóstico y tratamiento de la patología biliopancreática maligna	LX-1989
Donovan R.- Colecistitis: litiasis y ailiásica	LI-1940

E

Estévez R.A.- Cáncer avanzado. Drogas antineoplásicas	XL-1969
---	---------

F

Falco J.E.- Valor del mapeo linfático en la cirugía oncológica	LXXIII-2002
Faraoni H.- Abdomen agudo en el anciano	LII-1991
Ferraina P.A.- Cirugía ambulatoria	LXII-1991
Ferrando H.A.- Arteriopatías obstructivas crónicas de los miembros. Tratamiento	XXXIV-1963
Ferrari, R.C.- Megacólon. Tratamiento quirúrgico	XXIII-1952
Ferré R.L.- Traumatismo del hombro. Secuelas	XXII-1951
Ferreira J.A.- Flebotrombosis y tromboflebitis	XX-1949
Ferreira J.A.- Magnitud de las resecciones oncológicas. Tubo digestivo abdominal	XLV-1974
Figueroa M.A.- Síndrome poscolecistectomía	XXXVI-1985
Finocchio E.- Fractura de diáfisis femoral (adultos)	IV-1932
Finocchio R.- Fractura de diáfisis femoral (adultos)	IV-1932
Flite M.- Traumatismos de columna vertebral	IX-1937
Florez Nicolini F.- Traumatismos de Abdomen y Pelvis	LXVII-1996
Fontana J.J.- Adelantos en el diagnóstico y tratamiento de la patología biliopancreática. Biliar benigna	LX-1989
Foster Montgomery W.- Úlcera péptica posoperatoria	XXII-1952
Frigerio M.J.- Infección quirúrgica	XXXII-1961

G

Galíndez B.- Tuberculosis genital de la mujer	VIII-1936
Gambao M.- Fractura de diáfisis femoral en el niño	IV-1932
García Lagos H.- Supuraciones no tuberculosas del pulmón	VI-1934
Garriz R.A.- Patología anorrectal quirúrgica no maligna en el adulto	XL-1969
Gebauer W.T.- Traumatismos de la mano y de los dedos. Secuelas	XXIII-1952
Gil O.A.- Actitud del cirujano frente al enfermo crítico	LXXII-2001
Gil Manó J.- Cáncer de esófago	XXXV-1964
Giménez M.E.- Procedimientos paliativos en las neoplasias biliopancreáticas	LXXVIII-2007
Giner M.- Hipertiroidismo. Tratamiento por radioyodo	XXXIX-1968
Gómez M.A.- Tórax agudo traumático	LIII-1982
Gómez O.- Úlcera de duodeno. Tratamiento	IX-1937
González L.A.- Escoliosis	XXVIII-1957
González Aguilar O.- Cáncer de Tiroides	LXVIII-1997
Goni Moreno I.- Hemorragias masivas gastroduodenales. Tratamiento	XXII-1951
Gorostague S.- Tumores del intestino delgado y mesenterio	XXVIII-1957
Graziano A.- Diagnóstico y tratamiento de las afecciones anales benignas	LXXV-2004
Gramática L.- Peritonitis	LIX-1988
Gray Seymour J.- Colitis ulcerosa	XXX-1959
Guardado J.- Tumores malignos primitivos de los huesos. Radioterapia	X-1938
Gurruchaga J.V.- Condiciones que debe reunir una institución donde se practica cirugía	XLVII-1976
Gutiérrez A.- Anestesia peridural	X-1938
Gutiérrez J.- Hipertiroidismo. Radioterapia	XV-1943
Gutiérrez L.V.- Educación médica continuada y recertificación	LVII-1986
Gutiérrez V.- Eventración posoperatoria. Tratamiento	XII-1940
Gutiérrez V.P.- Hemorragias digestivas altas graves	XLIV-1973

H

Haickel P.- Cáncer de laringe (Roentgenterapia)	XXVI-1955
Heidenreich A.- Enteró y colopatías vasculares	L-1979
Hermato S.- Hipertiroidismo. Tratamiento	XV-1943
Hernández N.- Peritonitis	XLVIII-1977
Herrero Ducloux K.- Tumores de parótida	XXVII-1956
Hülkamp P.- Cáncer de estómago	LXVI-1995

* Por invitación

I

Introzzi A.S.- Hipertensión arterial. Tratamiento quirúrgico	XIX-1948
Ivanisovich O.- Quistes hidatídicos de pulmón. Tratamiento	X-1938

J

Jáuregui P.- Osteomielitis aguda y crónica en el adulto. Tratamiento	VII-1935
Jorge H.- Cáncer oral	XXXII-1961

Jorge J.M.- Fracturas articulares. Tratamiento operatorio	I-1928
Jorge M.A.- Avances en el tratamiento del "shock"	LIII-1982

K

Katz E.- Traumatismos del abdomen	XLVII-1976
Kessler Henry H.- Amputaciones	XXXIII-1962

L

Lagomarsino E.H.- Fractura de la pierna	XV-1943
Lagos García A.- Invaginación intestinal en el niño. Diagnóstico y tratamiento	XVIII-1947
Landivar A.- Fractura del antebrazo en el adulto	III-1931
Lange W.G.- Infección quirúrgica	XXXII-1961
Langer L.- Bronquiectasias en el adulto	XX-1949
Laurence A.E.- Cáncer de colon sigmoideo y del recto. Tratamiento quirúrgico	XXXVI-1965
Lavisse J.- Tumores del intestino delgado y del mesenterio. Radiología	XVIII-1957
Leborgne F.- Cáncer de mama. Roentigenterapia	XXV-1954
Leger L.- Pankreatitis crónica	XXXIII-1962
Lemos Ibañez A.- Tumores malignos de los huesos. Radioterapia	XXX-1959
Libonatti E.J.- Sepsis y cirugía. Bacteriología y parte general	XLIX-1978
Longo O.F.- Pankreatitis aguda	XLVI-1975
López Avellaneda E.M.- Implicancias médico-legales de la práctica quirúrgica	LXXIII-2002
Lorenzino C.A.- Terapia intensiva. Organización y funcionamiento	XLIV-1973
Loudet O.- Traumatismos craneales secuelas psíquicas y problemas médico-legales	VII-1935
Loydice F.- Reintervenciones de urgencias en cirugía abdominal. Complicaciones mecánicas	XXXV-1964

LL

Liambias M.R.- Pie varo equino congénito	XXVII-1956
--	------------

M

Magnanini F.- Litiasis de la vía biliar principal	LII-1981
Maietti J.M.- Cáncer gástrico. Diagnóstico y tratamiento	XXXVIII-1967
Maivárez O.- Parálisis obstétrica	XXIX-1958
Mammori O.H.- Tratamiento quirúrgico paliativo del cáncer del tubo digestivo	LVII-1986
Manfredi F.J.- Tumores malignos de tiroides	XXIV-1953
Manrique J.- "Shock" quirúrgico	XXXIII-1962
Manrique J.L.- Relación entre la calidad de vida del cirujano y su actuación profesional	LXXVII-2006
Maraini B.- Litiasis reno-ureteral	VIII-1936
Marino S.- Mioma uterino. Complicaciones	III-1931
Marótti O.R.- Sudoartrosis. Tratamiento	XVIII-1947
Martínez J.L.- Tumores del mediastino	XXI-1960
Martínez Marulí A.- Responsabilidad ética y jurídica del cirujano y de las instituciones	LIX-1988
Martínez M.M.- Úlcera péptica posoperatoria	XXII-1951
Maturana G.- Hemorragias masivas gastroduodenales. Tratamiento	XXII-1951
Mattos Barreto P. de.- Megaeosfago. Tratamiento	XXIII-1952
Mazzariello R.- Litiasis de la vía biliar principal	LII-1981
Mazzini O.- Suficiencia hepática en la cirugía del hígado y vías biliares	IX-1937
Mercado H.R.- Aorta abdominal cirugía de la	XLI-1970
Mettler E.- Cirugía abdominal en el paciente crítico	LVIII-1987
Mezzadri N.A.- Valor del mapeo linfático en la cirugía oncológica	LXXII-2002
Michans J.- Tumores retroperitoneales, con exclusión de los renales	XXIV-1953
Milanese J.C.- Cirugía colorrectal de urgencia	LI-1985
Mirizzi P.L.- Litiasis del cólecisto. Tratamiento	XI-1939
Morano J.J.- Futuro del cirujano general y de los servicios de cirugía	LXV-1994
Molinari J.L.- Tuberculosis genital. Fisioterapia	VIII-1936
Montenegro B.- Úlcera de duodeno. Tratamiento	IX-1937
Montenegro R.B.- Manejo conservador del traumatismo abdominal	LXXVI-2005
Montesinos M.R.- Valor del mapeo linfático en la cirugía oncológica	LXXII-2002
Morai C.- Pankreatitis crónica	XXXIII-1962
Moroni J.- Tumores del páncreas	XXXIX-1966
Múscolo D.- Coxa-vara del adolescente	XII-1950

N

Nardi G.L.*- Pancreatitis crónica.....	XXXIII-1962
Nallar J.- Adelantos en el diagnóstico y tratamiento de la patología del esófago.....	LX-1989
Naveiro J.J.- Hernias hiales.....	LI-1980
Negri A.- Lesiones accidentales operatorias de las vías biliares y de los elementos del pedículo hepático.....	XXI-1950
Neira J.- Atención inicial del traumatizado grave.....	LXI-1990
Nicholson E.- Prolapso genital de la mujer.....	XVI-1944
Nocito F.J.- Amputaciones.....	XXXIII-1962
Nomaksteinsky J.- Balance hidroelectrolítico en cirugía.....	XXIX-1958

* Por invitación

O

Odriozola M.J.- Hidatidosis Abdominal.....	LXIX-1998
Ojea Quintana G.M.- Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo.....	LXXI-2000
Olaciregui J.C.- Tratamiento quirúrgico de las esofagopatías benignas.....	XLIII-1972
Olaga Alarcón F.- Tumores malignos de los huesos.....	XXX-1959
Ortíz T.J.- Endocrinopatías quirúrgicas.....	XLVIII-1977
Ortiz A.S.- Adelantos en el diagnóstico y tratamiento de la patología biliaropancreática. Pancreática benigna.....	LX-1989
Ortiz F.E.- Análisis e importancia del costo beneficio en cirugía.....	LXI-1990
Ortiz J.A.- Videolaparoscopia en el abdomen agudo.....	LXVIII-1997
Otaiza Molina E.*- Úlcera gastroduodenal. Estado actual del tratamiento.....	XXXIV-1963
Ottolenghi C.E.- Fracturas expuestas. Tratamiento.....	XVII-1945

P

Padrón R.A.- Sepsis y cirugía. Características en un área de cuidados intensivos.....	XLIX-1978
Páez E.M.- Infección quirúrgica.....	XXXII-1961
Palma E.C.*- Arteropatías periféricas. Tratamiento.....	XXXIV-1963
Pasman R.E.- Mal de Pott. Tratamiento quirúrgico.....	II-1930
Pavlovsky A.- Esplenopatías quirúrgicas con exclusión de lesiones traumáticas y quistes hidatídicos.....	XXI-1950
Pavlovsky A.J.- Esplenopatías quirúrgicas con exclusión de lesiones traumáticas y quistes hidatídicos.....	XXI-1950
Pekoj J.- Manejo de las complicaciones más frecuentes de la cirugía abdominal.....	LXXIV-2003
Pellegrini C.A.- Cirugía videoscópica.....	LXV-1994
Pelliza J.M.- Bronquiectasias en el niño.....	XX-1949
Perera S.G.- Litiasis de la vía biliar principal.....	LII-1981
Perinetti H.- Hipertiroidismo. Tratamiento.....	XXXIX-1968
Pettinari R.L.- Hidatidosis Abdominal.....	LXIX-1998
Petracchi L.- Artroplastias de cadera. Indicaciones técnicas y resultados.....	XXIV-1953
Pilheu F.R.- Cáncer avanzado. Tratamiento quirúrgico.....	XL-1969
Piqué J.A.*- Luxación congénita de la cadera.....	XIX-1948
Piqué J.A.- Secuelas de fracturas de la epifisis femoral superior. Tratamiento.....	XXXII-1961
Piquerez C.- Hipertiroidismo. Tratamiento.....	XV-1943
Pirosky Y.- Infección quirúrgica.....	XXVI-1955
Podestá D.- Tumores del mediastino.....	XXXI-1960
Polastri E.J.- Incumbencias de la Asociación Argentina de Cirugía en la Práctica Quirúrgica.....	LXX-1999
Pons L.M.- Cáncer de laringe (Roentgenterapia).....	XXVI-1955
Ponselli I.*- Escoliosis.....	XXVIII-1957
Prai D.- Oclusión intestinal aguda. Tratamiento.....	V-1933
Puente J.J.- Várices de los miembros inferiores. Complejo cutáneo.....	XI-1939
Pulvertaft G.*- Traumatismos de las manos y de los dedos. Secuelas.....	XXIII-1952

*Por invitación

Q

Quesada E.M.- Endocrinopatías quirúrgicas.....	XLVIII-1977
Quirno N.*- Colitis ulcerosa inespecífica. Tratamiento.....	XXX-1959

*Por invitación

R

Ramos Mejía M.M.- Úlcera gastroduodenal. Estado actual del tratamiento médico	XXXIV-1963
Reforzo Membrivas J.- Endocrinopatías quirúrgicas	XLVII-1977
Rey A.M.- Úlcera gastroduodenal. Estado actual del tratamiento quirúrgico	XXXIV-1963
Rezeze Puech- Fractura del codo en el niño	V-1933
Rhodius E.E.- Tórax agudo traumático	LIII-1982
Rivarola J.A.- Luxación congénita de la cadera 2ª infancia adolescencia y adultos	XIX-1948
Rivarola J.E.- Obstrucción intestinal aguda en el niño	XXXI-1960
Rivarola R.A.- Parálisis infantil. Secuelas en miembros inferiores	I-1928
Riveros M.- Magnitud de las resecciones oncológicas. Introducción	XLV-1974
Rodríguez Egaña A.- Mal de Pott en el niño. Tratamiento Quirúrgico	II-1930
Rodríguez Martín J.A.- Incumbencias de la Asociación Argentina de Cirugía en la Práctica Quirúrgica	LXX-1999
Rodríguez Otero J.C.- Cirugía oncológica en el paciente afeoso	LXXI-2000
Rodríguez Villegas R.- Diabetes en cirugía	V-1933
Rolando Conrado J.- Fractura de la pierna	X-1943
Romagnolo A.- Litiasis biliar. Complicaciones posoperatorias	IV-1932
Roncovoni A.J.- Tórax agudo quirúrgico no traumático fisiopatología	XXXVIII-1967
Rosasco Piau S.A.- Patología anorrectal no maligna en el niño	XL-1969
Rubianes C.E.- Terapia intensiva. Organización y funcionamiento	XLIV-1973
Ruiz Guñazú A.- Balance hidroelectrolítico en cirugía	XXIX-1958
Ruiz Moreno M.- Fractura en antebrazo en el niño	III-1931
Ruiz Moreno M.- Empeña en el niño	VII-1935
Ruiz Moreno V.- Pie Plano (en el niño)	XXVI-1955
Russo A.G.- Colitis ulcerosa crónica. Tratamiento	XXX-1959

S

Saad E.N. - Historia de la cirugía argentina	LXXVI-2005
Sacco A.V.- Raqui anestesia	X-1938
Salvati A.A.- Luxación congénita de la cadera 1ª infancia	XIX-1948
Sánchez Pons J.C.- Cáncer de esófago	XXXV-1964
Sánchez Zinny J.- Reintervenciones de urgencia en cirugía abdominal. Complicaciones inflamatorias	XXXV-1964
Sanguinetti F.A.- Responsabilidad ética y jurídica del cirujano y de las instituciones	LIX-1988
Santángelo H.D.- Incumbencias de la Asociación Argentina de Cirugía en la Práctica Quirúrgica	LXX-1999
Santas A.A.- Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar	XXVII-1956
Schajelowicz F.- Tumores malignos de los huesos. Anatomía Patológica	XXX-1959
Schieppati E.- Magnitud de las resecciones oncológicas. Tórax	XLV-1944
Schilvarger R.R.- Enseñanza de la cirugía en el post-grado	LXXV-2004
Sgroso J.A.- Traumatismos del carpo. Tratamiento	XVI-1944
Siano Quirós R.- Enfermedad tromboembólica venosa (cirugía)	XLII-1971
Sivori E.A.- Tumores endocrinos del aparato digestivo	LVI-1985
Sivori J.A.- Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo	LXXI-2000
Sonzini Astudillo P.- Injurias quirúrgicas de la vía biliar	LXX-1999
Solé R.- Úlcera gástrica. Tratamiento	II-1930
Sosa Gallardo C.A.- Pancreatitis aguda	XLVI-1975
Spatola J.- Enseñanza de la cirugía para graduados. Residencias	XLIII-1972
Statti J.A.- Organización, funciones y funcionamiento de un Servicio Quirúrgico	LXXVIII-2007
Sugasti M.A.- Reintervenciones de urgencias en cirugía abdominal. Complicaciones hemorrágicas	XXXV-1964
Suñel W.- Flebotrombosis y tromboflebitis	XX-1949
Surraco L.A.- Tuberculosis genital en el hombre	VIII-1936
Sylvestre Begnis C.- Cáncer de laringe	XXXVI-1955
Sylvestre Begnis G.A.- Cirugía oncológica en el paciente afeoso	LXXI-2000

T

Tagliavacche N.- Fractura del codo en el adulto	V-1933
Taquini A.C.- Fisiopatología y clínica de la estenosis mitral desde el punto de vista clínico-quirúrgico	XXV-1954
Taubenschlag H.- Hernias umbilicales recidivadas	XIII-1941
Tajerna Fotheringham W.- Pancreatitis aguda. Etiología y patogenia	XIV-1942
Teme J.- Arteriopatías periféricas no oclusivas. Tratamiento	XXXIV-1963
Terz J.J.- Magnitud de las resecciones oncológicas. Sarcomas de las partes blandas del tronco y extremidades en el adulto	XLV-1974
Trabucco A.- Traumatismos del niño	XVII-1945
Tricari F.E.- Afecciones valvulares del corazón	XXV-1954
Trigo E.R.- Organización y funcionamiento de un departamento de cirugía	XLV-1974

U

Unburu J.V.- Obstrucción intestinal aguda	XXXI-1980
---	-----------

V

Vaccarezza O.A.- Traumatismos Torácicos	XIV-1942
Vaccarezza O.A.- Tórax agudo quirúrgico no traumático	XXXVIII-1967
Valls J.E.- Traumatismos de meniscos ligamentos cruzados y laterales de rodilla. Tratamiento	XXIII-1941
Varela Chilase R.- Cáncer de la mama. Estado actual del tratamiento	XXXVII-1966
Vargas Salcedo L.- Raquiñestesia	X-1938
Velasco R.- Traumatismos graves combinados en los accidentes de carretera. Lesiones torácicas y abdominales	XXXI-1960
Velasco Suárez C.- Cirugía hepatobiliar. Cuidados pre y posoperatorios	XVI-1944
Vemengo M.J.- Traumatismos craneales	XVI-1944
Vicava E.P.- Cáncer de mama	XXV-1954
Viaggio J.A.- Alepectomías	LIV-1983
Viale S.- Traumatismos graves combinados en los accidentes de carretera. Sistema nervioso	XXXI-1960
Vila E.- Varices del miembro inferior. Tratamiento	XI-1939

W

Wilks A.E.- Lesiones quirúrgicas de las vías biliares	XLIX-1978
---	-----------

Y

Yoel J.- Endocrinopatías quirúrgicas	XLVIII-1977
--	-------------

Z

Zancolli E.- Mano. Cirugía reparadora de las secuelas de algunas lesiones de tendones y nervios	XLI-1970
Zavaleta D.E.- Vías de abordaje al abdomen superior	XXVI-1955
Zeno A.- Fracturas diafisarias. Tratamiento operativo	I-1928
Zeno L.- Fracturas del cuello de fémur	VI-1934
Zeno L.- Quemaduras. Secuelas	XVII-1945
Zorraquín G.- Precáncer y cáncer de recto	VIII-1936