

perfiles de complejidad

Este trabajo se basa en un Informe Preliminar preparado en el año 1965 por el equipo del CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES integrado por los técnicos Juan José Barrenechea (jefe), Adolfo H. Chorny, Jorge E. Molinero, María I. Plachner y Luis H. Vera Ocampo.

La presente versión fue preparada por los actuales componentes del citado equipo del C.F.I. técnicos Mario E. Boyer, Adolfo H. Chorny, Inés Fontau, Josefina S. de Mendoza Padilla y María Plachner bajo la conducción de Luis H. Vera Ocampo. Intervino también el técnico Luis Faigón, de la Dirección de Economía Sanitaria de la Secretaría de Estado de Salud Pública.

Secretario General del
Consejo Federal de Inversiones

Dr. FRANCISCO E. ALVAREZ

Director del Area de Asistencia Técnica

Dr. OSCAR A. NATALE

07470



Arg. consejo federal
de inversiones

perfiles de complejidad

método para determinar
niveles de atención
en establecimientos hospitalarios

edición del CFI

buenos aires

1968 .

Impreso en Argentina - Printed in Argentine
Hecho el depósito que marca la ley 11,723
(c) 1968 CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES
Alsina 1401 Buenos Aires República Argentina

P R E F A C I O

En el transcurso de los años 1964 y 1965 el Equipo de Salud Pública del CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES abordó el problema de describir y analizar las estructuras hospitalarias.

Con ese objeto se desarrolló un método que fue presentado como Informe Preliminar sobre Complejidad Hospitalaria, Perfiles, Relación con Costos y Rendimientos (1965).

La presente publicación es una puesta al día de aquellas ideas y viene a cumplir con la creciente demanda de distintos organismos y entidades de salud pública que desean contar con el desarrollo completo del método para poder utilizarlo localmente.

Se expresa el reconocimiento a los que han contribuído al perfeccionamiento y concreción del modelo y, en particular, a la doctora Renate Plaut por su valiosa colaboración.

I N D I C E

	Pág.
I - DESCRIPCION DEL METODO	
A - Introducción	1
B - Antecedentes del Método	3
C - Concepto de Complejidad	4
- Elementos que la integran	4
- Formulario	6
- Tabla Maestra-Perfil	7
II - ANALISIS	
A - Análisis cualitativo de Perfiles de Complejidad	11
- A nivel establecimiento	11
- A nivel sistema	12
- A nivel regional o nacional	17
B - Análisis cualitativo de la Complejidad	21
- Recta de aproximación mínimo cuadrática	22
- Norma Implícita	22
III - APENDICE	
A - Líneas de Investigación	35
B - Resumen	35
C - Bibliografía	38
IV - ANEXO	
A - Formulario para estimación de Complejidad	41
B - Reglas de Asignación de Puntaje	89
INDICE DE TABLAS	119
INDICE DE GRAFICOS	119

I - DESCRIPCION DEL METODO

A - INTRODUCCION

Es posible que logremos una mejor ubicación del lector en el proceso que nos condujo a la concepción de los perfiles de complejidad hospitalaria, si podemos situar lo previamente en el desconcertante paisaje sectorial que debe transitar el técnico que, en Salud Pública, tiene en nuestro medio la responsabilidad de operar en terreno.

En primer término, las particularidades propias del objeto de su dedicación -la Salud Pública-, que muchas veces subordina, necesariamente, las conclusiones cuantificadas de la técnica a las determinantes sociales, fuertemente teñidas de subjetividad.

En segundo lugar, la simultaneidad constrictiva de requerimientos contrapuestos: la necesidad de estudiar los problemas, recolectar información y aún de crear algunas herramientas de análisis específico, frente a la urgencia -y la presión- que exige actuar y decidir inmediatamente.

Dicho de otra manera, la presencia de una antinomia no superada todavía y que expresa la injustificada competencia entre la solución de fondo -casi siempre de prolongada maduración- y la de emergencia -paliativo-, que, con bastante más frecuencia de lo que sería de desear, impide, compromete o distorsiona la obtención de la primera.

Con este trasfondo que, en ocasiones, asume un papel protagónico, completaremos una rápida visión global del panorama, haciendo una breve referencia al campo particular de la planificación de salud, en el que este grupo de trabajo se situó vocacionalmente desde su creación, en 1962.

La irrupción en el Sector Salud de los enfoques metodológicos y posibilidades tecnológicas utilizados en la planificación económica agregó un factor más de distorsión: el determinado por la brecha existente entre la afinada capacidad de definición permitida por la técnica y la tosquedad e insuficiencia de la información disponible para alimentarla.

Para el hombre de terreno, a quien las circunstancias obligan a salvar esa brecha aunque sea en forma precaria, se presenta entonces este círculo vicioso: debe aplicar instrumentos de implantación laboriosa, que se necesitan recíproca y simultá-

neamente, y que plantean, como exigencia común, la existencia previa de un cierto grado de ordenamiento técnico administrativo que en la mayoría de los casos no se da.

De esa ambivalencia que empuja a la acción y la frena al mismo tiempo, surgió una síntesis operativa que, al menos sectorialmente, significa en cierto modo una nueva postura dinámica: la de usar deliberadamente la implantación de algunos instrumentos, por ejemplo costos y presupuesto por programa, como avanzada promotora de la motivación y el ordenamiento antes aludido.

El hecho positivo de que se haya encontrado una salida, que puede considerarse satisfactoria para una situación coyuntural como la descrita, no debe postergar sino, por el contrario, urgir la búsqueda de una solución para el principal escollo que en torpece el accionar de los equipos que encaran tareas de largo aliento; nos referimos a la interferencia que implican las demandas y compromisos planteados por las soluciones de emergencia.

Si se analiza el problema con prescindencia de la fuerte encarnadura que le prestan factores emocionales, sociales y políticos, resulta difícil comprender su peso y permanencia, dado que parece bastante razonable suponer que los niveles de decisión sectoriales debieran tener un claro concepto de la conveniencia de establecer dos líneas independientes pero coordinadas para el abordaje de los problemas. Una, maleable y ágil, para el corto plazo y otra, encargada de llevar adelante las soluciones de fondo, con una adecuada coordinación entre ambas, para evitar que las decisiones forzadas por la emergencia se conviertan en una constante causal de rectificaciones substanciales en las tareas de más lenta maduración.

Nos permitiremos dar por sentado que, a través de los aspectos brevemente bosquejados, resultará más explicable la trayectoria de este grupo de trabajo, que encaró su contribución al campo de la planificación de la salud a lo largo de un itinerario jalonado por el diseño de un sistema para la determinación de costos hospitalarios, la participación en el diseño de un modelo para la programación de actividades de atención médica y la creación de un método de análisis de la estructura funcional de los hospitales.

Este método, que ahora presentamos desarrollado, se origina como respuesta a exigencias concretas planteadas por una realidad que, pensamos, tiene un valor general que justifica su consideración.

En este caso, esa realidad quiere decir un medio con instituciones y organismos en muy distintas etapas de maduración organizativa, que configura un contexto con particularidades tales como para someter a dura prueba las posibilidades de operación de instrumentos concebidos, las más de las veces, para enfrentar otras condiciones.

Creemos que debería tenerse muy en cuenta esta circunstancia toda vez que se contemple la incorporación de técnicas o métodos avalados por una experimentación en otras latitudes.

Deslizamos esta reflexión, no con el ánimo de desalentar el intento, sino de estimular una actitud positiva que asuma, sin complejos, dos hechos evidentes: que nos de se nvolvemos en función de una multitud de variables que nos son propias y que de bemos encontrar soluciones que les den cabida. De este modo, cada adaptación de una nueva técnica vendrá enriquecida por el insustituible aporte de quienes tienen la vivencia de la realidad que ha de condicionarla.

La experiencia nos ha enseñado también que, a veces, la adaptación de técnicas no es suficiente; que es preciso aventurarse en la creación de instrumentos que respondan a necesidades más específicas. Y estamos persuadidos de que, en esa eventualidad, es saludable un cierto grado de audacia imaginativa y -por qué no decirlo? - un pujante desborde de confianza en las propias posibilidades de búsqueda.

B - ANTECEDENTES DEL METODO

El diseño de un método para la obtención de los costos de funcionamiento de los establecimientos del sector salud y su posterior aplicación a un gran número de hospitales nos enfrentó con el problema del análisis de los resultados obtenidos, con el propósito de lograr la información que permitiera resolver las siguientes cuestiones:

1. Cómo comparar establecimientos entre sí, con miras a determinar la eficiencia relativa del funcionamiento de los mismos, mediante la comparación de los cos tos.
2. De qué modo y en qué medida son los costos un reflejo de la estructura del esta blecimiento.

A estos interrogantes se sumaba una serie de restricciones que van impuestas por las características particulares en que se debía desarrollar la tarea. Estas limita ciones fueron asumidas por el equipo y se pensó que el método de análisis que die ra respuesta a los problemas planteados debía:

- a. requerir poca cantidad de información;
- b. no exigir el montaje de un sistema de información que se superpusiera a los ya existentes;
- c. ser de fácil manejo;
- d. ser de fácil interpretación.

En una primera etapa, respondiendo al interés de vincular los costos a la estructu ra del establecimiento, se pretendió utilizar como indicador de ésta el número de camas (tamaño) del mismo.

Sin embargo, la posibilidad de avanzar en ese sentido se vió frenada desde un principio por el parcial reflejo de la estructura real que expresaba este indicador en los análisis en que fue usado. La línea de investigación se dirigió entonces a sustituirlo por otro que resumiese en forma más completa, el número de tareas diversificadas que integran la actividad global de un establecimiento y el grado de desarrollo alcanzado por las mismas. La cuantificación de este concepto constituye la Complejidad Hospitalaria; y es alrededor de las posibilidades que suscitó su elaboración que desarrollamos este trabajo.

C - CONCEPTO DE COMPLEJIDAD

Elementos que la integran

En la búsqueda de un indicador único que describa adecuadamente el nivel de atención de establecimientos sanitarios, se llegó al concepto de complejidad, que definimos como el número de tareas diversificadas que integran la actividad global de un establecimiento y el grado de desarrollo alcanzado por las mismas.

Para elaborar este indicador, se agruparon todas las funciones que se pueden llevar a cabo en un establecimiento, en 41 rubros. Para cada uno de estos rubros existen normas de asignación de puntaje. La suma de todos estos puntajes expresa el valor de la complejidad total del establecimiento.

Cada rubro, al que llamamos actividad, representa un conjunto homogéneo de tareas. El agrupamiento es funcional, por lo que no siempre las actividades así definidas son coincidentes con los sectores de la estructura formal del establecimiento.

Siguiendo la nomenclatura utilizada en el "Método para la determinación de las funciones de producción de los establecimientos del sector salud" (CFI-1963), se las clasificó en finales, intermedias y de servicios generales (*). La agrupación de puntajes (por simple suma) de los rubros de acuerdo a esta sectorización, da la Complejidad de Sectores Finales, de Sectores Intermedios y de Sectores Generales, respectivamente.

Luego de un análisis de la estructura hospitalaria, dirigido a identificar los factores que pueden tener incidencia en las normas de asignación de puntajes, nos decidimos finalmente a tomar en cuenta sólo los siguientes:

(*) Sectores Finales son aquéllos que realizan las actividades que constituyen los objetivos finales del establecimiento. Por ejemplo: Consultorios Externos, Internación, Docencia, etc.
Sectores Intermedios son aquéllos que realizan las actividades complementarias de la prestación final. Por ejemplo: Laboratorio, Radiología, Hemoterapia,
Sectores Generales: Constituyen la infraestructura que posibilita el funcionamiento del hospital. Por ejemplo: Administración, Lavadero, Mantenimiento, etc.

1. Personal asignado, con determinada capacitación específica.
2. Equipos.
3. Instalaciones.
4. Organización.

Los elementos mencionados se consideran toda vez que significan la posibilidad de cumplir con la función específica de una actividad, de determinar una mayor diferenciación de tareas o una mejor coordinación de funcionamiento.

Así, en los consultorios externos se valora la existencia de los diferentes especialistas, ya que su sola presencia asegura el funcionamiento del consultorio, aún cuando carezca de personal de enfermería o que la instalación del consultorio en sí sea precaria.

En cambio, las tareas realizadas en Laboratorio requieren no sólo la presencia de personal de diferentes niveles (bioquímico, personal auxiliar capacitado), sino también de ciertos materiales y equipos específicos. Es por ello que en el caso del Laboratorio y actividades similares se valorizan tanto los equipos como el personal.

Dentro de cada actividad, los cuatro elementos de valorización considerados son independientes entre sí, de manera que pueden encontrarse simultáneamente los cuatro o sólo alguno de ellos.

Por ejemplo: en el sector Radiología juegan todos los factores; en Enfermería sólo encontramos capacitación de personal y organización.

La naturaleza propia de cada tipo de actividad hace que el peso relativo de cada uno de los elementos que integran su complejidad difiera según se trate de finales, intermedios o de servicios generales.

Así, en los sectores finales -Consultorios Externos, Internación, Docencia, etc.- la mayor parte de su valor corresponde a la capacitación que permite diferenciar tareas.

En cambio, en los sectores intermedios, no sólo juega la capacitación, sino que también tiene un peso considerable la existencia de equipos, instalaciones y su organización.

Mayores detalles sobre asignación de valores de complejidad pueden extraerse de los formularios y códigos que acompañan este trabajo.

Resta llamar la atención sobre el significado que tiene constituir la Complejidad Total como suma de las complejidades de los 41 rubros.

Esto no significa que 10 puntos en Alimentación puedan reemplazar al mismo puntaje en Internación. En la formulación del criterio para lograr una cuantificación de la complejidad (reglas de asignación de puntaje), se sobreentiende que el ordenamiento interno de un hospital real impide pensar en la posibilidad de un establecimiento que acumule su puntaje sin un cierto equilibrio interno, puesto que los servicios que lo integran no son piezas intercambiables.

Ejemplificando, podemos suponer un sector Radiología que constará sólo de un aparato para realizar radiografías, manejado por un médico no especializado. Su complejidad sería de 1.

Otro sector similar, con equipo para realizar radiografías, radioscopías, seriografías, con instalaciones blindadas, atendido por personal auxiliar especializado y médico radiólogo, tendría una complejidad de 8.

Dicho de otra manera, el nivel de atención que brindan los sectores descriptos sería 1 y 8 respectivamente.

La complejidad de una actividad se manifiesta así como la resultante de la agrupación de los elementos que la integran y no como la suma ordinaria de los mismos.

Además, aunque cada actividad, tomada aisladamente, podría tener posibilidades ilimitadas de incrementar su complejidad, ubicada dentro de la estructura del establecimiento obedece a la regulación que le impone su interrelación con los otros sectores.

Es lo que sucede con actividades como Rehabilitación o Sustancias Radioactivas, por ejemplo, cuya diferenciación puede resultar muy alta en los establecimientos específicamente dedicados a esa única actividad. En cambio, dentro del marco de un policlínico, su crecimiento está normalmente limitado.

Esto se traduce en una cierta armonía o consistencia entre el desarrollo alcanzado por las distintas actividades, expresada a través de la relación que guardan entre sí sus complejidades.

. Formulario .

La información necesaria para el estudio de complejidades se recoge por medio de un formulario en el que, por cada actividad, se solicitan datos referentes a capacitación del personal, equipos, instalaciones y organización (ver Anexo, Formulario para estimación de complejidad).

A cada respuesta se le asigna un puntaje predeterminado, de cuya suma, como ya se dijo, resulta la complejidad de la actividad.

Algunos items se incluyen sólo con fines de control y por lo tanto no se valorizan. En el código se indican como "Verificación" (ver Anexo, Reglas de asignación de puntaje).

. Tabla maestra - Perfil

La complejidad de cada una de las actividades, expresada ahora en una cifra única, se vuelca en una tabla de doble entrada, en cuyo cabezal figuran las 41 actividades definidas, agrupadas en Finales, Intermedias y Servicios Generales, y en la columna matriz el listado de establecimientos estudiados.

Se tiene así, para cada hospital, una serie numérica de 41 valores que refleja su complejidad por actividad. Por consolidaciones sucesivas puede llegarse a la complejidad por tipo de actividad, a la total del establecimiento o de cualquier otro agrupamiento que se considere útil a los fines de análisis.

A partir de los datos contenidos en esta tabla maestra, puede construirse, para cada hospital, un gráfico de barras en el que las actividades aparecen en la abscisa y la complejidad en la ordenada.

A este gráfico lo denominamos "Perfil del Establecimiento". Los perfiles del conjunto de hospitales estudiados se agrupan en regiones sanitarias, ya sea las que existen formalmente o las que resulten del funcionamiento espontáneo del sistema. Dentro de cada región se ordenan en forma decreciente según complejidad global.

II - ANALISIS

A - ANALISIS CUALITATIVO DE PERFILES DE COMPLEJIDAD

El análisis de la complejidad como un indicador global del nivel de atención hospitalaria y su descomposición en indicadores parciales de las actividades, constituye una herramienta de trabajo que se hace útil a diferentes niveles.

A nivel establecimiento

La observación del perfil de un hospital pone de relieve la relación que existe entre los diferentes sectores del establecimiento.

Cuando el nivel de atención alcanzado por los sectores finales mantiene una relación adecuada con el nivel de atención que brindan los sectores intermedios y con la infraestructura de los sectores generales, el perfil muestra claramente esta armonía.

Los rendimientos de un hospital cuyas actividades se relacionan armónicamente deberían ser más elevados que los de otro establecimiento donde existiera una gran desarmonía entre los sectores. Por ejemplo: en un hospital cuya atención médica fuese indiferenciada, la existencia de un laboratorio especializado se desaprovecharía en gran parte. A la inversa, un establecimiento que, por la gran diferenciación de sus sectores finales, podría brindar un alto nivel de atención, disminuye su rendimiento cuando no está acompañado por sectores intermedios o por una infraestructura de niveles adecuados.

En consecuencia, la existencia de desarmonías entre los sectores de un hospital nos lleva a pensar en bajos rendimientos. Esta correlación es actualmente tema de investigación, en la hipótesis de que existe una relación óptima de complejidad intrahospitalaria que maximiza los rendimientos.

Las relaciones más lógicas, tanto entre sectores de un mismo establecimiento como entre hospitales, pueden ser predeterminadas y elaborarse así relaciones ideales de complejidad interna y externa.

Desde un punto de vista más dinámico, podemos observar qué sucede con el nivel de atención alcanzado por cada sector de un hospital con respecto a su estabilidad, crecimiento o decrecimiento.

Veamos, entonces, qué podríamos esperar de la movilidad de la estructura.

La interacción entre sectores crea cierta relación funcional entre la complejidad de aquéllos cuya actividad se realiza en forma conjunta o interdependiente. Por ejemplo: el nivel de atención del sector Internación de Clínica Quirúrgica tiene relación estrecha con el nivel de atención en Quirófano, y éste a su vez con el de los sectores Anestesiología, Esterilización, etc.

Esta relación podría significar que la modificación del funcionamiento de uno de los sectores, o bien la creación de una nueva actividad ligada a ese grupo, traiga como consecuencia una alteración de todo el establecimiento. Este cambio pondría en movimiento una serie de mecanismos de adaptación que tienden a establecer nuevamente el equilibrio, pero en este nuevo equilibrio está integrado un cambio funcional del establecimiento, con aumento de su complejidad global.

El análisis de estos sucesivos estados de equilibrio y de desequilibrio dentro de un hospital puede llevarnos a detectar cuáles son los puntos clave para iniciar un proceso de racionalización. En diferentes tramos de nivel de complejidad, será también diferente el sector o grupo de sectores sobre el que convenga promover la modificación inicial.

En una primera aproximación podríamos detectar si, a determinado nivel de complejidad global, la prioridad en el cambio deberá asignarse a los sectores finales, intermedios o generales.

Un análisis posterior permitirá buscar en forma individual el sector o sectores básicos que deben iniciar la modificación de su estructura funcional y que actuarán luego como factor dinamizante de los otros sectores.

. A nivel sistema

La agrupación regional o provincial de establecimientos asistenciales origina un sistema cuyo estudio y análisis pone de manifiesto el juego de la interacción de los hospitales que lo integran.

De la misma manera que sucede entre los sectores de cada establecimiento, dentro del sistema pueden encontrarse desarmonías evidentes, a pesar de las cuales el conjunto puede mantenerse en equilibrio, aunque sea en desmedro de su funcionamiento global.

El análisis del sistema puede poner de relieve cuál o cuáles son los establecimientos cuya transformación podría convertirse más fácilmente en factor de movilización de todo el grupo.

Las grandes distorsiones que podemos encontrar en los sistemas de nuestro país ponen en evidencia la necesidad de buscar y promover mecanismos que tiendan al equilibrio armónico. Esta movilidad dirigida creemos puede surgir del análisis de la complejidad global dentro de un sistema, y de la composición de la complejidad dentro del hospital.

Caben aquí dos tipos de análisis: uno cuantitativo, que se realiza más adelante con métodos matemáticos, y otro cualitativo, que basamos fundamentalmente en el estudio de perfiles.

Como ya se dijera, el perfil de un establecimiento describe el nivel de atención del mismo. Cada barra representa gráficamente el valor de complejidad alcanzado por cada actividad del hospital.

La agrupación de los perfiles de complejidad de una zona o provincia pone en evidencia, en forma global, las gradaciones que puede presentar el sistema y que eventualmente puede utilizarse como criterio de clasificación o tipificación de los establecimientos. Por ejemplo: en el gráfico de perfiles de la Provincia de Río Negro se evidencian tres escalones del nivel de atención:

1. Roca (105 CT) - Bariloche (115 CT) - de atención diferenciada en cuatro clínicas y especialidades básicas.
2. Cipolletti (61 CT) - Villa Regina (50 CT) - Viedma (65 CT) - Cinco Saltos (40 CT) - Diferenciación en cuatro clínicas básicas, sin especialidades.
3. Choele Choel (30 CT) - Conesa (27 CT) - Valcheta (26 CT) - Maquinchao (24 CT) - etc., de atención totalmente indiferenciada.

Si bien en el ámbito provincial no es desconocido cuál es el nivel de atención que globalmente brinda cada establecimiento, los perfiles lo muestran en forma totalmente objetiva y sintética, que facilita la comparación. (V. gráfico N° 2).

Agrupando los perfiles de los hospitales de una región, podemos estudiar el tipo de subsistema que se constituye.

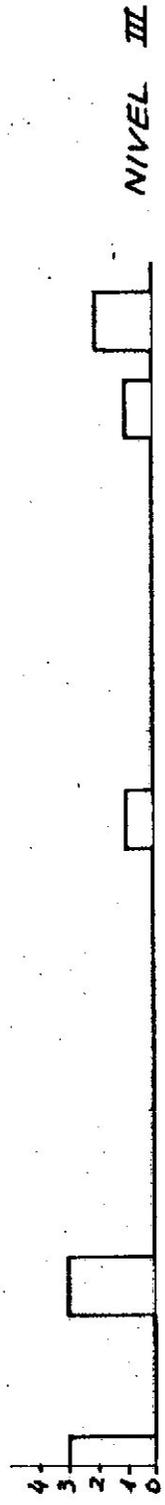
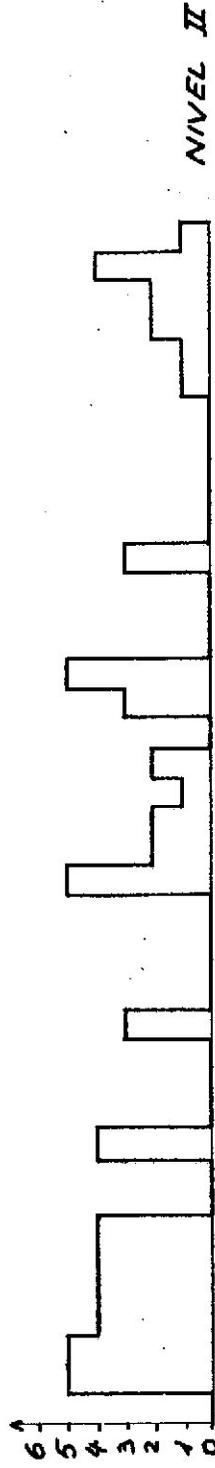
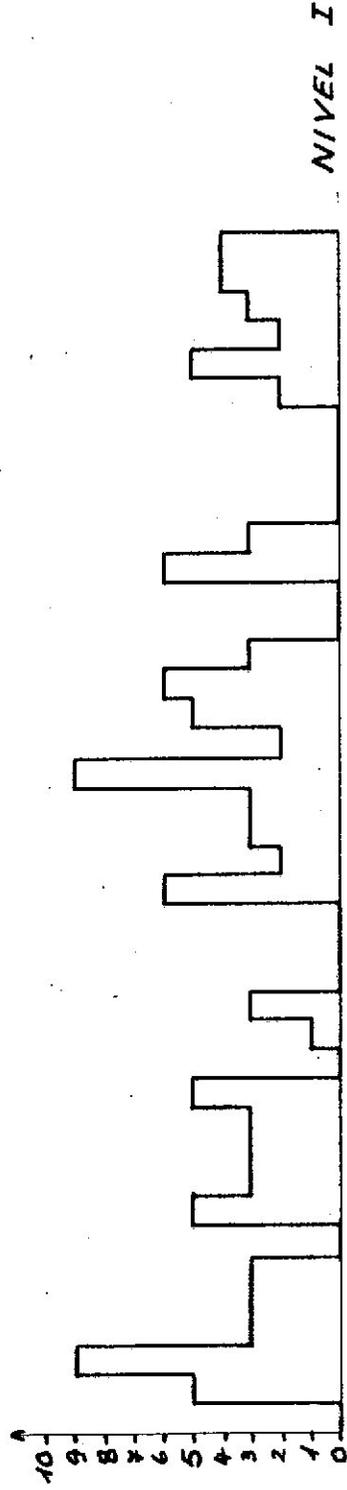
Si continuamos ejemplificando con el sistema de Río Negro, en la región que comprende la zona del Alto Valle, el gráfico de los perfiles hospitalarios nos muestra que están representados en la zona los tres estratos ya descriptos para toda la provincia.

1. Roca
2. Allen - Cipolletti - Villa Regina - Cinco Saltos
3. Chinchinales

Se pone en evidencia un peso muy importante, para esta zona, de los hospitales del estrato intermedio y observamos, por otra parte, que las diferencias de uno a otro estrato son graduales, no hay saltos notables de la complejidad.

En cambio, el subsistema de la zona sur de la provincia está formado por un grupo de establecimientos entre los que se observa una gran distancia de complejidad en-

GRAFICO Nº 2 - GRADACIONES DEL NIVEL DE ATENCION



tre uno de ellos -el Hospital de Bariloche- y el resto, ya que el nivel intermedio no está representado en esta región. (V. gráfico 3).

1. Bariloche

3. Comallo - El Bolsón - Jacobacci - Maquinchao - Los Menucos

De la observación de los perfiles surge, que el nivel de atención que se brinda en Comallo, El Bolsón, Jacobacci, Maquinchao, es de tipo indiferenciado, mientras que el de Bariloche muestra una diferenciación apreciable, tanto en sus sectores finales como intermedios.

Esto lo convierte, en forma natural, en el hospital base de la zona, hacia el que converge el flujo de derivación de pacientes.

En consecuencia, el sólo análisis de los perfiles de complejidad de este subsistema permite en líneas generales discutir sobre las posibles políticas a seguir con el mismo.

Una de ellas puede ser mantener el nivel poco diferenciado de los hospitales de escasa complejidad y canalizar la demanda que se encontrase por encima de sus posibilidades hacia el hospital de Bariloche.

Por consiguiente, esta línea de conducta deberá contemplar la existencia de medios rápidos y eficaces de comunicación y al mismo tiempo la dotación del hospital base con recursos que le permitan atender las exigencias crecientes a las que se encuentra sometido.

Otra política a seguir es la siguiente: Sin excluir el refuerzo del hospital base, se podría dotar a los pequeños establecimientos de elementos que permitieran mejorar su posibilidad de diagnóstico.

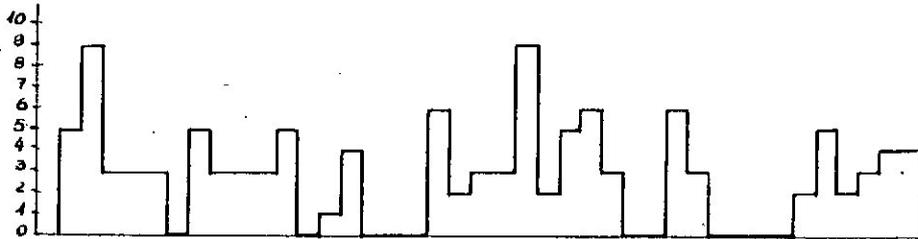
Esto puede lograrse en base al incremento de complejidad de los sectores intermedios, los que, sin embargo, deben mantener un nivel coherente con el de los otros sectores del hospital.

Esta conducta permitirá, no sólo aumentar el nivel de atención de todos los hospitales del sistema, sino también racionalizar la derivación hacia el hospital base.

Vemos así que los perfiles de complejidad ponen de manifiesto en forma muy sintética dos elementos que, necesariamente, se encuentran encadenados dentro de un sistema:

- . Nivel de atención de cada establecimiento.
- . Ubicación de cada establecimiento dentro de un estrato o categoría.

**GRAFICO N°3 - PERFILES DE LOS ESTABLECIMIENTOS
DEL SUBSISTEMA DE LA PROVINCIA DE
RIO NEGRO ZONA SUR - ARGENTINA 1965 -**



BARILOCHE



De estos elementos, relativamente estáticos, surge una relación dinámica que se traduce en el flujo de derivación.

Esta visualización del panorama permite, por una parte, analizar al sistema en su conjunto; y por otra, disponer de un instrumento de fácil manejo, útil para apoyar las decisiones de una política sanitaria con miras a fundamentar asignación de recursos, inversiones a realizar, normas de atención a los pacientes, capacitación del personal, etc.

. A nivel regional o nacional

La obtención de información de varios sistemas provinciales o regionales permite, a nivel nacional, la comparación del comportamiento de los mismos y su ubicación dentro de un ciclo evolutivo.

Cada sistema tiene un grado de desarrollo que evoluciona constantemente y que está en relación con el contexto al que pertenece.

Podemos esquematizar algunas de las posibilidades que se podrían presentar aún cuando la descripción sea parcialmente hipotética.

A. Los sistemas más antiguos en su formación y funcionamiento tienen más posibilidades de estar trabajando armónicamente; dicho de otra manera, de estar en régimen. Están integrados por establecimientos de varios tramos de complejidad, entre los que en general no faltan hospitales de alto nivel de atención. Este tipo de agrupación es una verdadera unidad funcional en la que las modificaciones o reordenamientos pueden ser rápida y satisfactoriamente absorbidos.

B. Los sistemas más recientes están integrados por establecimientos que tienen una corta trayectoria en común. Es frecuente que no hayan alcanzado todavía un grado de maduración tal como para funcionar como un todo.

Existe, en estas agrupaciones, un elevado componente de anarquía y disociación, por lo que se hace difícil introducir elementos ordenadores. Además, cabe la posibilidad de que sean sistemas lábiles, que se desequilibran fácilmente ante cambios pequeños de su estructura funcional.

Entre estos dos extremos podemos encontrar sistemas de diverso grado de evolución, que van pasando, con diferente velocidad, del estado de desorden funcional (Sistemas tipo B) hasta un relativo grado de organización (Sistemas tipo A).

Suponemos que pueden existir puntos en el desarrollo que hacen de pivote, a partir de los cuales la evolución de todo el sistema se produce con mayor rapidez.

Uno de estos puntos puede ser el que marca la autosuficiencia relativa del sistema. Creemos que se alcanza este nivel cuando algunos de los establecimien

tos que lo integran alcanzan valores cercanos a los 250 puntos de complejidad global.

Un hospital de este nivel de atención, condiciona no sólo la demanda provincial, sino que es centro receptor de pacientes derivados de otras provincias y de capacitación de personal de diferentes niveles para toda la región.

Veamos cómo los sistemas analizados hasta ahora se encuadran dentro de nuestro esquema hipotético.

El sistema hospitalario de Mendoza, estudiado en 1964, es muy estable, muestra una alta correlación entre complejidad, costos y rendimientos. Es similar a lo que se ha descrito como tipo A.

Los hospitales de atención diferenciada son los de mayor peso en la provincia. La alta complejidad de uno de sus establecimientos -318 para el Hospital Central- asegura al sistema la autosuficiencia relativa y lo convierte en receptor de pacientes derivados de otros sistemas menos complejos.

El sistema hospitalario de Río Negro es mucho más joven en su formación y lógicamente más débil en su estructura. Está más próximo a lo que se describió como sistema de tipo B.

La máxima complejidad con que cuenta no puede asegurar a la provincia la autosuficiencia relativa en materia de atención médica.

Para resolver los problemas que sobrepasen su nivel, debe recurrir necesariamente a la derivación extraprovincial.

Esto está naturalmente ligado a los factores que forman parte del contexto en que se mueve el sistema.

El hecho de que la mayor parte de los establecimientos sea de escasa complejidad está ligado a la distribución demográfica. La población dispersa alcanza el 46 % del total, el resto está agrupado en pequeñas localidades; el núcleo más importante no supera los 45.000 habitantes.

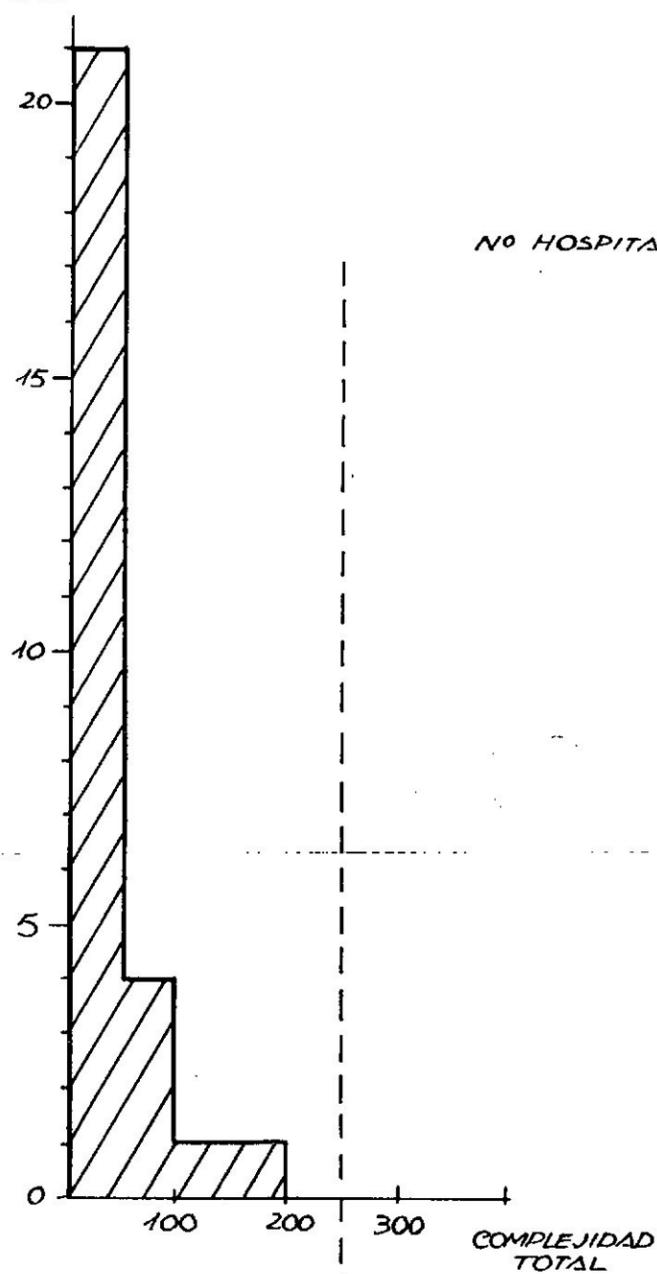
La demanda que originan estos grupos de población no justificaría la existencia de establecimientos de elevada complejidad. (V. gráfico N° 4).

El gráfico N° 4 muestra claramente cómo los sistemas de Chaco y Río Negro están integrados con un predominio de establecimientos de escasa complejidad. Ambos sistemas están lejos de alcanzar la autosuficiencia relativa, mientras que San Juan está próxima a lograrlo y Mendoza supera el valor 250 de complejidad global.

La comparación de varios sistemas provinciales permite tener un panorama global del nivel de la atención médica en diferentes regiones o provincias del país y,

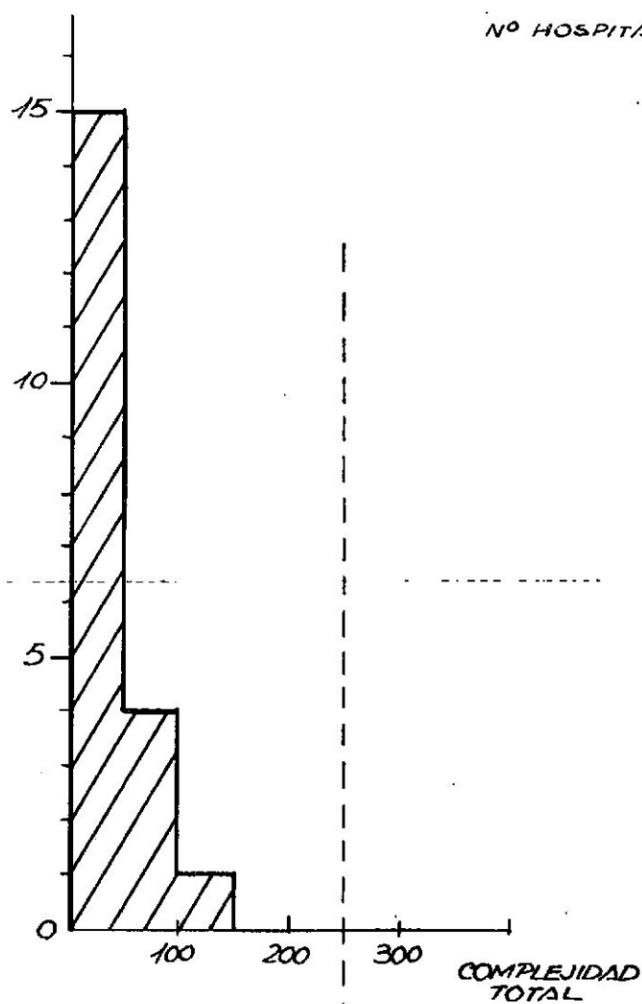
GRAFICO Nº4 - ALGUNOS SISTEMAS PROVINCIALES SEGUN NUMERO DE ESTABLECIMIENTOS POR INTERVALOS DE COMPLEJIDAD - UMBRAL DE AUTOSUFICIENCIA - ARGENTINA 1965 -

Nº HOSPITALES



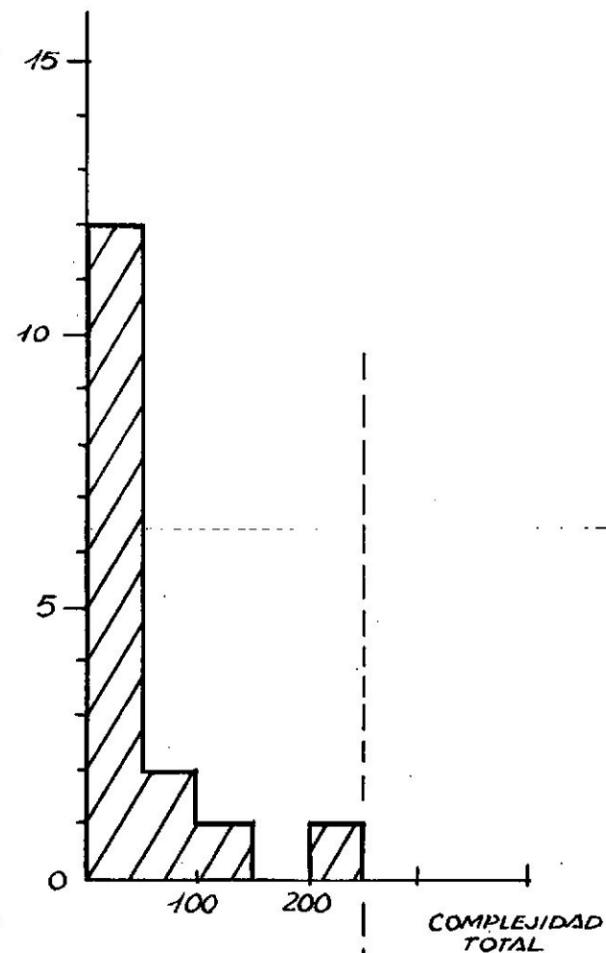
CHACO

Nº HOSPITALES



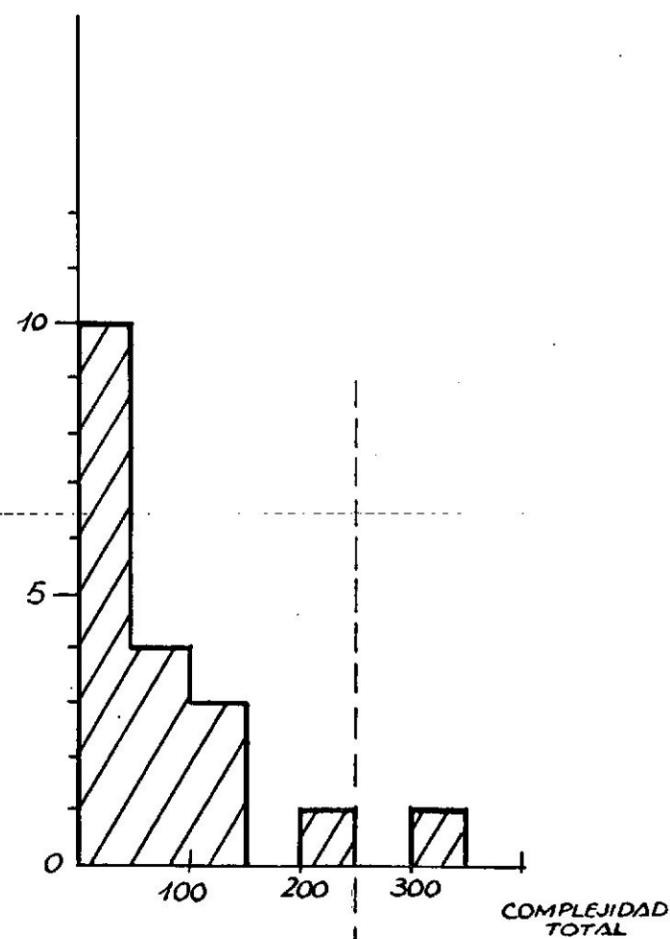
RIO NEGRO

Nº HOSPITALES



SAN JUAN

Nº HOSPITALES



MENDOZA

al mismo tiempo, del grado de funcionalidad teórica alcanzado por los sistemas.

La comparación del mismo sistema en diferentes años pone en evidencia la velocidad de cambio del mismo.

Analizando esto en varios sistemas provinciales o regionales, podríamos establecer la relación entre velocidad de cambio y tipo de sistema. De esta manera, se nos abriría la posibilidad de buscar los factores que aceleran o retardan el ritmo de progresión.

Por otra parte, existe un campo de investigación muy importante que contempla la posibilidad de relacionar un indicador global del nivel de atención médica de una región con los factores sociológicos, económicos, demográficos, etc., del grupo social al que pertenece.

B - ANALISIS CUANTITATIVO DE LA COMPLEJIDAD

Siendo la complejidad el indicador que describe globalmente el grado de diversificación y desarrollo alcanzado por las tareas que integran el funcionamiento del hospital, es natural extraer conclusiones acerca de las posibles relaciones de comportamiento entre los valores de este indicador y los índices que miden gastos, costos y rendimientos.

En la tabla que acompaña al gráfico N° 5 se muestran para 9 hospitales de la Provincia de Río Negro las respectivas complejidades y presupuestos ejecutados del año 1965. El volcado de la tabla en un gráfico de ejes ortogonales donde sobre el horizontal se ubican los valores de la complejidad y sobre el vertical el presupuesto ejecutado, muestra que los puntos que corresponden a cada par de datos de la tabla se ubican con cierta regularidad a ambos lados de una recta aproximante.

Lo mismo ocurre, y lo mostramos más adelante, utilizando en lugar de presupuesto ejecutado otros índices (número de egresos, número de intervenciones, número de radiografías, costo de la consulta, promedio de estadía, etc.).

El acercamiento de los puntos a la recta respectiva en cada uno de estos casos puede variar en cuanto a la proximidad lograda. Un caso extremo se produce cuando todos los puntos se superponen a la recta; el otro, cuando la ausencia de una proximidad razonable anula la posibilidad de pensar que exista recta que describa la relación entre la complejidad total y el índice en cuestión.

. Recta de aproximación mínimo cuadrática -
Norma implícita

Entendemos que el conjunto de establecimientos que constituyen un sistema -de área, provincia, etc. -, en el cual no existen normas de funcionamiento, ni escritas ni verbales, o, si las hubo alguna vez, quedaron en desuso por inadecuadas, tiende en general a ajustarse, en su desenvolvimiento, a un molde operativo no explicitado pero discretamente similar para el grupo. A esta suerte de "normas no dichas" las denominamos normas implícitas. (V. gráfico N° 5).

La determinación objetiva de esta norma implícita puede lograrse mediante la recta de aproximación mínimo cuadrática.

La recta que aparece en el gráfico N° 5 fue trazada según una técnica que permite balancear las distancias verticales de cada uno de los puntos hasta ella, de manera que el tamaño de aquéllas resulte aproximadamente semejante para todas.

Las rectas trazadas por esta técnica se denominan rectas de aproximación mínimo cuadrática y existen siempre, con independencia de la bondad de la aproximación lograda.

Solamente en el caso de considerarse esta aproximación como buena, llamaremos NORMA IMPLÍCITA a la relación funcional descripta por la recta entre la complejidad y el índice correspondiente.

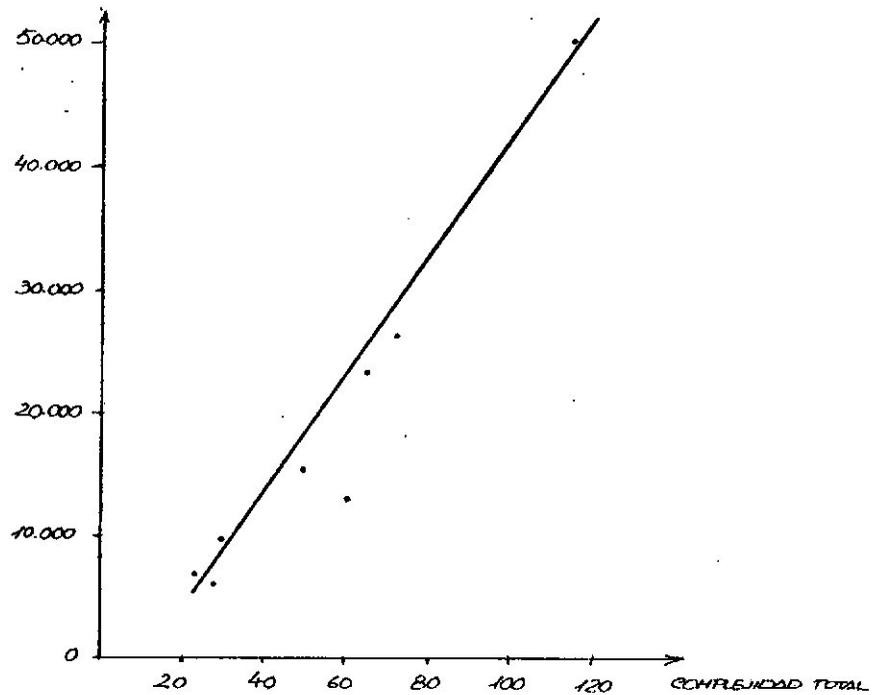
Por supuesto, y esto se ve en el Gráfico N° 6 A, los puntos pueden no ubicarse según una aproximante lineal, sino según una aproximante parabólica. Este segundo gráfico ha sido construido arbitrariamente por nosotros para mostrar que no siempre hay que esperar que la realidad se comporte linealmente. El gráfico N° 6 B muestra cómo se puede sustituir la aproximación parabólica por una aproximación lineal por tramos.

Comenzaremos ahora a comentar algunos gráficos. Entre ellos aparecen varios en los que en lugar de usar la complejidad total como variable independiente -variable que determina el comportamiento de otra variable-, se toma en cambio el número de camas o la complejidad de los sectores finales.

En los comentarios respectivos hacemos notar qué significación especial puede adquirir dicho cambio, pero, como cosa general, el tamaño (número de camas) puede explicar en menor grado que la complejidad total, el movimiento de los otros índices. Esto no es extraño -y esperamos que se evidencie con mayor fuerza en la medida en que se pueda trabajar con datos más completos y seguros- si se piensa que los gastos no son únicamente gastos por internación, que el número de consultas tampoco tiene que ver directamente con el número de camas, etc., y reflexionando sobre el hecho de que la complejidad, como indicador, integra todos los factores que posibilitan prestaciones de servicio.

**GRAFICO N° 5 - RECTA DE AJUSTE ENTRE
COMPLEJIDAD TOTAL Y PRESUPUESTO
EJECUTADO - PROVINCIA DE RIO NEGRO
ARGENTINA 1965 -**

PRESUPUESTO
EJECUTADO



ESTABLECIMIENTO	COMPLEJIDAD TOTAL	PRESUPUESTO EJECUTADO (MILLONES DE PESOS)
BARILOCHE	115	50.8
GENERAL ROCA	105	34.1
ALLEN	72	26.6
VIEDMA	65	23.6
CIPOLLETTI	61	13.3
VILLA REGINA	50	15.7
CHOELE - CHOEL	30	9.9
INGENIERO JACOBACCI	28	6.5
MAQUINCHAO	24	7.0

GRAFICO N° 6a - APROXIMACION NO LINEAL

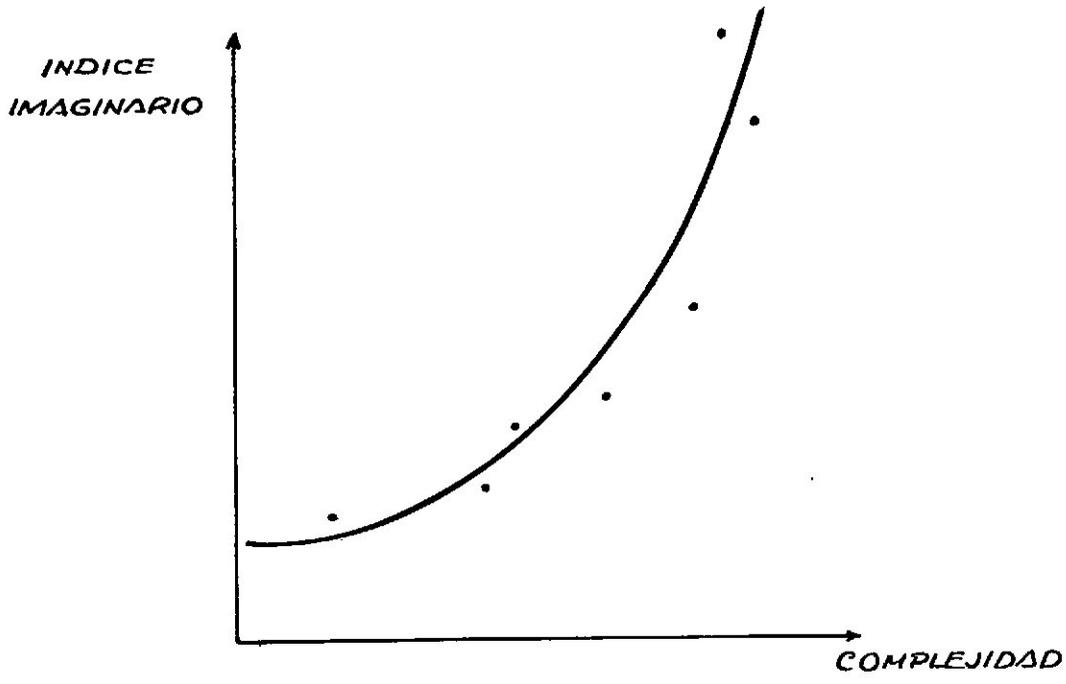
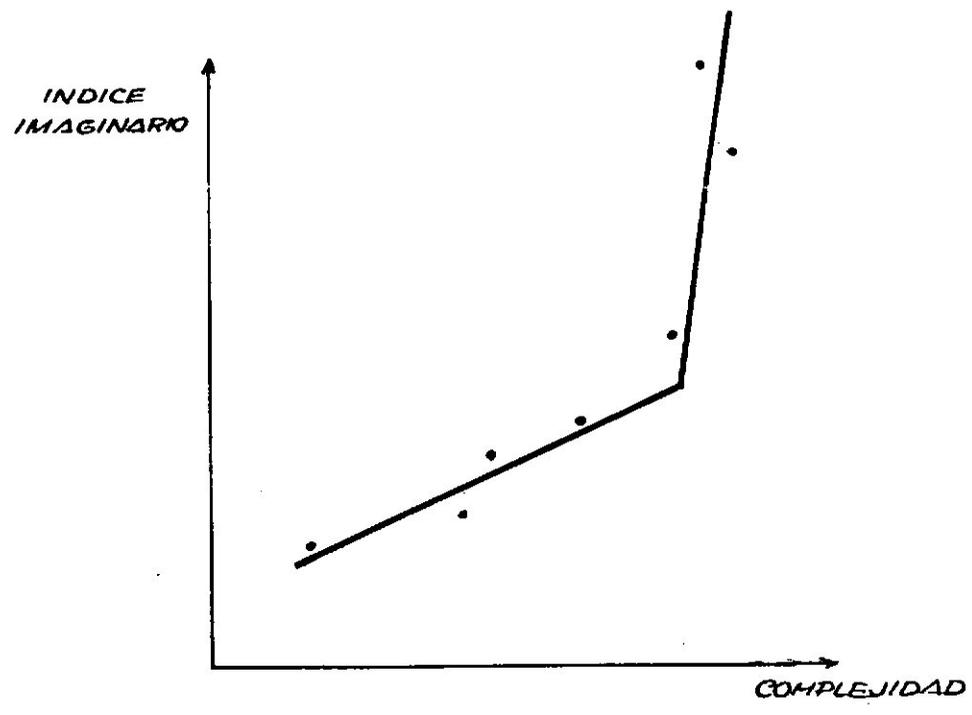
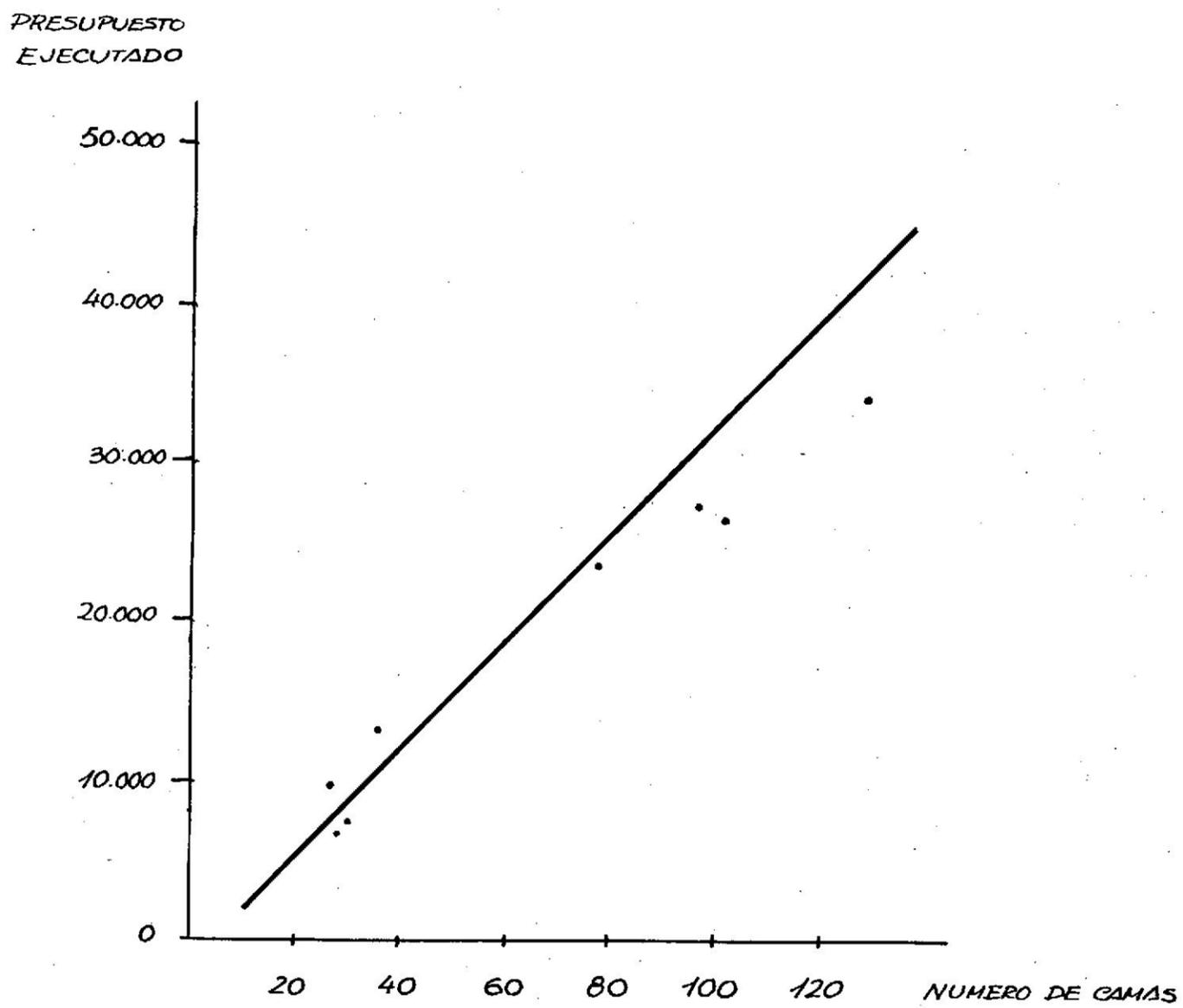


GRAFICO N° 6b - APROXIMACION LINEAL POR TRAMOS



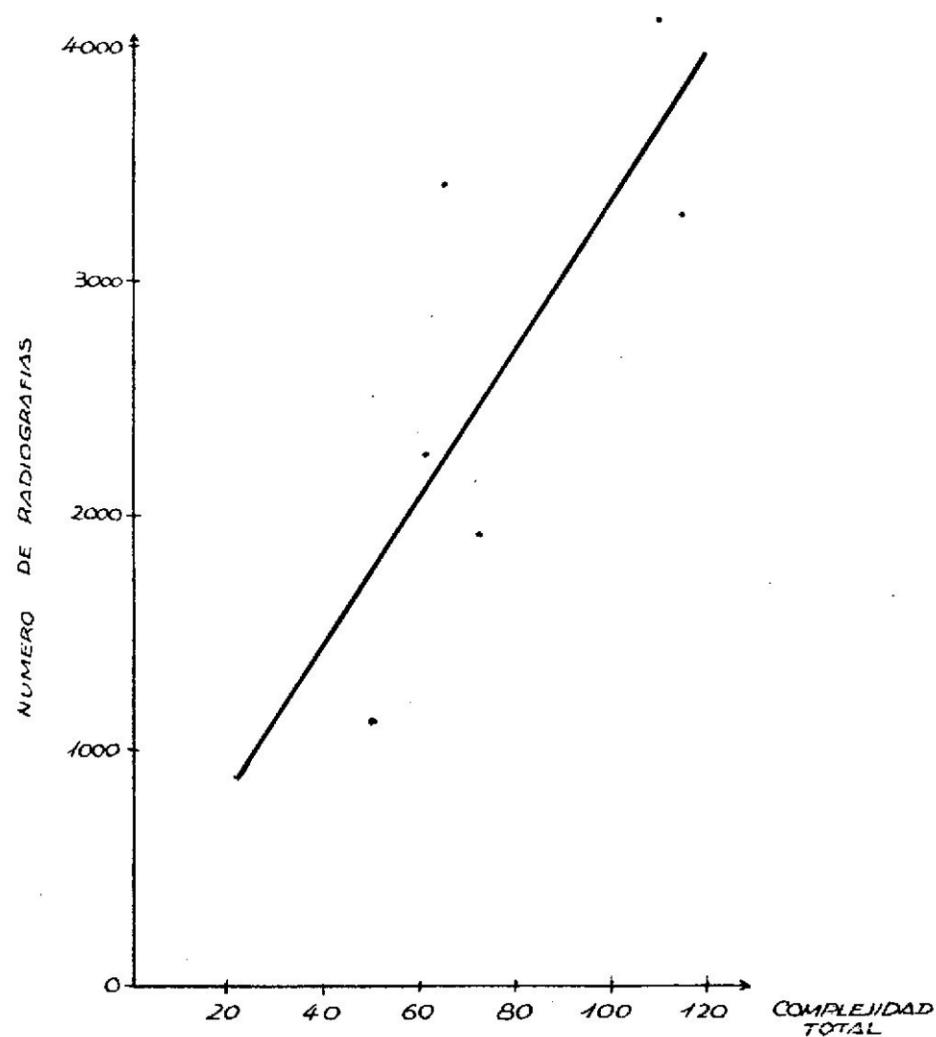
**GRAFICO N° 7 - RECTA DE AJUSTE ENTRE EL NUMERO DE CAMAS Y EL PRESUPUESTO EJECUTADO
PROVINCIA DE RIO NEGRO - ARGENTINA 1965-**



ESTABLECIMIENTO	NUMERO DE CAMAS (*)	PRESUPUESTO EJECUTADO (EN MILLONES DE PESOS)
BARILOCHE	118	50.8
GENERAL ROCA	124	34.1
ALLEN	102	26.6
VIEDMA	78	23.6
CIPOLLETTI	36	13.3
VILLA REGINA	59	15.7
CHOELE - CHOEL	27	9.9
INGENIERO JACOBACCI	28	6.5
MAQUINCHAO	30	7.0

(*) SIN TISIOLOGIA.

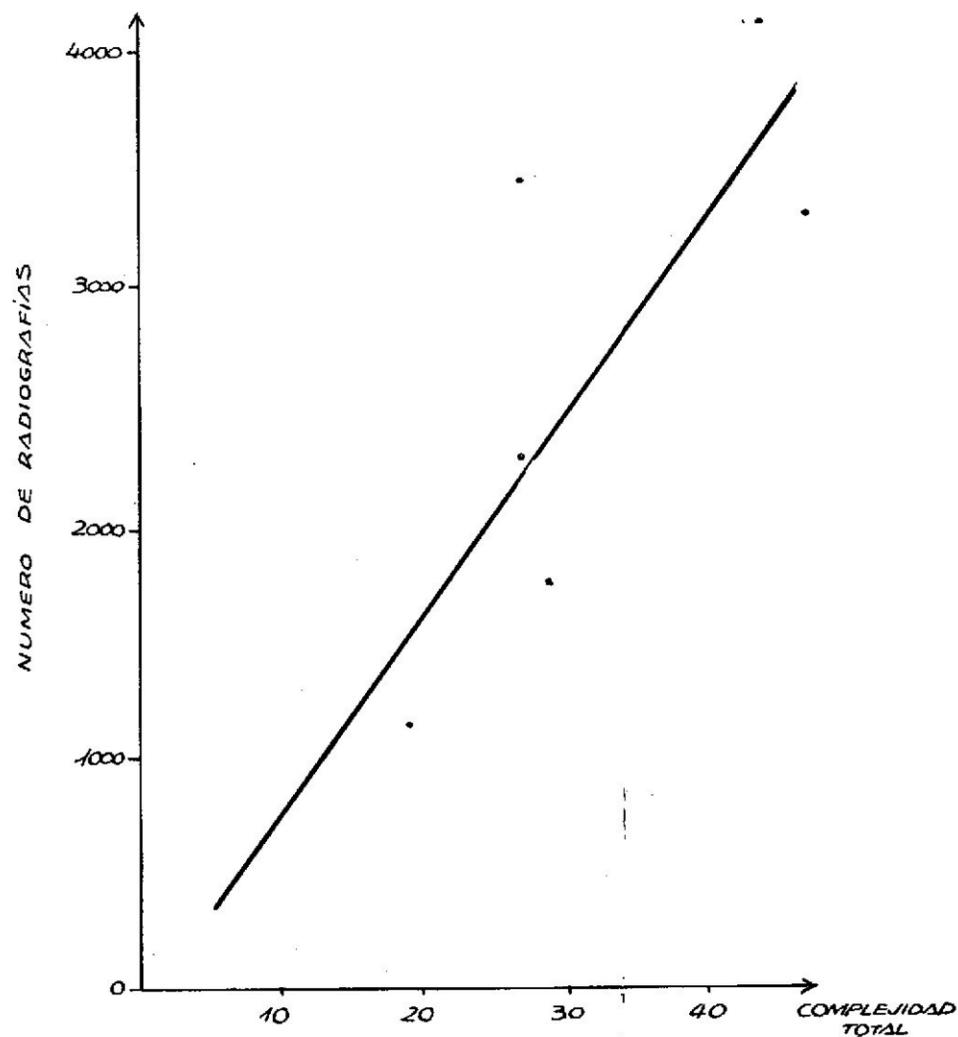
GRAFICO N°8a - RECTA DE AJUSTE ENTRE COMPLEJIDAD TOTAL Y EL NUMERO DE RADIOGRAFIAS
(PROVINCIA DE RIO NEGRO - ARGENTINA 1965)



ESTABLECIMIENTO	COMPLEJIDAD TOTAL	NUMERO DE RADIOGRAFIAS
BARILOCHE	115	3.276
GENERAL ROCA	105	4.098
ALLEN	72	1.718
VIEDMA	65	3.414
CIPOLLETTI	61	2.261
VILLA REGINA	50	1.133

Para estos gráficos esperábamos que se distinguiesen, por la bondad de ajuste, el que toma como variable independiente la complejidad de los sectores finales. De hecho sucede esto. Así, hay una notable diferencia a favor del uso de la complejidad total o la complejidad de sectores finales contra el número de camas, que permite sólo un regular ajuste. La expectativa de un mejor ajuste con la complejidad de los sectores finales se debe al entendimien-

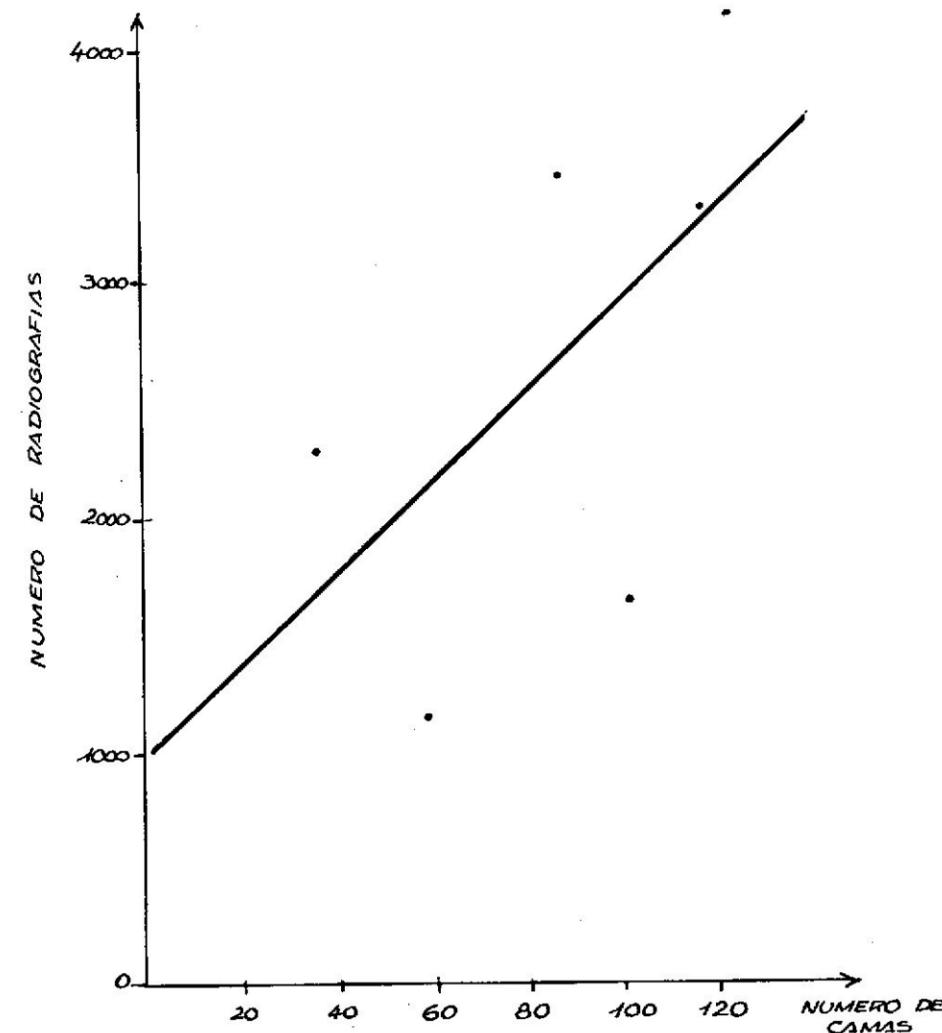
GRAFICO N°8b - RECTA DE AJUSTE ENTRE LA COMPLEJIDAD FINAL Y EL NUMERO DE RADIOGRAFIAS
(PROVINCIA DE RIO NEGRO - ARGENTINA 1965)



ESTABLECIMIENTO	COMPLEJIDAD FINAL	NUMERO DE RADIOGRAFIAS
BARILOCHE	47	3.276
GENERAL ROCA	44	4.098
ALLEN	29	1.718
VIEDMA	29	3.414
CIPOLLETTI	27	2.261
VILLA REGINA	19	1.133

to de que poco tiene que ver el número de radiografías -o, en otro caso, el número de análisis, número de intervenciones- con los diferentes grados de desarrollo de los servicios generales. Creemos que, mejorando cantidad y calidad de los datos, esta diferencia aparecerá siempre y se hará más neta la ventaja de la complejidad sobre el número de camas.

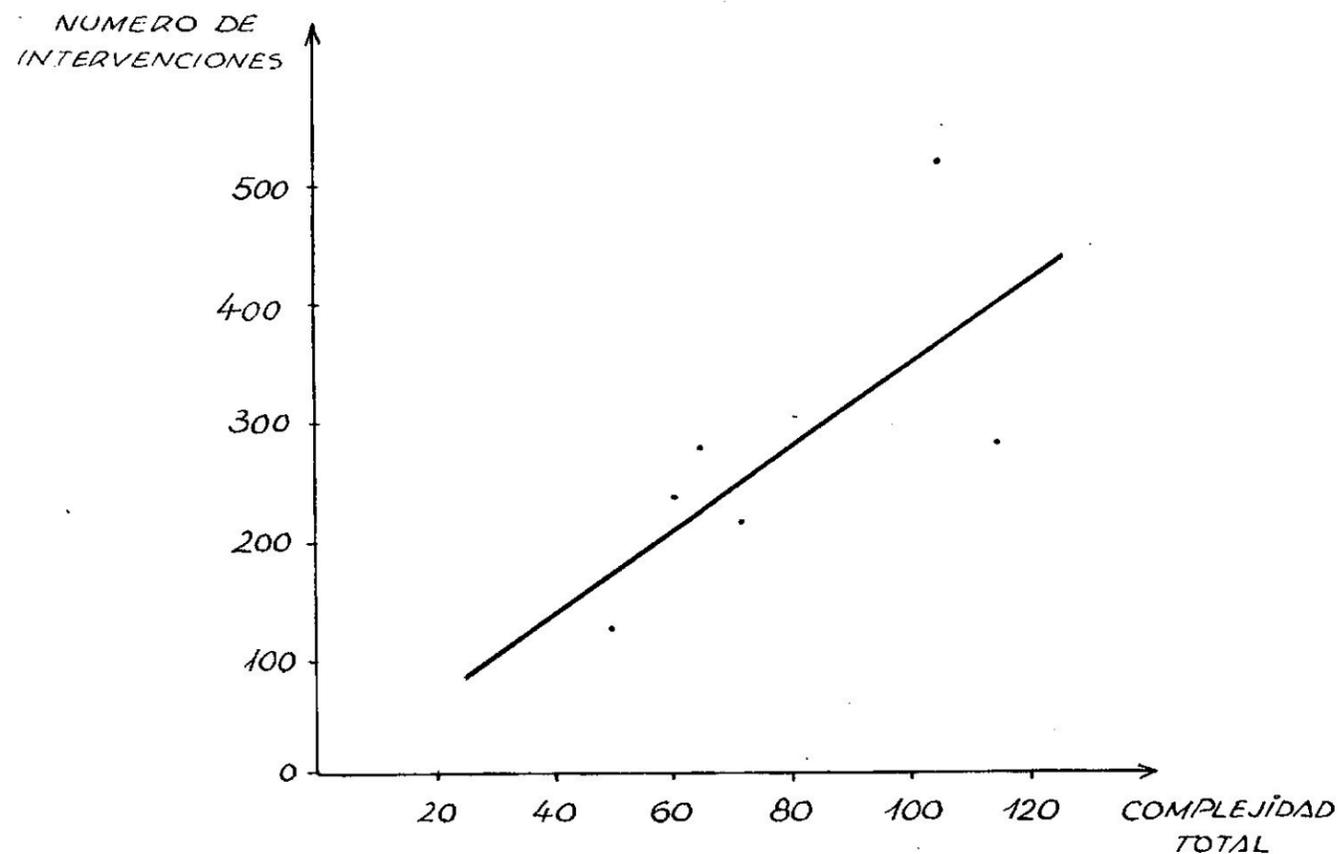
GRAFICO N°8c - RECTA DE AJUSTE ENTRE EL NUMERO DE CAMAS Y EL NUMERO DE RADIOGRAFIAS
(PROVINCIA DE RIO NEGRO - ARGENTINA 1965)



ESTABLECIMIENTO	NUMERO DE CAMAS	NUMERO DE RADIOGRAFIAS
BARILOCHE (*)	118	3.276
GENERAL ROCA	124	4.098
ALLEN (*)	102	1.718
VIEDMA	78	3.414
CIPOLLETTI	36	2.261
VILLA REGINA	59	1.133

(*) SIN TISIOLOGIA

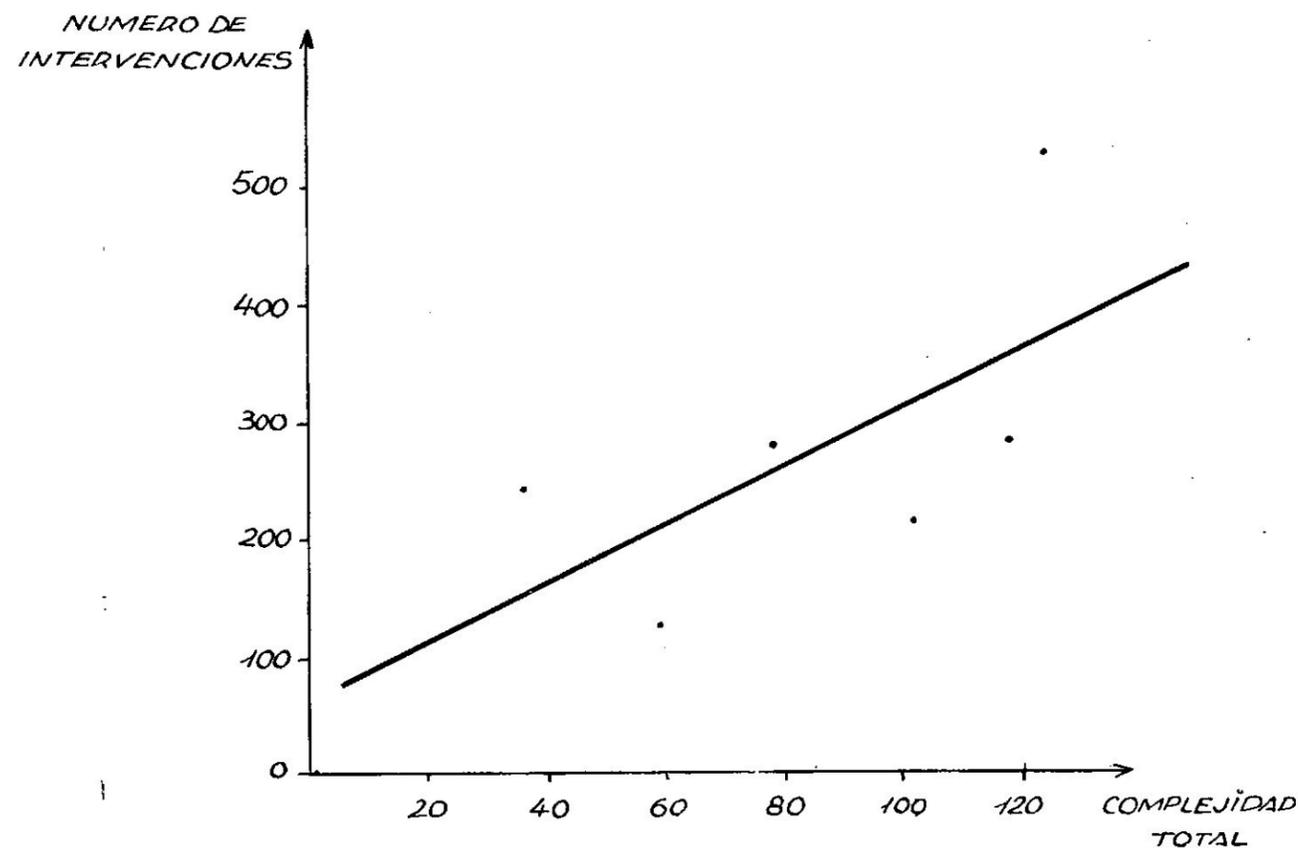
GRAFICO No 10a - RECTA DE AJUSTE ENTRE LA COMPLEJIDAD TOTAL Y EL NUMERO DE INTERVENCIONES
 PROVINCIA DE RIO NEGRO - ARGENTINA 1966



ESTABLECIMIENTO	COMPLEJIDAD TOTAL	NUMERO DE INTERVENCIONES
BARILOCHE	115	282
GENERAL ROCA	105	522
ALLEN	72	215
VIEDMA	65	278
CIPOLLETTI	61	237
VILLA REGINA	50	127

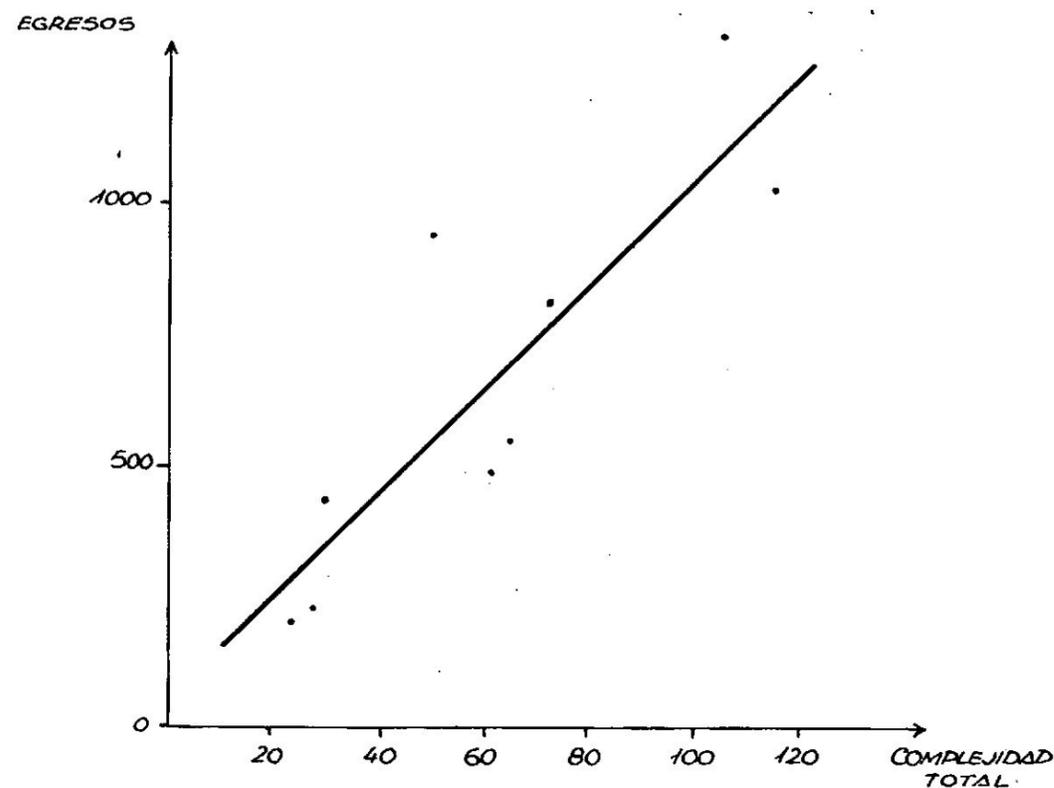
Para los establecimientos de menor tamaño (los cuatro primeros) el ajuste es notoriamente mejor usando complejidad total. Para los dos últimos hospitales, los ajustes resultan similares

GRAFICO No 10b - RECTA DE AJUSTE ENTRE EL NUMERO DE CAMAS Y EL NUMERO DE INTERVENCIONES
 PROVINCIA DE RIO NEGRO - ARGENTINA 1966.



ESTABLECIMIENTO	COMPLEJIDAD TOTAL	NUMERO DE INTERVENCIONES
BARILOCHE	118	282
GENERAL ROCA	124	522
ALLEN	102	215
VIEDMA	78	278
CIPOLLETTI	36	237
VILLA REGINA	59	127

GRAFICO N°9a - RECTA DE AJUSTE ENTRE VALORES DE COMPLEJIDAD TOTAL Y NUMERO EGRESOS PROVINCIA DE RIO NEGRO REPUBLICA ARGENTINA 1966

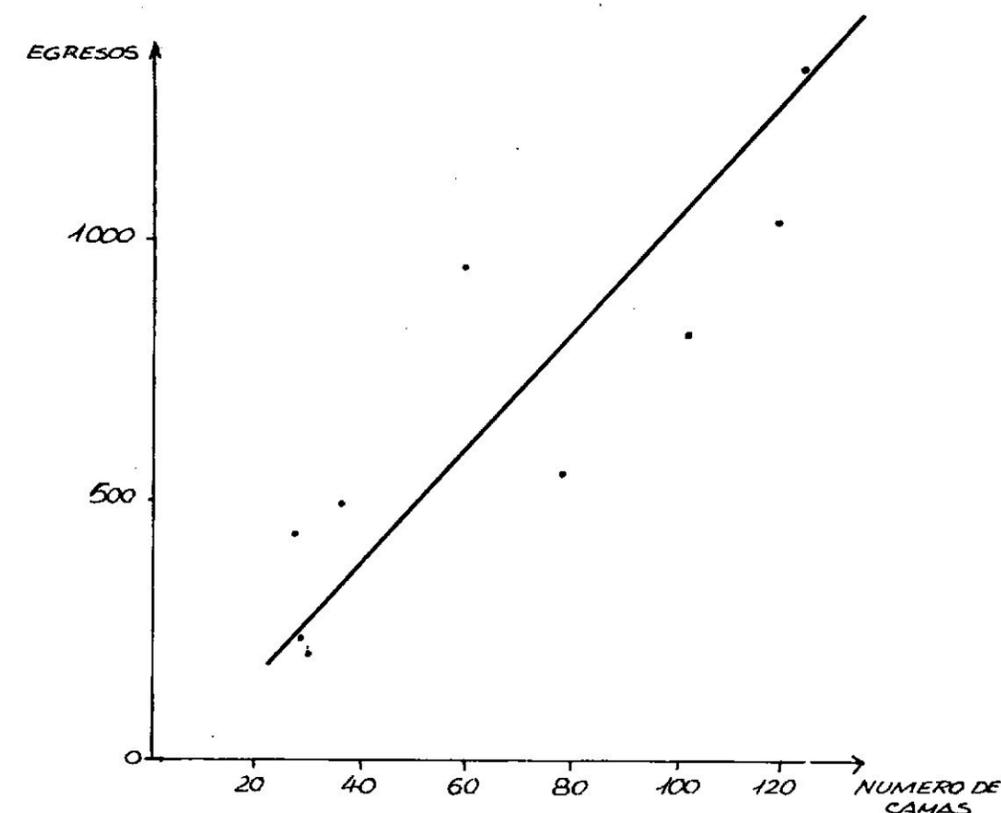


ESTABLECIMIENTO	COMPLEJIDAD TOTAL	NUMERO DE EGRESOS (*)
BARILOCHE	115	1032
GENERAL ROCA	105	1328
ALLEN	72	816
VIEDMA	65	550
CIPOLLETTI	61	492
VILLA REGINA	50	945
CHOELE - CHOEL	30	435
INGENIERO JACOBACCI	28	230
MAQUINCHAO	24	205

(*) 1er SEMESTRE DE 1966

Se repite aquí el fenómeno ya visto con presupuesto ejecutado, correspondiendo ahora el caso de mejor ajuste al uso de número de camas. Esta diferencia casi imperceptible en el gráfico no permite, por el número de hospitales incluidos, asegurar ninguna conclusión acerca de su firmeza.

GRAFICO N°9b- RECTA DE AJUSTE ENTRE EL NUMERO DE CAMAS Y EL DE EGRESOS. PROVINCIA DE RIO NEGRO - REP. ARGENTINA, 1966



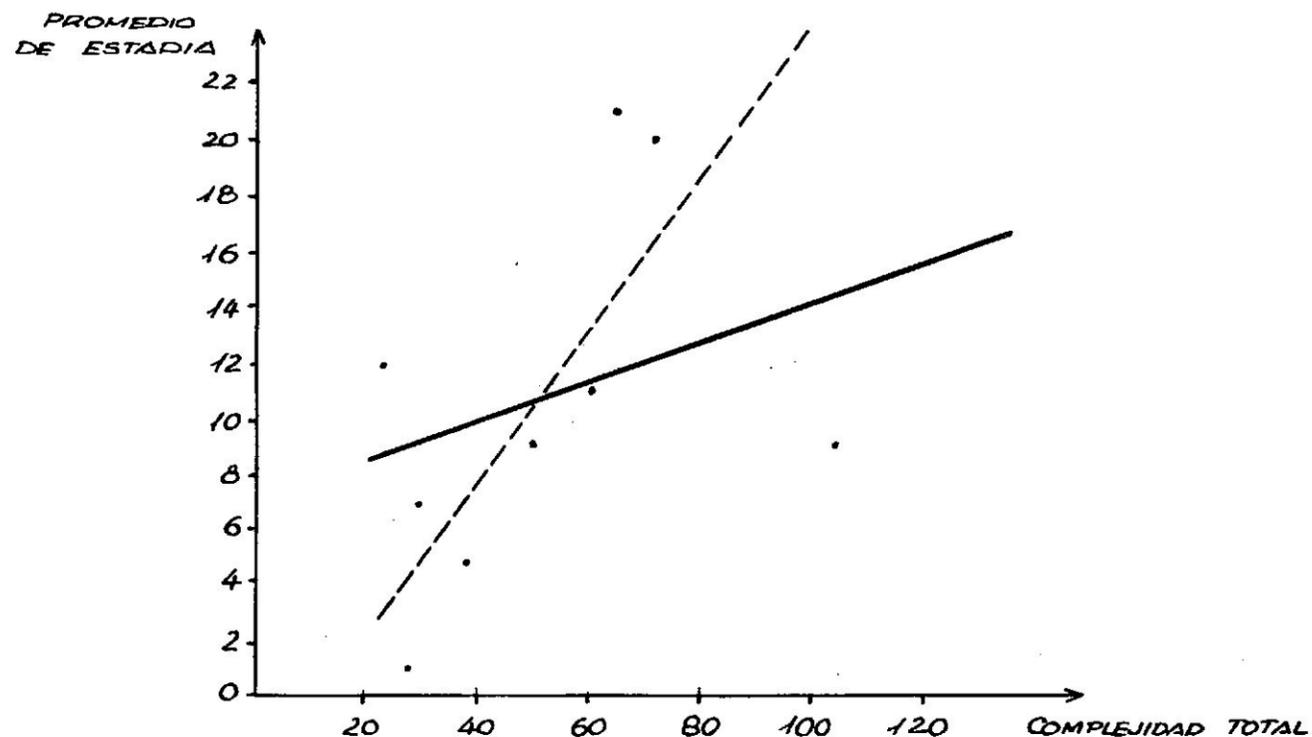
ESTABLECIMIENTO	NUMERO DE CAMAS	NUMERO DE EGRESOS
BARILOCHE (*)	118	1032
GENERAL ROCA (**)	124	1328
ALLEN (*)	102	816
VIEDMA	78	550
CIPOLLETTI	36	492
VILLA REGINA	59	945
CHOELE - CHOEL	27	435
INGENIERO JACOBACCI	28	230
MAQUINCHAO	30	205

(*) SIN TISIOLOGIA

(**) 1er SEMESTRE DE 1966

GRAFICO N° H_a - RECTA DE AJUSTE ENTRE LA COMPLEJIDAD TOTAL Y EL PROMEDIO DE ESTADIA.

(PROVINCIA DE RIO NEGRO - ARGENTINA 1962)

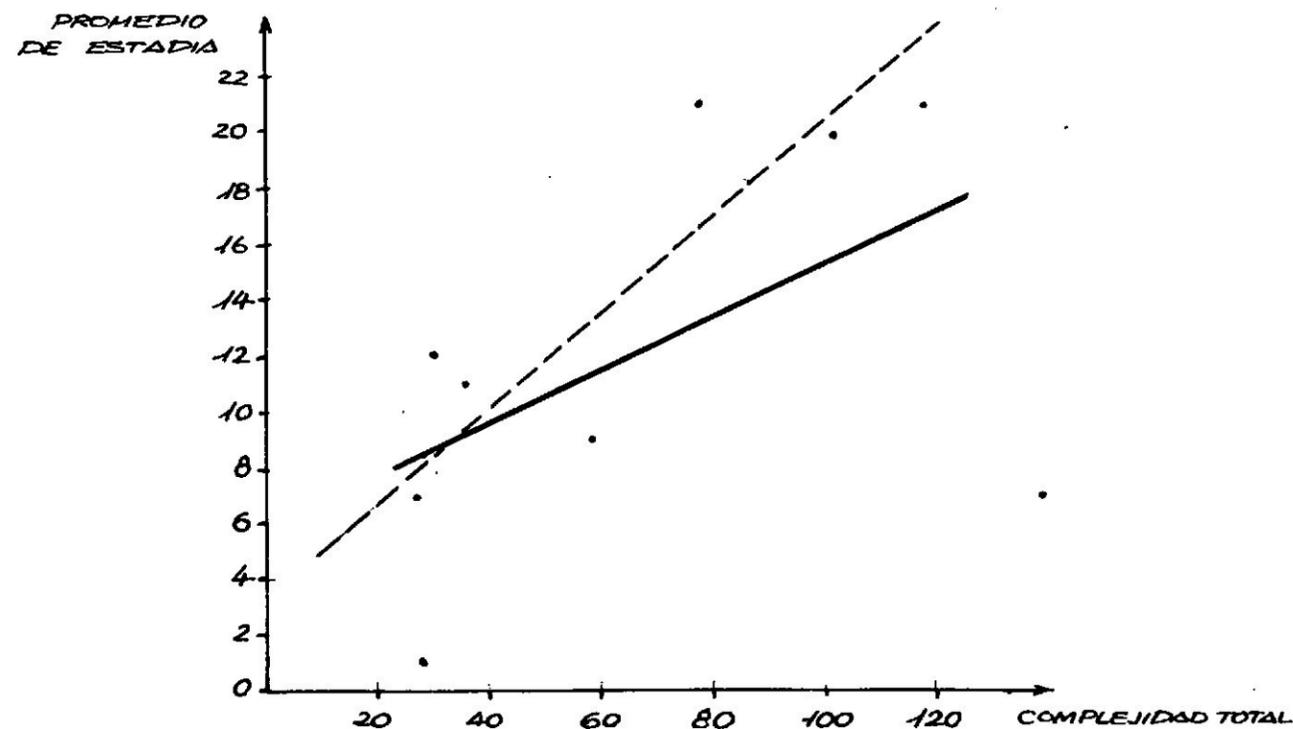


AJUSTE CON EXCLUSION DEL HOSPITAL DE GRAL. ROCA -----

ESTABLECIMIENTO	COMPLEJIDAD TOTAL	PROMEDIO DE ESTADIA
BARILOCHE	115	15
GENERAL ROCA	105	6
ALLEN	72	11
VIEDMA	65	22
CIPOLLETTI	61	11
VILLA REGINA	50	12
CHOELE - CHOEL	30	9
INGENIERO JACOBACCI	28	15
MAQUINCHAO	24	14

GRAFICO N° H_b - RECTA DE AJUSTE ENTRE EL NUMERO DE CAMAS Y EL PROMEDIO DE ESTADIA

(PROVINCIA DE RIO NEGRO - ARGENTINA 1962)

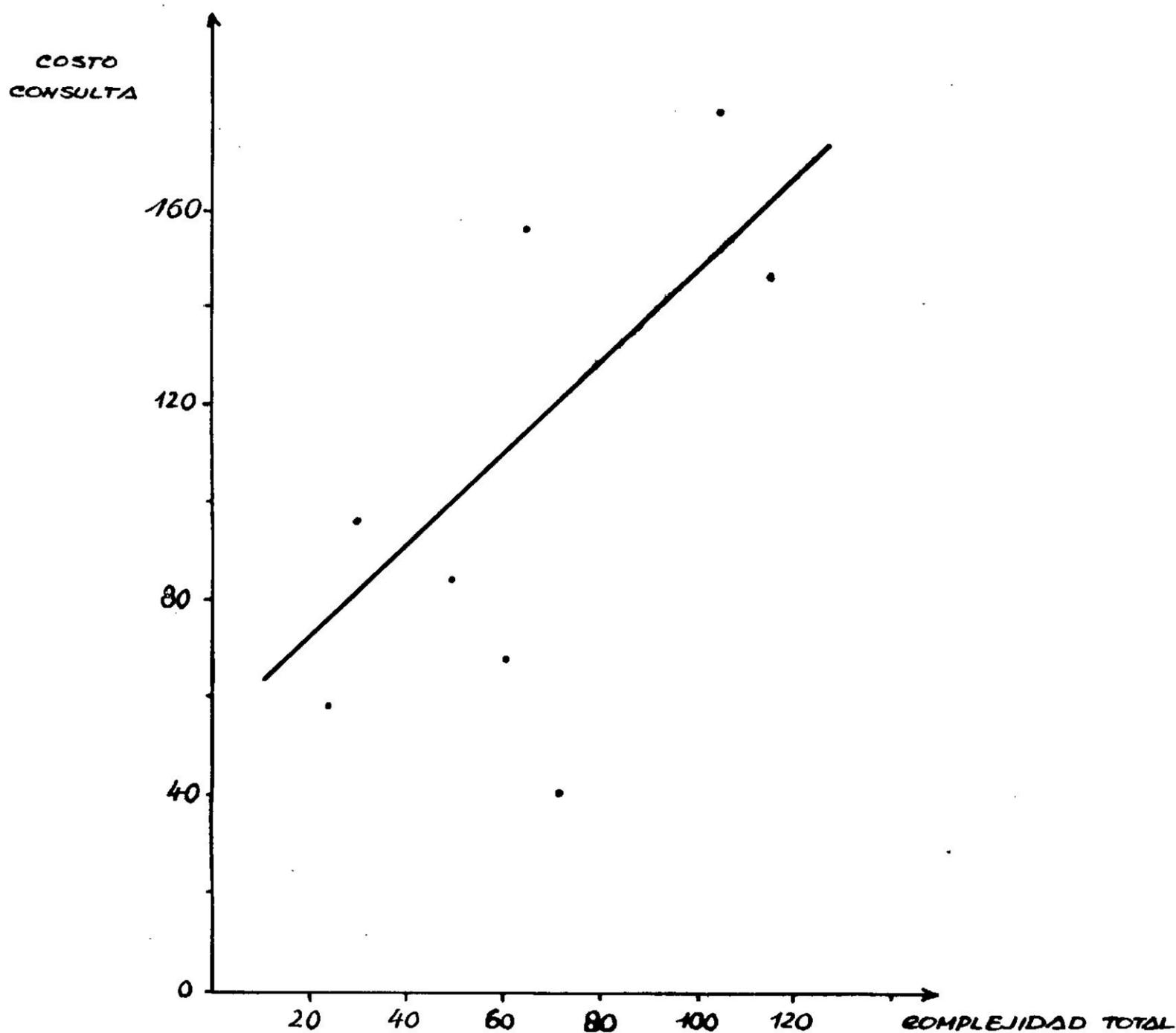


AJUSTE CON EXCLUSION DEL HOSPITAL DE GRAL. ROCA -----

ESTABLECIMIENTO	COMPLEJIDAD TOTAL	PROMEDIO DE ESTADIA
BARILOCHE	118	15
GENERAL ROCA	124	6
ALLEN	102	11
VIEDMA	78	22
CIPOLLETTI	36	11
VILLA REGINA	59	12
CHOELE - CHOEL	27	9
INGENIERO JACOBACCI	28	15
MAQUINCHAO	30	14

Salvo que se excluyan los establecimientos de Gral. Roca y Jacobacci, los ajustes logrados son decididamente pobres. Podría afirmarse que el resto del sistema tiene un comportamiento aproximadamente lineal -explicado por las rectas punteadas-, que en el caso del ajuste con complejidad total también comprende al hospital de Jacobacci.

GRAFICO N° 12 - RECTA DE AJUSTE ENTRE COMPLEJIDAD TOTAL Y COSTO DE LA CONSULTA.
 PROVINCIA DE RIO NEGRO, ARGENTINA 1962.



ESTABLECIMIENTO	COMPLEJIDAD TOTAL	COSTO DE LA CONSULTA
BARILOCHE	115	147.86
GENERAL ROCA	105	180.71
ALLEN	72	40.24
VIEDMA	65	156.94
CIPOLLETTI	61	68.31
VILLA REGINA	50	84.84
CHOELE-CHOEL	30	96.94
INGENIERO JACOBACCI	28	80.31
MAQUINCHAO	24	58.89

CON LA EXCLUSIÓN DEL HOSPITAL DE ALLEN LA APROXIMACIÓN SE ACERCA A LO ACEPTABLE.

Otra posibilidad que se desprende de la construcción de la norma implícita es la comparación de rendimientos de dos sistemas provinciales o regionales.

El Gráfico N° 13 muestra la relación entre los comportamientos de los egresos del año 1963 en las provincias de Río Negro y Mendoza.

Se ve que, para hospitales de idéntica complejidad, la graficación de las respectivas normas implícitas superpuestas señala que el rendimiento del sistema de Río Negro es menor.

Similares comparaciones podrían hacerse para los diversos tipos de costos, número de radiografías, número de análisis, etc.

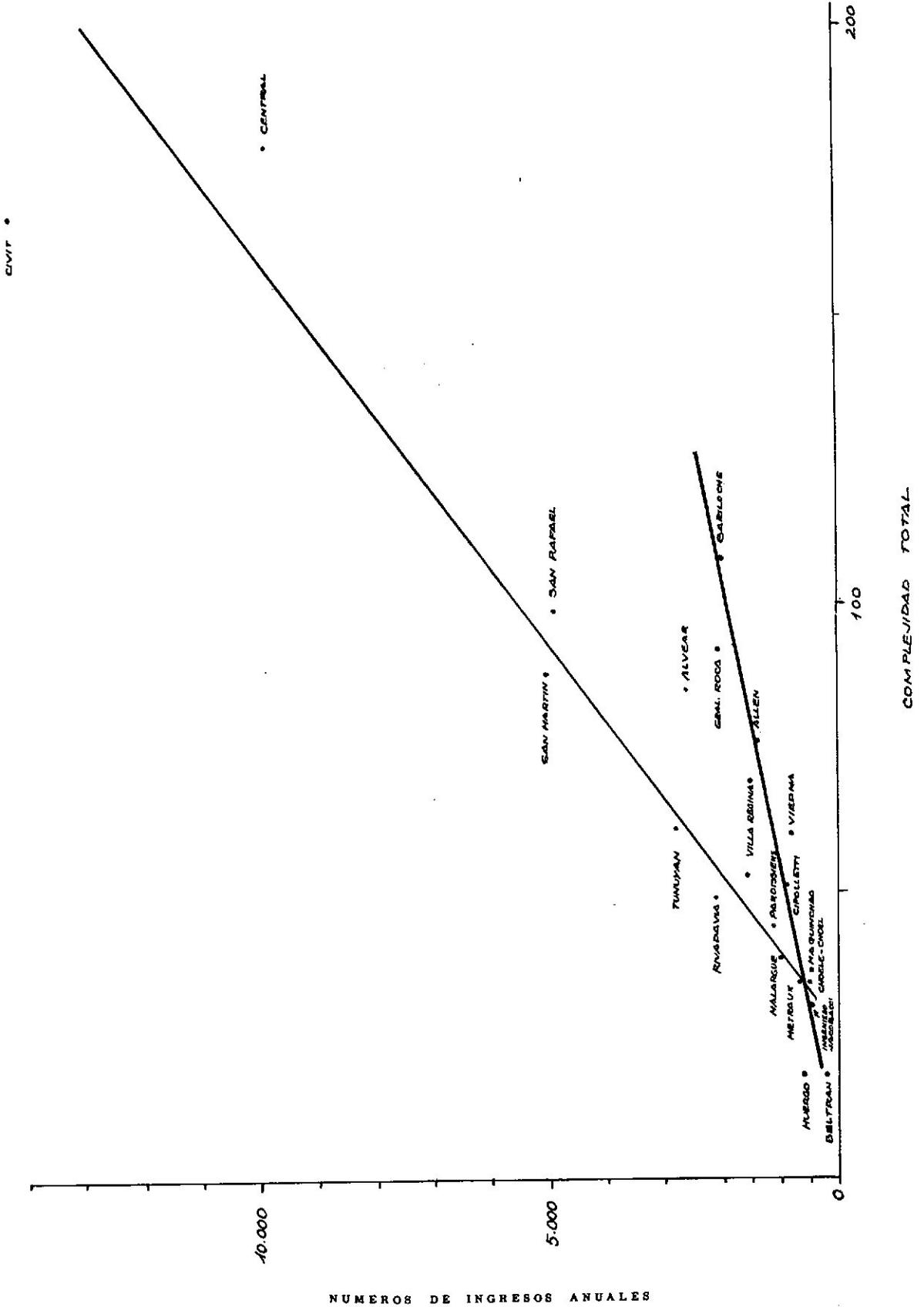
El conocimiento de la norma implícita resulta una condición prácticamente insustituible en las tareas de planificación. De hecho, en la etapa anterior a la formulación matemática de la norma implícita como la curva aproximante del gráfico que describe el proceso, la planificación pasa por la no siempre tácita aceptación de reglas descriptivas del comportamiento de los fenómenos del área de trabajo. Sin esta aceptación, no tendría prácticamente sentido la planificación, porque se estaría trabajando sobre un campo sobre el cual se desconoce el posible resultado de la aplicación de un conjunto de medidas.

El primer intento de explicitación de estas reglas fue el de ligar el comportamiento de la totalidad de los índices hospitalarios al número de camas. Como ya notáramos, un segundo paso fue utilizar la complejidad total y aún también, en casos particulares, la complejidad de los sectores finales. Tenemos plena conciencia de que estamos en un trabajo aproximativo. En realidad no existen demasiadas razones para suponer que se pueda arribar a la construcción de un único indicador respecto del cual todos los índices tengan un comportamiento simple y homogéneo. En esta etapa, en que la construcción de un indicador debe colocarse bajo la imposición de hacerlo con un sistema de recolección de datos no muy desarrollado, el avance es lento porque las posibilidades de verificación son pocas.

La construcción de la norma implícita usando la complejidad total como variable independiente llevará seguramente a modificaciones en los criterios de asignación de puntajes en la construcción de la última, que a su vez permitirán mejorar el modelo normativo.

Debe finalmente entenderse que la ubicación de la norma no tiene nada que ver con la formulación de juicios sobre la misma. Su valor reside en la posibilidad de describir y explicar el comportamiento de un sistema en un momento dado, con independencia de la bondad de la situación. La tarea del planificador es apoyarse en esa realidad e interpretar el cuerpo de medidas necesarias para transformarla.

GRAFICO Nº 13 . COMPARACION DE LAS NORMAS IMPLICITAS PARA LOS EGRESOS ANUALES DE LAS PROVINCIAS DE RIO NEGRO Y MENDOZA - REPUBLICA ARGENTINA. 1963 -



III. APENDICE

A - LINEAS DE INVESTIGACION

Contando con este nuevo indicador, podemos obtener una descripción del nivel de atención médica de gran cobertura, mediante el estudio comparativo de los sistemas provinciales y regionales.

Por otra parte, esta tarea nos servirá como prueba del modelo, poniendo de relieve la necesidad de ajuste del mismo (verificación y transformación de la escala, incorporación de nuevas actividades y ampliación de las ya existentes).

Desde ahí en adelante estamos ante la posibilidad de realizar una serie de investigaciones:

- a) Búsqueda de la relación interna óptima (relación entre la complejidad de diferentes servicios con la cual se maximicen los rendimientos).
- b) Búsqueda de la relación óptima entre establecimientos de un mismo sistema (elementos de juicio para la creación de nuevos hospitales y/o para el equipamiento de los ya existentes).
- c) Estudio de la relación entre los sistemas de asistencia médica y el medio económico-social en el que actúa.
- d) Preparación de un modelo de normas de derivación de pacientes, en diversos tipos de sistemas.
- e) Estudio de la evolución de los sistemas en un período de tiempo. Velocidad de cambio.
- f) Estudio de los factores de distorsión dentro de un sistema.
- g) Estudio de suficiencia de los sistemas. Umbral de autosuficiencia. Diferentes niveles de suficiencia.

B - RESUMEN

Se presenta un método que, por la medida de la complejidad hospitalaria, definida como el número de tareas diversificadas que integran la actividad global de un establecimiento y el grado de desarrollo alcanzado por las mismas, permite describir la estructura funcional de establecimientos sanitarios y de los sistemas regionales de que forman parte.

El comportamiento de un conjunto hospitalario resulta más regular si se lo explica según la complejidad de sus integrantes -indicador global- que si se lo hace por otros indicadores parciales usados habitualmente.

La graficación de los valores asignados a cada actividad cumplida en el establecimiento o "perfil de complejidad" permite una rápida visualización del nivel de atención médica y de infraestructura alcanzado, así como la consistencia o armonía que guardan entre sí los distintos tipos de actividad.

A través de estudios de correlación entre complejidad y gastos, costos, volumen de atenciones o rendimientos, los hospitales del sistema aparecen ordenados alrededor de una curva o "norma implícita", que describe el comportamiento espontáneo del conjunto.

La dispersión de los establecimientos respecto a esta "norma", da idea de la coherencia del sistema y aporta elementos de juicio para cualquier intento de racionalización, manteniéndonos en la convicción de que, con el mejoramiento de los sistemas de recolección de datos, la capacidad descriptiva del método particular de la "norma implícita" se enriquecerá rápidamente.

B - SUMMARY

We are presenting a method which describes hospital complexity, meaning by the term the number of diversified tasks integrating the whole hospital activity and the degree of development reached by them, and which allows depicting the functional framework of hospitals and the regional systems to which they belong.

The behaviour of a hospital complex is more stable if it is explained through the complexity of its intervening parts -a global indicator- than it is through the partial indicators that are customarily used. If the hospital activities are graphically expressed "Complexity Profiles", it allows a rapid visualization of the medical care and infrastructive level achieved, besides showing the consistency and harmony reached by the different activities.

Through correlation studies between complexity and expenses, costs, volume of activities and performances, the hospitals belonging to the system appear lined around a curve or "an implicit norm" that describes the spontaneous behaviour of the system.

The dispersal of hospitals around this "norm" gives an idea of the validity of the system and provides data for attempts at maximising efficiency.

We are firmly convinced that with improvements in the data collecting, the descriptive value of this particular method of "implicit norms" will be greatly enhanced.

B - RESUME

On présente une méthode qui, d'accord à la dimension de la complexité de l'hôpital, définie comme un nombre de tâches diversifiées qui intègrent l'activité globale d'un établissement et le degré de développement atteint par elles, permet de décrire la structure fonctionnelle des établissements sanitaires et des systèmes regionales dont elles font part.

La conduite d'ensemble d'un hôpital semble plus régulière si l'on explique en ce qui concerne la complexité de ceux qui l'intègrent -signal global- que si l'on le fait par d'autres signaux partiels, employés d'ordinaire.

La grafication des valeurs assignées à chaque activité accomplie à l'établissement ou "ligne de complexité" permet d'envisager rapidement le niveau de l'assistance médicale et de l'infrastructure atteint, de même que la consistance ou l'harmonie que gardent entr'eux les différents types d'activité.

A travers les études de corrélation entre la complexité, les frais, le prix et le volume de l'assistance ou les bénéfices, les hôpitaux du système se présentent alignés en ordre, tout autour d'une courbe ou "règle implicite" qui décrit la conduite spontanée de l'ensemble.

La dispersion des établissements en ce qui concerne cette règle donne une idée de la cohérence du système et apporte les éléments nécessaires à toute tentative de rationalisation, tout en conservant la conviction de que le perfectionnement des systèmes de compilation des renseignements, la capacité descriptive de cette méthode particulière de la "règle implicite", s'enrichira rapidement.

C - BIBLIOGRAFIA

J.J. Barrenechea, A.H. Chorny, J.E. Molinero, M.I. Plachner, L.H. Vera Ocampo :

"Método para la determinación de las funciones de producción de los establecimientos del Sector Salud". C.F.I., 1963. Buenos Aires, Argentina.

J.J. Barrenechea, A.H. Chorny, J.E. Molinero, M.I. Plachner, L.H. Vera Ocampo :

"Complejidad Hospitalaria, Perfiles, Relación con Costos y Rendimientos" (Comunicación previa). TERCERAS JORNADAS ARGENTINAS DE LA SALUD PUBLICA, 1965. Argentina.

J.J. Barrenechea, A.H. Chorny, J.E. Molinero, M.I. Plachner, L.H. Vera Ocampo :

"Informe sobre costos y perfiles de complejidad de establecimientos asistenciales de la Provincia de Río Negro". C.F.I., 1965. Buenos Aires, Argentina.

F. J. Moroney :

"Hechos y Estadísticas". Eudeba, 1963.

IV. ANEXO

A - FORMULARIO PARA ESTIMACION DE COMPLEJIDAD

PERFILES DE COMPLEJIDAD HOSPITALARIA

ESTABLECIMIENTO N°

Nombre

Provincia

Departamento

Localidad

Dirección

Tipo:

General

Especializado

Con internación	<input type="radio"/>	Con internación	<input type="radio"/>
Agudos	<input type="radio"/>	Agudos	<input type="radio"/>
Crónicos	<input type="radio"/>	Crónicos	<input type="radio"/>
Sin internación	<input type="radio"/>	Sin internación	<input type="radio"/>
		Otros (especificar)	<input type="radio"/>

Número de camas disponibles (último año).....

Número de egresos anuales (último año).....

Número de pacientes-día anuales (último año).....

Número de consultas anuales (último año).....

Número de radiografías anuales (último año).....

Número de análisis anuales (último año).....

Número de partos anuales (último año).....

Número de médicos :

a) Rentados

b) Honorarios

IMPORTANTE: Antes de llenar el formulario, leer la totalidad del texto y las de finiciones adjuntas.

DEFINICIONES

ESPECIALISTA: Profesional dedicado a la especialidad, a la que atiende con exclusión de todo el resto de la patología (*).

CONSULTORIO EXTERNO INDIFERENCIADO: Funcionamiento regular de un consultorio con horas de atención asignadas, atendido por médico generalista.

CONSULTORIO EXTERNO DIFERENCIADO: Funcionamiento regular de un consultorio atendido por especialista, con horas de atención asignadas.

INTERNACION DIFERENCIADA: Existencia permanente de una sala o servicio destinado a cada una de las especialidades básicas (Clínica Médica, Clínica Quirúrgica, Clínica Obstétrica, Clínica Pediátrica), atendidas por especialistas.

PROGRAMA: Conjunto de actividades que tiende a lograr un objetivo específico, que se realiza según normas previstas, con personal debidamente adiestrado, que se evalúa en forma sistemática y que tiene fondos adjudicados específicamente.

TIPO DE SERVICIO: (centralizado, descentralizado, parcialmente centralizado).

Para ser calificado dentro de alguno de estos grupos, deben existir en el establecimiento sectores diferenciados a los cuales el sector pueda abastecer.

Por ejemplo: No menos de dos servicios quirúrgicos en el caso de Cirugía, Esterilización y Anestesiología, o una diferenciación mínima de dos o más servicios clínicos en el caso de archivo central de Estadística.

(*) Si se opera con otra definición, asignar los especialistas de acuerdo con ella, acompañando el texto de la misma.

SECTORES FINALES:

Marcar los sectores finales existentes en el establecimiento.

- | | |
|---|---|
| I. Consultorio Externo Médico | O |
| II. Consultorios de Clínica Médica | O |
| III. Consultorios de Clínica Quirúrgica | O |
| IV. Consultorios de Pediatría | O |
| V. Consultorios de Obstetricia | O |
| VI. Consultorios de Odontología | O |
| VII. Internación | O |
| VIII. Internación de Clínica Médica | O |
| IX. Internación de Clínica Quirúrgica | O |
| X. Internación de Pediatría | O |
| XI. Internación de Obstetricia | O |
| XII. Urgencia | O |
| XIII. Atención domiciliaria no urgencia | O |
| XIV. Medicina Preventiva y Sanitaria | O |
| XV. Docencia no Universitaria | O |
| XVI. Residencia | O |
| XVII. Cátedras Universitarias | O |
| XVIII. Investigación | O |

Esta parte de la encuesta debe ser contestada por el Director del Establecimiento con la colaboración de los Jefes de Servicio.

SECTORES FINALES



I. CONSULTORIO EXTERNO MEDICO: Funcionamiento regular de consultorio con horas de atención asignadas.

Marcar con una cruz el casillero que corresponda.

- 1. No tiene
- 2. Tiene
- 3. Personal a cargo del sector:
 - 3.1. Enfermero
 - 3.2. Médico visitante
(con periodicidad determinada, no ocasional)
 - 3.3. Médico permanente
(con residencia en la localidad)
- 4. Tipo de atención:
 - 4.1. Se realiza atención general
(médico generalista que atiende toda la patología)
 - 4.2. Se realiza atención diferenciada
(funcionamiento regular de consultorio atendido por especialista con horas de atención asignadas)
 - 4.2.1. Clínica Médica
 - 4.2.2. Clínica Quirúrgica
 - 4.2.3. Pediatría
 - 4.2.4. Obstetricia

II. CONSULTORIOS DE CLINICA MEDICA: Funcionamiento regular de un consultorio atendido por especialista, con horas de atención asignadas.

Marcar con una cruz el casillero correspondiente y agregar hoja aparte si fuera necesario.

1. Tiene
2. Cuenta además con las siguientes especialidades:
 - 2.1. Cardiología
 - 2.2. Endocrinología
 - 2.3. Dermatología
 - 2.4. Reumatología
 - 2.5. Alergia
 - 2.6. Neurología
 - 2.7. Nefrología
 - 2.8. Psiquiatría
 - 2.9. Otros (especificar)

III. CONSULTORIOS DE CLINICA QUIRURGICA: Funcionamiento regular de un consultorio atendido por especialista, con horas de atención asignadas.

Marcar con una cruz el casillero que corresponda y agregar hoja aparte si fuera necesario.

1. Tiene
2. Cuenta además con las siguientes especialidades:
 - 2.1. Ortopedia y Traumatología
 - 2.2. Oftalmología
 - 2.3. Otorrinolaringología
 - 2.4. Gastroenterología

- 2.5. Neurocirugía
- 2.6. Cirugía cardíaca
- 2.7. Ginecología
- 2.8. Cirugía torácica
- 2.9. Otras (especificar)

IV. CONSULTORIO DE PEDIATRIA : Funcionamiento regular de un consultorio atendido por especialista, con horas de atención asignadas.

Marcar el casillero que corresponda.

- 1. Tiene
- 2. Cuenta además con las siguientes especialidades :
 - 2.1. Recién nacidos
 - 2.2. Prematuros
 - 2.3. Neurología infantil
 - 2.4. Ortopedia infantil
 - 2.5. Psiquiatría infantil
 - 2.6. Otros (especificar)

V. CONSULTORIOS DE OBSTETRICIA : Funcionamiento regular de un consultorio atendido por especialista, con horas de atención asignadas :

Marcar con una cruz el casillero que corresponda y agregar hoja aparte si fuera necesario.

- 1. Tiene, atendido por partera
- 2. Tiene, atendido por tocólogo
- 3. Cuenta además con las siguientes especialidades :

- 3.1. Esterilidad
- 3.2. Patología mamaria
- 3.3. Patología cervical
- 3.4. Parto psicoprofiláctico
- 3.5. Otros (especificar)

VI. CONSULTORIOS DE ODONTOLOGIA: Funcionamiento regular de un consultorio con horas de atención asignadas.

Marcar con una cruz el casillero que corresponda.

- 1. No tiene
- 2. Personal a cargo del sector:
 - 2.1. Odontólogo visitante
(con periodicidad determinada)
 - 2.2. Odontólogo permanente
(con residencia en la localidad)
- 3. Cuenta además con las siguientes especialidades:
 - 3.1. Ortodoncia
 - 3.2. Ortopedia
 - 3.3. Endodoncia
 - 3.4. Cirugía maxilar
 - 3.5. Otras (especificar)

VII. INTERNACION

Marcar con una cruz el casillero correspondiente.

- 1. No tiene

- 2. Tiene ○
- 3. Personal a cargo del sector :
 - 3.1. Enfermero ○
 - 3.2. Médico visitante ○
(atención de periodicidad determinada,
no ocasional)
 - 3.3. Médico permanente ○
(con residencia en la localidad)
- 4. Tipo de atención :
 - 4.1. Se realiza internación general ○
(las camas se utilizan indistintamente pa-
ra todos los pacientes, cualquiera sea su
patología)
 - 4.2. Se realiza atención diferenciada
(existencia permanente de una sala o ser-
vicio destinado a cada una de las especiali-
dades básicas, atendidas por especialistas),
para :
 - 4.2.1. Clínica médica ○
 - 4.2.2. Clínica quirúrgica ○
 - 4.2.3. Pediatría ○
 - 4.2.4. Obstetricia ○

VIII. INTERNACION DE CLINICA MEDICA

Marcar con una cruz el casillero correspondiente. Agregar una hora apar-
te si fuera necesario.

- 1. Tiene ○
- 2. Cuentas además con las siguientes especialidades :
(Existencia permanente de un número de camas
asignadas a la especialidad, atendidas por espe-
cialistas)

- 2.1. Cardiología
- 2.2. Endocrinología
- 2.3. Dermatología
- 2.4. Reumatología
- 2.5. Alergia
- 2.6. Neurología
- 2.7. Nefrología
- 2.8. Psiquiatría
- 2.9. Otras (especificar)

IX. INTERNACION DE CLINICA QUIRURGICA

Marcar con una cruz el casillero que corresponda. Agregar hoja aparte si fuera necesario.

- 1. Tiene
- 2. Cuenta además con las siguientes especialidades :
(Existencia permanente de un número de camas asignadas a la especialidad, atendidas por especialistas).
 - 2.1. Ortopedia y Traumatología
 - 2.2. Oftalmología
 - 2.3. Otorrinolaringología
 - 2.4. Gastroenterología
 - 2.5. Ginecología
 - 2.6. Cirugía torácica
 - 2.7. Neurocirugía

- 2.8. Cirugía cardíaca
- 2.9. Otras (especificar)

X. INTERNACION DE PEDIATRIA

Marcar con una cruz el casillero correspondiente. Agregar hoja aparte si fuera necesario.

- 1. Tiene
- 2. Cuenta además con las siguientes especialidades :
(Existencia permanente de un número de camas asignadas a la especialidad, atendidas por especialistas).
 - 2.1. Recién nacidos
 - 2.2. Prematuros
 - 2.3. Neurología Infantil
 - 2.4. Ortopedia Infantil
 - 2.5. Psiquiatría Infantil
 - 2.6. Otras (especificar)

XI. INTERNACION DE OBSTETRICIA

Marcar con una cruz el casillero que corresponda. Agregar hoja aparte si fuera necesario.

- 1. Tiene, atendido por partera
- 2. Tiene, atendido por tocólogo
- 3. Cuenta además con las siguientes especialidades :
(Existencia permanente de un número de camas asignadas a la especialidad, atendidas por especialistas).

- 3.1. Patología mamaria
- 3.2. Patología cervical
- 3.3. Otras (especificar)

XII. URGENCIA: Atención en el establecimiento, durante las 24 horas, con personal asignado a la función.

Marcar con una cruz el casillero correspondiente. Agregar hoja aparte si fuera necesario.

- 1. No tiene
- 2. Está a cargo de enfermero
- 3. Guardia médica
- 4. Guardia de parteras
- 5. Equipo quirúrgico mínimo (Existencia permanente de personal y elementos necesarios para una intervención quirúrgica).
- 6. Cuenta además, en forma permanente, con las siguientes especialidades :
 - 6.1. Clínica médica
 - 6.2. Ortopedia y Traumatología
 - 6.3. Neurocirugía
 - 6.4. Toxicología
 - 6.5. Psiquiatría
 - 6.6. Pediatría
 - 6.7. Otras (especificar)
- 7. Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento (Existencia en el establecimiento, durante las 24 horas, de personal específicamente asignado a la atención de estos servicios).

- 7.1. Laboratorio
- 7.2. Radiología
- 7.3. Hemoterapia
- 7.4. Anestesiología
- 7.5. Otras (especificar)
- 8. Guardia pasiva :
 - 8.1. Guardia médica
 - 8.2. Guardia parteras
 - 8.3. Laboratorio
 - 8.4. Radiología
 - 8.5. Otras (especificar)

XIII. ATENCION DOMICILIARIA DE NO URGENCIA : La que se presta a aquellos pacientes que, por el tipo de su afección, no requieren hospitalización pero sí un control periódico. Debe considerarse sólo cuando se cumple como función regular del Establecimiento y no ocasionalmente.

Marcar con una cruz el casillero correspondiente. Agregar hoja aparte si fuera necesario.

- 1. No tiene
- 2. Atención de enfermería :
 - 2.1. Sin programa
 - 2.2. Con programa (Conjunto de actividades que tiende a lograr un objetivo específico, que se realiza según normas previstas, con personal debidamente adiestrado, que se evalúa en forma sistemática y que tiene fondos adjudicados específicamente)
- 3. Atención de obstetricia :

- 3.1. Sin programa
- 3.2. Con programa
(Conjunto de actividades que tiende...)
- 4. Atención Médica:
- 4.1. Sin programa
- 4.2. Con programa
(Conjunto de actividades que tiende...)
- 5. Otras atenciones (especificar)

XIV. MEDICINA PREVENTIVA Y SANITARIA : Con personal y local asignados específicamente a la función. Se incluyen Centro Materno Infantil y/o Dispensario de Lucha Antituberculosa y otros programas verticales, siempre que funcionen dentro del establecimiento o tengan alguna relación de dependencia funcional :

Marcar con una cruz el casillero que corresponda. Agregar hoja aparte si fuera necesario.

- 1. No tiene
- 2. Inmunizaciones (especificar tipo)
- 2.1. Sin programa
- 2.2. Con programa
(Conjunto de actividades que tiende...)
- 2.3. Dependencia del programa:
- 3. Saneamiento ambiental (especificar tarea)
- 3.1. Sin programa
- 3.2. Con programa
(Conjunto de actividades que tiende...)
- 3.3. Dependencia del programa:
- 4. Alimentación complementaria

- 4.1. Sin programa
- 4.2. Con programa
(Conjunto de actividades que tiene...)
- 4.3. Dependencia del programa:
- 5. Otros programas (especificar)

XV. DOCENCIA NO UNIVERSITARIA

Marcar con una cruz el casillero correspondiente.

- 1. Capacitación en servicio: Instrucción práctica o teórico-práctica que se da al personal del establecimiento en forma regular, con horarios e instructores asignados a la función.
 - 1.1. No tiene
 - 1.2. Tiene (especificar)
 - 1.2.1.
 - 1.2.2.
- 2. Escuela de Auxiliares de Enfermería: Requisito para el ingreso: primario completo:
 - 2.1. No tiene
 - 2.2. Tiene
 - 2.3. Estudios previos requeridos para la inscripción:
 - 2.4. Duración del curso:
 - 2.4.1. 1,350 horas (un año a tiempo completo)
 - 2.4.2. Menos de 1,350 horas
- 3. Escuela de Enfermería: Requisito para el ingreso: secundario completo.

- 3.1. No tiene
- 3.2. Tiene
- 3.3. Estudios previos requeridos para la inscripción:
- 3.4. Duración del curso:
- 3.4.1. 2.800 horas (3 años a tiempo completo)
- 3.4.2. Menos de 2.800 horas (marcar la pregunta 2.4.1.)
4. Escuela de Auxiliares Técnicos:
Especificar si hubiera más de una, agregar hoja aparte.
- 4.1. No tiene
- 4.2. Tiene
- 4.3. Estudios previos requeridos para la inscripción:
- 4.4. Duración del curso:
- 4.4.1. Un año y más (a tiempo completo)
- 4.4.2. De 6 a 11 meses (a tiempo completo)
- 4.4.3. Menos de 6 meses (a tiempo completo)

XVI. RESIDENCIA: Entrenamiento y capacitación teórico-práctica del médico graduado, bajo supervisión especializada, con duración mínima de dos años y según programa autorizado.

Marcar con una cruz el casillero que corresponda. Agregar hoja aparte si fuera necesario.

1. No tiene

2. Tiene en los siguientes servicios :

2.1. Clínica médica:

2.1.1. Residentes durante 12 horas diarias

2.1.2. Residentes durante 24 horas diarias

2.2. Clínica Quirúrgica :

2.2.1. Residentes durante 12 horas diarias

2.2.2. Residentes durante 24 horas diarias

2.3. Neurocirugía :

2.3.1. Residentes durante 12 horas diarias

2.3.2. Residentes durante 24 horas diarias

2.4. Cardiología :

2.4.1. Residentes durante 12 horas diarias

2.4.2. Residentes durante 24 horas diarias

2.5. Pediatría :

2.5.1. Residentes durante 12 horas diarias

2.5.2. Residentes durante 24 horas diarias

2.6. Ortopedia :

2.6.1. Residentes durante 12 horas diarias

2.6.2. Residentes durante 24 horas diarias

2.7. Otros (especificar)

XVII. CATEDRAS UNIVERSITARIAS O SALAS DE UNIDAD HOSPITALARIA :

Especificar todas las existentes. Agregar hoja aparte si fuera necesario.

1. No tiene

2. Tiene las siguientes cátedras o Salas de Unidad Hospitalaria :

Servicio	Cátedra o Sala de Unidad Hospitalaria	Universidad a la que pertenece
2.1.		
2.2.		
2.3.		
2.4.		

XVIII. INVESTIGACION : Especificar todas las que se realicen. Agregar hoja aparte si fuera necesario.

1. No tiene O
2. Investigaciones que se realizan :
 - 2.1. (denominación)
 - 2.1.1. Sin programa O
 - 2.1.2. Con programa O
 (Conjunto de actividades que tiende a lograr un objetivo específico, que se realiza según normas previstas, con personal debidamente adiestrado, que se evalúa en forma sistemática y que tiene fondos adjudicados específicamente)
 - 2.1.3. Entidad que financia el programa :
 - 2.2. (denominación)
 - 2.2.1. Sin programa O
 - 2.2.2. Con programa O
 (Conjunto de actividades que...)
 - 2.2.3. Entidad que financia el programa :

SECTORES INTERMEDIOS :

Marcar los sectores intermedios existentes en el establecimiento.

XIX. Cirugía	O
XX. Esterilización	O
XXI. Anestesiología	O
XXII. Farmacia	O
XXIII. Enfermería	O
XXIV. Rehabilitación	O
XXV. Radiología	O
XXVI. Laboratorio	O
XXVII. Hemoterapia	O
XXVIII. Servicio Social	O
XXIX. Anatomía Patológica	O
XXX. Endoscopías	O
XXXI. Electrodiagnóstico	O
XXXII. Cuidado intensivo	O
XXXIII. Sustancias radioactivas	O
XXXIV. Radioterapia	O
XXXV. Banco de tejidos	O

Esta parte de la encuesta deberá ser contestada por el Jefe del Servicio Inter-medio que corresponda, ya sea central o periférico.

SECTORES INTERMEDIOS

XIX. CIRUGIA : Funcionamiento regular de quirófano con personal de enfermería asignado.

- | | |
|--|---|
| 1. No tiene | O |
| 2. Personal a cargo del sector : | |
| 2.1. Médico generalista | O |
| 2.2. Cirujano general | O |
| 3. Cuenta con personal auxiliar especializado (instrumentadoras, etc.) | O |
| 4. Departamentalización de Quirófano (todos los quirófanos están bajo una única jefatura, que organiza los turnos de operación de los diferentes servicios). | O |
| 5. Cirugía General (equipo quirúrgico que realiza todo tipo de intervenciones). | |
| 5.1. Realiza intervenciones de rutina y/o de urgencia | O |
| 5.1.1. Hernias | O |
| 5.1.2. Apendicitis | O |
| 5.1.3. Várices | O |
| 5.1.4. Cesáreas | O |
| 5.1.5. Otras (especificar) | |
| 5.2. El equipo de cirugía general realiza otras intervenciones de cirugía mayor | O |
| 5.2.1. Colectectomía | O |
| 5.2.2. Gastrectomía | O |

- 5.2.3. Histerectomía O
- 5.2.4. Enteroanastomosis O
- 5.2.5. Otras (especificar)

6. Cirugía Especializada
(equipo quirúrgico que realiza sólo las intervenciones de la especialidad que le compete)

Especialidad Quirúrgica	Operación más importante realizada regularmente por el equipo especializado
6.1. Cardíaca
6.2. Neurocirugía
6.3. Mano
6.4. Cuello
6.5. Ginecología
6.6. Urología
6.7. Ortopedia
6.8. Tórax
6.9. Plástica
6.10. Gastroenterología
6.11. Proctología
6.12. Esófago
6.13. Otros (especificar)	

XX. ESTERILIZACION:

Marcar con una cruz el casillero que corresponda.

1. No tiene
2. Tipo de servicio :
 - 2.1. Descentralizado, cada servicio quirúrgico esteriliza su propio material
 - 2.2. Parcialmente centralizado (no abastecen a todo el establecimiento; esterilizan el material para un grupo de servicios quirúrgicos)
 - 2.3. Centralizado, Existencia de un sector de esterilización que abastezca a todos los servicios de cirugía, siempre que existan en el establecimiento más de uno de ellos.
3. Personal asignado :
 - 3.1. Tiene personal asignado pero no exclusivo del sector.
 - 3.2. Está a cargo de enfermera diplomada, que se ocupa exclusivamente del sector
4. Todo el personal depende técnica y administrativamente de un jefe, designado como tal, que supervisa las tareas y es responsable del sector
5. Controles que permiten verificar la efectividad de la esterilización :
 - 5.1. Pruebas de funcionamiento del aparato
 - 5.2. Pruebas bacteriológicas
6. Abastece satisfactoriamente a todos los ambientes quirúrgicos

XXI. ANESTESIOLOGIA : Funcionamiento regular de un servicio con personal asignado.

Marcar con una cruz el casillero que corresponda. Agregar hoja aparte si fuera necesario.

1. No tiene
2. Cuenta con personal auxiliar con capacitación específica en anestesiología
3. Médico anestesista
4. Todo el personal de Anestesiología depende técnica y administrativamente de un jefe, designado como tal, que supervisa las tareas y es responsable del sector
5. Tipo de servicio:
 - 5.1. Descentralizado
(cada servicio quirúrgico cuenta con su equipo de anestesistas propio)
 - 5.2. Parcialmente centralizado
(abastece sólo a un grupo de servicios quirúrgicos)
 - 5.3. Centralizado
(existencia de un sector que abastece a todos los servicios quirúrgicos)
6. Tipo de anestésicos que se realizan:
 - 6.1. En cirugía cardíaca
 - 6.2. En cirugía torácica
 - 6.3. En neurocirugía
 - 6.4. En cirugía del recién nacido
 - 6.5. Otros (especificar)

XXII. FARMACIA :

Marcar con una cruz el casillero que corresponda. Agregar hoja aparte si fuera necesario.

1. No tiene

- 2. Personal a cuyo cargo está el sector :
 - 2.1. Auxiliar sin capacitación específica
 - 2.2. Idóneo con capacitación específica
 - 2.3. Farmacéutico
- 3. Todo el personal depende técnica y administrativamente de un jefe, designado como tal, que supervisa las tareas y es responsable del sector
- 4. Depósito de medicamentos :
- 5. Preparaciones que se efectúan :
 - 5.1. De uso oral y/o externo
 - 5.2. De uso inyectable
 - 5.3. Otros (especificar)
- 6. Realiza regularmente titulación y control de drogas

XXIII. ENFERMERIA :

Marcar con una cruz el casillero que corresponda.

- 1. Número total de personas
- 2. Capacitación :
 - 2.1. Con título
 - 2.1.1. Número de enfermeras diplomadas.....
 - 2.1.2. Número de auxiliares de enfermería
 - 2.2. Número de personas sin título (empíricas).....
- 3. Diferenciación de tareas :
 - 3.1. Cumplen indistintamente tareas de enfermería y de mucama

- 3.2. Cumplen tareas exclusivamente de enfermería
- 4. Tiene departamento de enfermería
(Todo el personal de enfermería del establecimiento está bajo una jefatura única, que ejerce el control administrativo de ese personal, asigna el lugar de trabajo y supervisa las tareas)
- 5. Capacitación de la Jefa del Departamento de Enfermería :
 - 5.1. Auxiliar de enfermería
 - 5.2. Enfermera diplomada
 - 5.3. Enfermera diplomada con curso de supervisora
- 6. Existencia de Supervisora de Sala :
 - 6.1. Durante todos los turnos
 - 6.2. Durante algunos turnos

XXIV. REHABILITACION

- 1. No tiene
- 2. Tipo de personal con que cuenta :
 - 2.1. Personal sin capacitación específica
 - 2.2. Personal con capacitación específica :
 - 2.2.1. Kinesiólogo
 - 2.2.2. Laborterapista
 - 2.2.3. Terapia ocupacional
 - 2.2.4. Foniatra
 - 2.2.5. Psicólogo

- 2.2.6. Médico fisiatra
- 2.2.7. Médico Psiquiatra
- 2.2.8. Otros (especificar)
- 3. Tipo de tratamiento:
 - 3.1. Fisioterapia
 - 3.1.1. Reeducción (gimnasia, masajes)
 - 3.1.2. Calor (infrarrojos, onda corta, ondas ultrasónicas)
 - 3.1.3. Electroterapia (corriente galvánica y farádica, iontoforesis)
 - 3.2. Tratamiento de afásicos
 - 3.3. Tratamiento de disléxicos
 - 3.4. Laborterapia
 - 3.5. Terapia ocupacional
 - 3.6. Otras (especificar)

XXV. RADIOLOGIA : Funcionamiento regular, en el establecimiento, de un Servicio, con local, equipos asignados a la función.

Marcar con una cruz el casillero que corresponda. Agregar hoja aparte si fuera necesario.

- 1. No tiene
- 2. Tiene
- 3. Cuenta con personal auxiliar con capacitación específica en Radiología
- 4. Cuenta con médico radiólogo
- 5. Todo el personal depende técnica y administra

tivamente de un jefe, designado como tal, que supervisa las tareas y es responsable del sector

6. Tipo de exámenes que se realizan :
- 6.1. Radioscopías
 - 6.2. Seriografías
 - 6.3. Tomografías
 - 6.4. Cinematorradiografías
 - 6.5. Radioscopías con circuito cerrado
 - 6.6. Otros (especificar)
7. Control de radiaciones en el personal
8. Blindaje
9. Servicios periféricos
(anexos a Salas o Consultorios con local y personal asignados, donde se lleva a cabo algún tipo de examen que no se realiza habitualmente en el Servicio Central)

Servicio al que está anexado	Tipo de examen que realiza habitualmente
9.1.	
9.2	
9.3	

XXVI. LABORATORIO: Funcionamiento regular, en el establecimiento, de un servicio con local, equipo y personal asignado a la función.

Marcar con una cruz el casillero que corresponda.

1. No tiene

- | | | | |
|--|--|---------------------|------------------|
| 2. Tiene | | | O |
| 3. Cuenta con personal auxiliar con capacitación específica en Laboratorio | | | O |
| 4. Cuenta con Bioquímico | | | O |
| 5. Todo el personal depende técnica y administrativamente de un jefe, designado como tal, que supervisa las tareas y es responsable del sector | | | O |
| 6. Enumerar los tipos de análisis que se realizan regularmente: | | | |
| 6.1. Técnica de rutina | | | O |
| 6.1.1. Recuento y fórmula | | | O |
| 6.1.2. Sedimento orina | | | O |
| 6.1.3. Glucemia | | | O |
| 6.1.4. Uremia | | | O |
| 6.1.5. Prueba de floculación (Hanger, etc.) | | | O |
| 6.2. Técnicas especiales | | | O |
| 6.2.1. Electroforesis | | | O |
| 6.2.2. Cultivos | | | O |
| 6.2.3. Dosaje de transaminasa | | | O |
| 6.3. Otros (especificar) | | | |
| 7. Especialidades existentes
(con personal asignado que realice exclusivamente los exámenes de la especialidad que le compete) | | | |
| | | A cargo Profesional | A cargo Auxiliar |
| 7.1. Bacteriología | | O | O |

- | | | |
|---------------------------------|-----------------------|-----------------------|
| 7.2. Inmunología | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7.3. Hematología | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7.4. Hormonas | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7.5. Enzimología | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7.6. Gasometría | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7.7. Micología | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7.8. Parasitología | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7.9. Nefrología y medio interno | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7.10. Otros (especificar) | | |

8. Servicios periféricos
(anexos a salas o consultorios, con local y personal asignados, donde se lleva a cabo algún tipo de examen que no se realice habitualmente en el servicio central)

Servicios al que está anexo	Tipo de examen que realiza habitualmente
--------------------------------	---

8.1.

8.2.

8.3

8.4

XXVII. HEMOTERAPIA : Funcionamiento regular de un servicio con personal, equipos y local asignados a la función.

Marcar con una cruz el casillero que corresponda.

- | | |
|--|-----------------------|
| 1. No tiene | <input type="radio"/> |
| 2. Cuenta con personal auxiliar con capacitación específica en hemoterapia | <input type="radio"/> |

- 3. Cuenta con médico hemoterapeuta o bioquímico
- 4. Todo el personal depende técnica y administrativamente de un jefe, designado como tal, que supervisa las tareas y es responsable del sector
- 5. Las transfusiones son realizadas por personal del sector
- 6. Preparaciones que se efectúan en el sector :
 - 6.1. Preparación de plasma común
 - 6.2. Preparación de plasma liofilizado
 - 6.3. Fraccionamiento rojos
 - 6.4. Fraccionamiento plaquetas
 - 6.5. Otros (especificar)
- 7. Técnicas especiales de transfusión :
 - 7.1. Exanguinotransfusión
 - 7.2. Otras (especificar)

XXVIII. SERVICIO SOCIAL : Funcionamiento regular de un servicio con personal y local asignados a la función.

Marcar con una cruz el casillero que corresponda.

- 1. No tiene
- 2. Personal a cargo del sector :
 - 2.1. Personal no especializado
 - 2.2. Trabajadores sociales o visitadoras o asistentes
- 3. Todo el personal depende técnica y administrativamente de un jefe, designado como tal, que supervisa las tareas y es responsable del sector

4. Tareas que realiza :
- 4.1. Gestiones administrativas relacionadas con los pacientes
 - 4.2. Encuesta domiciliaria
 - 4.3. Otras (especificar)

XXIX. ANATOMIA PATOLOGICA : Funcionamiento regular, en el establecimiento, de un servicio con local, equipos y personal asignados a la función.

Marcar con una cruz el casillero que corresponda.

- 1. No tiene
- 2. Cuenta con personal auxiliar con capacitación específica (preparadores, etc.)
- 3. Cuenta con médico anatómo-patólogo
- 4. Todo el personal depende técnica y administrativamente de un jefe, designado como tal, que su pervisa las tareas y es responsable del sector
- 5. Enumerar los tipos de exámenes que se realicen regularmente :
 - 5.1. Técnicas de rutina
 - 5.1.1. Inclusión en parafina
 - 5.1.2. Corte por congelación
 - 5.1.3. Coloración con hematoxilina-eosina
 - 5.1.4. Técnica Mac Manus (P.A.S.)
 - 5.1.5. Técnicas de Sudán III y IV y Sudán Black
 - 5.1.6. Reticulina (Técnica de del Río Ortega)

- 5.1.7. Tricromicros O
- 5.1.8. Coloración de Graam (Bacterias) O
- 5.1.9. P.A.S. en fondo verde luz O
- 5.1.10. Gridley O
- 5.1.11. Papanicolau O
- 5.1.12. Otras (especificar)
- 5.2. Técnicas especiales: O
 - 5.2.1. Técnicas de Histoquímica (con exclusión del P.A.S. y Sudán) O
 - 5.2.2. Técnicas de Enzimología O
 - 5.2.3. Técnicas de impregnación argéntica (con exclusión de Reticulina) O
 - 5.2.4. Otras (especificar)
- 6. Microscopía electrónica O
- 7. Especialidades existentes (con personal asignado que realiza exclusivamente los exámenes de la especialidad que le compete) O
 - 7.1 Huesos O
 - 7.2. Sistema nervioso O
 - 7.3. Citología O
 - 7.4. Riñón O
 - 7.5. Genética O
 - 7.6. Otras (especificar)
- 8. Servicios periféricos (anexos a sala o consultorios, con local y personal asignados, donde se llevan a cabo algún tipo de examen que no se realice habitualmente en el Servicio Central) O

Servicio al
que está anexo

Tipo de examen que se
realiza habitualmente

8.1.

8.2.

XXX. ENDOSCOPIAS (realizadas habitualmente, no en forma ocasional)

- 1. No tiene
- 2. tipo de endoscopías :
 - 2.1. Gistoscopías
 - 2.2. Esofagoscopías
 - 2.3. Broncoscopías
 - 2.4. Rectoscopías
 - 2.5. Otras (especificar)

XXXI. ELECTRODIAGNOSTICO:

- 1. No tiene
- 2. Tipo de electrodiagnóstico :
 - 2.1. Electroencefalograma
 - 2.2. Electrocardiograma
 - 2.3. Electromiodiagnóstico
 - 2.4. Fonocardiograma
 - 2.5. Otros (especificar)

XXXII. CUIDADO INTENSIVO:

1. No tiene O
2. Tiene O
3. Capacitación del personal de enfermería :
 - 3.1. Con capacitación específica para la atención del sector (número)
 - 3.2. Sin capacitación específica para la atención del sector (número).....
4. Existencia en el sector de médicos dedicados a cuidado intensivo:
 - 4.1. Durante las 24 horas O
 - 4.2. Durante menos de 24 horas O
5. Existencia de otros especialistas dedicados a Cuidado Intensivo :
 - 5.1. Endoscopista O
 - 5.2. Anestesiólogo O
 - 5.3. Bacteriólogo O
 - 5.4. Bioquímico O
 - 5.5. Cardiólogo O
 - 5.6. Otros (especificar)
6. Personal de mantenimiento :
 - 6.1. Personal de mantenimiento no exclusivo del sector O
 - 6.2. Personal de mantenimiento asignado al sector durante 24 horas O
7. Número de camas de la unidad
8. Control :

- 8.1. El control del enfermo se realiza en forma permanente
- 8.2. El control del enfermo se realiza con periodicidad determinada
- 8.3. El control del enfermo se realiza en forma eventual
9. Tipo de patología que se atiende :
- 9.1. Insuficiencia aguda renal
- 9.2. Insuficiencia respiratoria
- 9.3. Postoperatorio
- 9.4. Desequilibrio metabólico
- 9.5. Desequilibrio humoral
- 9.6. Insuficiencia cardíaca
- 9.7. Otros (especificar)
10. Aparatos :
- 10.1. Aspiradores
- 10.2. Aparatos de respiración artificial
- 10.3. Riñón artificial
- 10.4. Desfibrilador
- 10.5. Aparato de circulación extracorpórea
- 10.6. Otros (especificar)
11. Cuenta con servicios auxiliares que dependen técnicamente del Jefe de Cuidado Intensivo, y que funcionan durante 24 horas
- 11.1. Laboratorio
- 11.2. Radiología

- 11.3. Electrocardiograma
- 11.4
- 11.4. Quirófano
- 11.5. Otros (especificar)

XXXIII. SUSTANCIAS RADIOACTIVAS :

Marcar con una cruz el casillero que corresponda.

- 1. No tiene
- 2. Sustancias radioactivas para realizar diagnóstico:
 - 2.1. Yodo radioactivo
 - 2.2. Fósforo radioactivo
 - 2.3. Otros (especificar)
- 3. Equipos fijos instalados :
 - 3.1. Bomba de cobalto
 - 3.2. Bomba de cesio
 - 3.3. Otros (especificar)
- 4. Fuentes selladas de sustancias radioactivas :
 - 4.1. Radium
 - 4.2. Agujas de cobalto
 - 4.3. Soluciones radioactivas
 - 4.4. Coloides radioactivos
 - 4.5. Otros (especificar)
- 5. Investigación realizada sobre pacientes con sustancias radioactivas nuevas, todavía no experimentadas.

5.1. (Especificar tipo de sustancia)

5.2.

5.3.

XXXIV. RADIOTERAPIA :

Marcar con una cruz el casillero que corresponda.

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1. No tiene | O |
| 2. Tipo de radioterapia : | |
| 2.1. Roentgenterapia superficial | O |
| 2.2. Roentgenterapia profunda | O |
| 3. Blindaje | O |
| 4. Control de radiaciones en personal | O |

XXXV. BANCO DE TEJIDOS :

Marcar con una cruz el casillero que corresponda.

- | | |
|---|---|
| 1. No tiene | O |
| 2. Tipo de tejido : | |
| 2.1. Piel | O |
| 2.2. Huesos | O |
| 2.3. Córnea | O |
| 2.4. Otros (especificar) | |
| 3. Abastece sólo al establecimiento | O |
| 4. Abastece a otros establecimientos
(especificar a cuáles) | O |

SECTORES DE SERVICIOS GENERALES

Marcar los sectores de servicios generales existentes en el establecimiento.

- | | | |
|----------|--------------------|-----------------------|
| XXXVI. | Dirección | <input type="radio"/> |
| XXXVII. | Administración | <input type="radio"/> |
| XXXVIII. | Estadísticas | <input type="radio"/> |
| XXXIX. | Alimentación | <input type="radio"/> |
| XL. | Lavadero y ropería | <input type="radio"/> |
| XLI. | Mantenimiento | <input type="radio"/> |

Esta parte de la encuesta debe ser contestada por el Jefe del Servicio General correspondiente.

SECTORES DE SERVICIOS GENERALES

XXXVI. DIRECCION

Marcar con una cruz el casillero que corresponda.

1. Director :
 - 1.1. No especializado
 - 1.2. Especializado
(curso de no menos de 4 meses)
2. Secretario Técnico :
 - 2.1. No especializado
 - 2.2. Especializado
(curso de no menos de 4 meses)
3. Consejo Asesor (la Comunidad)
4. Consejo Técnico (Jefes de servicio)
5. Auditoría Médica

XXXVII. ADMINISTRACION

Marcar con una cruz el casillero que corresponda.

1. No tiene
2. Tiene personal administrativo
3. Administrador :
 - 3.1. De carrera universitaria (Contador P_úblico, licenciado en administración)
 - 3.2. Con capacitación específica
(Curso de Administración de no menos de 300 horas)

- 4. Todo el personal depende técnica y administra_
 - tivamente de un jefe, designado comotal, que
 - supervisa las tareas y es responsable del sector

- 5. Tiene personal asignado exclusivamente a cada
 - una de las siguientes tareas :

 - 5.1. Economato
 - 5.2. Tesorería
 - 5.3. Contaduría
 - 5.4. Liquidaciones
 - 5.5. Adquisiciones
 - 5.6. Patrimonio
 - 5.7. Suministro
 - 5.8. Presupuesto
 - 5.9. Personal
 - 5.10. Costos
 - 5.11. Otros (especificar)

XXXVIII. ESTADISTICA :

Marcar con una cruz el casillero que corresponda.

- 1. Lleva algún registro, pero no tiene personal
 - asignado

- 2. Tiene local y personal asignado :
 - 2.1. Sin preparación específica
 - 2.2. Con preparación específica

- 3. Todo el personal que realiza trabajo de estadís-
 - tica, incluyendo las secretarias de sala, depen-

de técnica y administrativamente de un jefe, designado como tal, que supervisa las tareas y es responsable del sector

- 4. Archivo Central con Historia Clínica única
- 5. Fichero Diagnóstico
- 6. Equipo mecanizado

XXXIX. ALIMENTACION

Marcar con una cruz el casillero que corresponda.

- 1. No tiene
- 2. Tiene instalaciones para la preparación de alimentos
- 3. Cuenta con dietistas
- 4. Cuenta con médico dietólogo
- 5. Todo el personal depende técnica y administra-
tivamente de un jefe, designado como tal, que
supervisa las tareas y es responsable del sector
- 6. Tiene personal asignado e instalaciones adecua-
das para preparar :
 - 6.1. Dieta normal
 - 6.2. Dietética
 - 6.3. Leche
 - 6.4. Otros (especificar)
- 7. Las dietistas realizan la supervisión sistemática
de las dietas en cada una de las salas
- 8. Control médico del personal de cocina efectuado
regularmente

XL. LAVADERO Y ROPERIA

Marcar con una cruz el casillero que corresponda.

- 1. No tiene
- 2. Mecanismo de funcionamiento :
 - 2.1. Manual (las funciones de lavado, secado y planchado se realizan en su totalidad en forma no mecanizada)
 - 2.2. Semimecanizado (una de las funciones nombradas se realiza, en su totalidad, en forma mecanizada)
 - 2.3. Mecanizado
- 3. Tiempo necesario para completar el procesamiento de una tanda de ropa, desde que se clasifica para su lavado hasta que pasa a ropería para reparación y almacenamiento o distribución :
 - 3.1. 3 horas o menos
 - 3.2. 3 a 4 horas
 - 3.3. 4 a 5 horas
 - 3.4. 5 a 7 horas
 - 3.5. 7 horas y más
- 4. Esterilización
- 5. Ropería :
 - 5.1. Repara ropa
 - 5.2. Confecciona ropa

XLI. MANTENIMIENTO

Marcar con una cruz el casillero que corresponda.

1. No tiene O
2. Tiene personal asignado O
3. Personal a cargo del sector :
 - 3.1. Técnico (egresado de Escuela Industrial) O
 - 3.2. Profesional universitario O
4. Todo el personal depende técnica y administrativamente de un jefe, designado como tal, que supervisa las tareas y es responsable del sector O
5. Tiene personal asignado específicamente a las siguientes tareas :
 - 5.1. Obra civil O
 - 5.2. Obra sanitaria O
 - 5.3. Electromecánica O
 - 5.4. Termomecánica O
 - 5.5. Transporte O
 - 5.6. Electromedicina O
6. Cuenta con talleres en alguna de las secciones nombradas (especificar)
 - 6.1.
 - 6.2.
7. Forma en que se realiza el mantenimiento:
 - 7.1. Correctiva O
 - 7.2. Preventiva O

REGLAS DE ASIGNACION DE PUNTAJE

B - REGLAS DE ASIGNACION DE PUNTAJE

I. CONSULTORIO EXTERNO MEDICO

1. No tiene	0
2. Tiene	1
3. Personal a cargo del sector :	
3.1. Enfermero	Verificación
3.2. Médico visitante	1] No
3.3. Médico permanente	2] sumable
4. Tipo de atención:	
4.1. Se realiza atención general	Verificación
4.2. Se realiza atención diferenciada :	
4.2.1. Clínica médica	Verificación
4.2.2. Clínica quirúrgica	Verificación
4.2.3. Pediatría	Verificación
4.2.4. Obstetricia	Verificación

II. CONSULTORIOS DE CLINICA MEDICA

1. Tiene	3
2. Cuenta además con especialidades	Agregar 2 puntos por cada especialidad

III. CONSULTORIOS DE CLINICA QUIRURGICA

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1. Tiene | 3 |
| 2. Cuenta además con especialidades | Agregar 2 puntos por cada especialidad |

IV. CONSULTORIOS DE PEDIATRIA

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1. Tiene | 3 |
| 2. Cuenta además con especialidades | Agregar 2 puntos por cada especialidad |

V. CONSULTORIOS DE OBSTETRICIA

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1. Tiene, atendido por partera | 2 } No
3 } sumable |
| 2. Tiene, atendido por tocólogo | |
| 3. Cuenta además con especialidades | Agregar 2 puntos por cada especialidad |

VI. CONSULTORIOS DE ODONTOLOGIA

- | | |
|----------------------------------|---|
| 1. No tiene | 0 |
| 2. Personal a cargo del sector : | |

2.1. Odontólogo visitante	2] No 3] sumable
2.2. Odontólogo permanente	
3. Cuenta además con especialidades	Agregar 2 puntos por cada especialidad

VII. INTERNACION

1. No tiene	0
2. Tiene	1
3. Personal a cargo del sector :	
3.1. Enfermero	Verificación
3.2. Médico visitante	Verificación
3.3. Médico permanente	2
4. Tipo de atención :	
4.1. Se realiza internación general	Verificación
4.2. Se realiza atención diferenciada :	
4.2.1. Clínica médica	Verificación
4.2.2. Clínica quirúrgica	Verificación
4.2.3. Pediatría	Verificación
4.2.4. Obstetricia	Verificación

VIII. INTERNACION DE CLINICA MEDICA

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1. Tiene | 3 |
| 2. Cuenta además con especialidades | Agregar 2 puntos por cada especialidad |

IX. INTERNACION DE CLINICA QUIRURGICA

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1. Tiene | 3 |
| 2. Cuenta además con especialidades | Agregar 2 puntos por cada especialidad |

XI. INTERNACION DE PEDIATRIA

- | | |
|-------------------------------------|--|
| 1. Tiene | 3 |
| 2. Cuenta además con especialidades | Agregar 2 puntos por cada especialidad |

XI. INTERNACION DE OBSTETRICIA

- | | |
|---------------------------------|--------|
| 1. Tiene, atendida por partera | 2] No |
| 2. Tiene, atendida por tocólogo | |

3. Cuenta además con especialidades

Agregar 2 puntos por cada especialidad

XII. URGENCIA

1. No tiene

0

2. Está a cargo de enfermero

Verificación

3. Guardia médica

3

4. Guardia de parteras

2

5. Equipo quirúrgico mínimo

3

6. Cuenta además en forma permanente con especialidades

Agregar 2 puntos por cada especialidad

7. Servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento

Agregar 2 puntos por cada servicio

8. Guardia pasiva:

8.1.

Verificación

8.2.

Verificación

8.3.

Verificación

8.4.

Verificación

8.5.

Verificación

XIII. ATENCION DOMICILIARIA DE NO URGENCIA

1. No tiene	0
2. Atención de enfermería :	
2.1. Sin programa	1
2.2. Con programa	2
3. Atención de Obstetricia	
3.1. Sin programa	1
3.2. Con programa	3
4. Atención médica :	
4.1. Sin programa	1
4.2. Con programa	3
5. Otras atenciones (especificar)	

XIV. MEDICINA PREVENTIVA Y SANITARIA

1. No tiene	0
2. Inmunizaciones :	
2.1. Sin programa	1
2.2. Con programa	2
2.3. Dependencia del programa	Verificación
3. Saneamiento ambiental :	

3.1. Sin programa	1
3.2. Con programa	2
3.3. Dependencia del programa :	Verificación
4. Alimentación complementaria :	
4.1. Sin programa	1
4.2. Con programa	2
4.3. Dependencia del programa	Verificación
5. Otros programas (especificar)	

XV. DOCENCIA NO UNIVERSITARIA

1. Capacitación en servicio :	
1.1. No tiene	0
1.2. Tiene (especificar)	
1.2.1.	1
1.2.2.	1
2. Escuela de auxiliares de enfermería :	
2.1. No tiene	0
2.2. Tiene	Verificación
2.3. Estudios previos requeridos para la inscripción :	Verificación
2.4. Duración del curso :	
2.4.1. 1,350 horas (un año a tiempo completo)	4
2.4.2. menos de 1,350 horas	1

3. Escuela de enfermería :	
3.1. No tiene	0
3.2. Tiene	Verificación
3.3. Estudios previos requeridos para la inscripción :	Verificación
3.4. Duración del curso :	
3.4.1. 2,800 horas (3 años a tiempo completo)	6
3.4.2. menos de 2,800 horas (marcar la pregunta 2.4.1.)	
4. Escuela de auxiliares técnicos :	
4.1. No tiene	0
4.2. Tiene	Verificación
4.3. Estudios previos requeridos para la inscripción	Verificación
4.4. Duración del curso :	
4.4.1. 1 año y más (a tiempo completo)	4
4.4.2. 6 a 11 meses (a tiempo completo)	3
4.4.3. menos de 6 meses (a tiempo completo)	2

XVI. RESIDENCIA

1. No tiene	0
2. Tiene en los siguientes servicios :	
2.1.	

2.1.1. Residentes durante 12 horas diarias	3
2.1.2. Residentes durante 24 horas diarias	5

XVII. CATEDRAS UNIVERSITARIAS O SALAS DE UNIDAD HOSPITALARIA

1. No tiene	0
2. Tiene las siguientes cátedras o salas de <u>Un</u> <u>idad Hospitalaria</u> :	Agregar 3 pun tos por cada cátedra o sala de Unidad Hos pitalaria
2.1.	
2.2.	
2.3.	
2.4.	

XVIII. INVESTIGACION

1. No tiene	0
2. Investigaciones que se realizan :	
2.1. (denominación)	
2.1.1. Sin programa	Verificación
2.1.2. Con programa	3
2.1.3. Entidad que financia el programa :	Verificación
2.2.	
2.3.	

SECTORES INTERMEDIOS

XIX. CIRUGIA

1. No tiene	0
2. Personal a cargo del sector :	
2.1. Médico generalista	1
2.2. Cirujano general	2
	} No sumable
3. Cuenta con personal auxiliar especializado	1
4. Departamentalización de quirófano	2
5. CIRUGIA GENERAL	
5.1. Realiza intervenciones de rutina y/o urgencia: 1	
5.1.1.	Verificación
5.1.2.	Verificación
5.1.3.	Verificación
5.1.4.	Verificación
5.1.5.	Verificación
5.2. Intervenciones de cirugía mayor :	2
5.2.1.	Verificación
5.2.2.	Verificación
5.2.3.	Verificación
5.2.4.	Verificación
5.2.5.	Verificación
6. CIRUGIA ESPECIALIZADA	



6.1. Cardíaca	5
6.2. Neurocirugía	4
6.3. Mano	3
6.4. Cuello	3
6.5.	Agregar 3 puntos por cada uno de los siguientes equipos de cirugía especializada.
6.6.	
6.7.	
6.8.	
6.9.	
6.10.	
6.11.	
6.12.	
6.13.	

XX. ESTERILIZACION

1. No tiene	0
2. Tipo de servicios :	
2.1. Descentralizado	Verificación
2.2. Parcialmente centralizado	Verificación
2.3. Centralizado	2
3. Personal asignado :	
3.1. Personal asignado pero no exclusivo del sector	1
3.2. Está a cargo de enfermera diplomada que se ocupa exclusivamente del sector	2
	} No sumable

4. Todo el personal depende técnica y administrativamente de un jefe, designado como tal, que supervisa las tareas y es responsable del sector	Verificación
5. Controles que permiten verificar la efectividad de la esterilización:	
5.1. Pruebas de funcionamiento del aparato	1
5.2. Pruebas bacteriológicas	2
6. Abastece satisfactoriamente a todos los ambientes quirúrgicos	Verificación

XXI. ANESTESIOLOGIA

1. No tiene	0
2. Cuenta con personal auxiliar con capacitación específica en anestesiología	1
3. Médico anestésista	2
4. Todo el personal de anestesiología depende técnica y administrativamente de un jefe designado como tal que supervisa las tareas y es responsable del sector	Verificación
5. Tipo de servicio:	
5.1. Descentralizado	Verificación
5.2. Parcialmente centralizado	Verificación
5.3. Centralizado	2
6. Tipos de anestesia que se realizan:	Agregar 2 puntos por cada tipo de anestesia
6.1.	
6.2.	
6.3.	
6.4.	

XXII. FARMACIA

1. No tiene	0
2. Personal a cuyo cargo está el sector :	
2.1. Auxiliar sin capacitación específica	Verificación
2.2. Idóneo con capacitación específica	1
2.3. Farmacéutico	2
	} No sumable
3. Todo el personal depende técnica y administrativamente de un jefe designado como tal que supervisa las tareas y es responsable del sector	2
4. Depósito de medicamentos	1
5. Preparaciones que se efectúan :	Agregar 1 punto por cada preparación que se efectúa
5.1.	
5.2.	
6. Realiza regularmente titulación y control de drogas	2

XXIII. ENFERMERIA

1. Número total de personas	Verificación
2. Capacitación :	
2.1. Con título	Verificación
2.1.1. Número de enfermeras diplomadas	Verificación
2.1.2. Número de auxiliares de enfermería	Verificación
Según porcentaje de personal capacitado (2.1.1. más 2.1.2.) sobre el total (1)	
0 - 4 %	Verificación
5 - 14 %	2

15	-	24 %	4
25	-	34 %	6
35	-	44 %	7
45	-	54 %	8
55	-	64 %	9
65	-	74 %	10
75	-	100 %	12
2.2. Número de personal sin título (empíricas)			Verificación
3. Diferenciación de tareas :			
3.1. Cumplen indistintamente tareas de enfermería y de mucamas			Verificación
3.2. Cumplen exclusivamente tareas de enfermería			2
4. Tiene Departamento de Enfermería			Verificación
5. Capacitación de lajefa del Departamento de Enfermería :			
5.1. Auxiliar de enfermería			1
5.2. Enfermera diplomada			4
5.3. Enfermera diplomada con curso de supervisora			6
6. Existencia de supervisoras de sala :			
6.1. Durante todos los turnos			2
6.2. Durante algunos turnos			Verificación

XXIV. REHABILITACION

1. No tiene	0
-------------	---

2. Tipo de personal con que cuenta :	
2.1. Personal sin capacitación específica	Verificación
2.2. Personal con capacitación específica	
2.2.1.	1 punto por cada especialidad
2.2.2.	
2.2.3.	
2.2.4.	
2.2.5.	
2.2.6.	2 puntos por cada especialidad
2.2.7.	
2.2.8.	
3. Tipo de tratamiento :	
3.1. Fisioterapia	
3.1.1. Reeducción	1
3.1.2. Calor	1
3.1.3. Electroterapia	1
3.2.	Agregar 2 puntos por cada tipo de tratamiento
3.3.	
3.4.	
3.5.	
3.6.	

XXV. RADIOLOGIA

1. No tiene	0
-------------	---

2. Tiene	1
3. Cuenta con personal auxiliar con capacitación específica en radiología	1
4. Cuenta con médico radiólogo	2
5. Todo el personal depende técnica y administrativamente de un jefe designado como tal, que supervisa las tareas y es responsable del sector	2
6. Tipos de exámenes que se realizan :	
6.1. Radioscopías	1
6.2. Seriografías	1
6.3. Tomografías	1
6.4. Cinematorradiografías	4
6.5. Radioscopías con circuito cerrado	2
7. Control de radiaciones en el personal	2
8. Blindaje	2
9. Servicios periféricos	
9.1.	Sólo se asigna puntaje cuando se efectúen exámenes que no se realizan en el servicio central
9.2.	
9.3.	

XXVI. LABORATORIO

1. No tiene	0
2. Tiene	1
3. Cuenta con personal auxiliar con capacitación específica en laboratorio	1

4. Cuenta con bioquímico	2
5. Todo el personal depende técnica y administrativamente de un jefe designado como tal, que <u>su</u> pervisa las tareas y es responsable del sector	2
6. Enumerar los tipos de análisis que se realizan regularmente	
6.1. Técnicas de rutina	1
6.1.1.	Verificación
6.1.2.	Verificación
6.1.3.	Verificación
6.1.4.	Verificación
6.1.5.	Verificación
6.2. Técnicas especiales	2
6.2.1.	Verificación
6.2.2.	Verificación
6.2.3.	Verificación
6.2.4.	Verificación
7. Especialidades existentes :	
7.1.	3 puntos por cada especialidad a cargo de profesionales y 1 punto cuando está a cargo de auxiliar
7.2.	
7.3.	
7.4.	
7.5.	
7.6.	
7.7.	

7.8.	
7.9.	
7.10.	
8. Servicios periféricos	
8.1.	Sólo se asigna
8.2.	puntaje cuando
...	se efectúan
	exámenes que
	no se realicen
	en el servicio
	central

XXVII. HEMOTERAPIA

1. No tiene	0
2. Cuenta con personal auxiliar con capacitación específica en hemoterapia	1
3. Cuenta con médico hemoterapeuta o bioquímico	2
4. Todo el personal depende técnica y administrativamente de un jefe designado como tal, que supervisa las tareas y es responsable del sector	2
5. Las transfusiones son realizadas por personal del sector	2
6. Preparaciones que se efectúan en el sector :	
6.1. Preparación de plasma común	1
6.2. Preparación de plasma liofilizado	2
6.3. Fraccionamiento rojos	1
6.4. Fraccionamiento plaquetas	2
7. Técnicas especiales de transfusión	
7.1. Exanguinotransfusión	2

XXVIII. SERVICIO SOCIAL

1. No tiene	0
2. Personal a cargo del sector :	
2.1. Personal no especializado	Verificación
2.2. Trabajadores sociales o visitantes o asistentes	1
3. Todo el personal depende técnica y administrativamente de un jefe designado como tal, que supervisa las tareas y es responsable del sector	2
4. Tareas que realiza :	Agregar 1 punto por cada tarea que realiza
4.1.	
4.2.	

XXIX. ANATOMIA PATOLOGICA

1. No tiene	0
2. Cuenta con personal auxiliar con capacitación específica (preparadores, etc.)	1
3. Cuenta con médico anatómico patólogo	2
4. Todo el personal depende técnica y administrativamente de un jefe designado como tal, que supervisa las tareas y es responsable del sector	2
5. Enumerar los tipos de exámenes que se realizan regularmente	
5.1. Técnicas de rutina	1
5.1.1.	Verificación
5.1.2.	Verificación
5.1.3.	Verificación

5.1.4.	Verificación
5.1.5.	Verificación
5.1.6.	Verificación
5.1.7.	Verificación
5.1.8.	Verificación
5.1.9.	Verificación
5.1.10.	Verificación
5.1.11.	Verificación
5.1.12.	Verificación
5.2. Técnicas especiales	2
5.2.1.	Verificación
5.2.2.	Verificación
5.2.3.	Verificación
5.2.4.	Verificación
6. Microscopía electrónica	5
7. Especialidades existentes	Agregar 3 puntos por cada especialidad existente
7.1.	
7.2.	
7.3.	
7.4.	
7.5.	
7.6.	
8. Servicios periféricos	
8.1.	Sólo se asigna

8.2.

...

puntaje cuando se efectúan exámenes que no se realicen en el servicio central

XXXI. ENDOSCOPIAS

1. No tiene

0

2. Tipos de endoscopías

Agregar 3 puntos por cada tipo de endoscopia

2.1.

2.2.

2.3.

2.4.

2.5.

XXXII. ELECTRODIAGNOSTICO

1. No tiene

0

2. Tipo de electrodiagnóstico:

2.1. Electroencefalograma

4

2.2. Electrocardiograma

Agregar 3 puntos por cada tipo de electrodiagnóstico

2.3. Electromiodiagnóstico

2.4.

2.5.

XXXIII. CUIDADO INTENSIVO

1. No tiene

0

2. Tiene	Verificación
3. Capacitación del personal de enfermería : 100 % del personal de enfermería capacitado	4
Menos del 100 % del personal de enfermería capacitado	Verificación
4. Existencia en el sector de médico dedicado a cuidado intensivo	
4.1. Durante las 24 horas	3
4.2. Durante menos de 24 horas	Verificación
5. Existencia de otros especialistas dedicados a cuidado intensivo	
5.1.	Agregar 2 puntos por cada especialista
5.2.	
5.3.	
5.4.	
5.5.	
5.6.	
6. Personal de Mantenimiento :	
6.1. Personal de mantenimiento no exclusivo del sector	Verificación
6.2. Personal de mantenimiento asignado al sector durante 24 horas	2
7. Número de camas de la unidad	Verificación
8. Control :	
8.1. El control del enfermo se realiza en forma permanente	6
8.2. El control del enfermo se realiza con periodicidad determinada	3

8.3. El control del enfermo se realiza en forma eventual	Verificación
9. Tipo de patología que se atiende :	
9.1.	Agregar 3 puntos por cada tipo de patología
9.2.	
9.3.	
9.4.	
9.5.	
9.6.	
9.7.	
10. Aparatos :	
10.1.	Verificación
10.2.	Verificación
10.3.	Verificación
10.4.	Verificación
10.5.	Verificación
10.6.	Verificación
11. Cuenta con servicios auxiliares que dependen técnicamente del jefe de Cuidado Intensivo y que funcionan durante 24 horas	
11.1.	Agregar 2 puntos por cada servicio
11.2.	

XXXIII. SUSTANCIAS RADIOACTIVAS

1. No tiene	0
-------------	---

2. Sustancias radioactivas para realizar diagnósticos	
2.1.	6 puntos por la 1ª sustancia utilizada; 2 puntos por c/u de las siguientes
2.2.	
2.3.	
3. Equipos fijos instalados	
3.1. Bomba de cobalto	7
3.2. Bomba de Cesio	7
4. Fuentes selladas de sustancias radioactivas :	
4.1.	7 puntos por la 1ª de las fuentes selladas y 3 puntos por c/u de las siguientes
4.2.	
4.3.	
4.4.	
4.5.	
5. Investigación realizada sobre pacientes con sustancias radioactivas nuevas, todavía no experimentadas	
5.1.	10 puntos por la 1ª sustancia y 4 puntos por cada nueva sustancia utilizada
5.2.	
...	

XXXIV. RADIOTERAPIA

1. No tiene	0
2. Tipo de radioterapia :	
2.1. Roentgenterapia superficial	3

2.2. Roentgenterapia profunda	3
3. Blindaje	2
4. Control de radiaciones en personal	2

XXXV. BANCO DE TEJIDOS

1. No tiene	0
2. Tipo de tejidos :	
2.1.	2
2.2.	2
2.3.	2
2.4.	2
3. Abastece sólo al establecimiento	Verificación
4. Abastece a otros establecimientos	Verificación

SECTORES DE SERVICIOS GENERALES

XXXVI. DIRECCION

1. Director	
1.1. No especializado	1
1.2. Especializado	2
2. Secretario Técnico	
2.1. No especializado	1
2.2. Especializado	2
3. Consejo Asesor	1

- | | |
|---------------------|---|
| 4. Consejo Técnico | 2 |
| 5. Auditoría médica | 3 |

XXXVII. ADMINISTRACION

- | | |
|--|--|
| 1. No tiene | 0 |
| 2. Tiene personal administrativo | 1 |
| 3. Administrador : | |
| 3.1. De carrera universitaria | 2 |
| 3.2. Con capacitación específica | 1 |
| 4. Todo el personal depende técnica y administrativa-
tivamente de un jefe designado como tal, que su
pervisa las tareas y es responsable del sector | 2 |
| 5. Tiene personal asignado exclusivamente a ca-
da una de las siguientes tareas : | |
| 5.1. | Agrega <u>r</u> 1 pun <u>t</u> o por cada ta <u>r</u> ea |
| 5.2. | |
| 5.3. | |
| 5.4. | |
| 5.5. | |
| 5.6. | |
| 5.7. | |
| 5.8. | |
| 5.9. | |
| 5.10. | |
| 5.11. | |

XXXVIII. ESTADISTICA

1. Lleva algún registro pero no tiene personal asignado	0
2. Tiene local y personal asignado :	
2.1. Sin preparación específica	1
2.2. Con preparación específica	2
3. Todo el personal que realiza trabajo de estadística, incluyendo las secretarías de sala, depende técnica y administrativamente de un jefe designado como tal, que supervisa las tareas y es responsable del sector	2
4. Archivo central con Historia Clínica única	4
5. Fichero diagnóstico	4
6. Equipo mecanizado	4

XXXIX. ALIMENTACION

1. No tiene	0
2. Tiene instalaciones para la preparación de alimentos	1
3. Cuenta con dietistas	1
4. Cuenta con médico dietólogo	2
5. Todo el personal depende técnica y administrativamente de un jefe designado como tal que supervisa las tareas y es responsable del sector	2
6. Tiene personal asignado e instalaciones adecuadas para preparar :	
6.1. Dieta normal	2
6.2. Dietética	2

6.3. Leche	2
7. Las dietistas realizan la supervisión sistemática de las dietas en cada una de las salas	2
8. Control médico del personal de cocina efectuado regularmente	2

XL. LAVADERO Y ROPERIA

1. No tiene	0
2. Mecanismo de funcionamiento :	
2.1. Manual	1
2.2. Semimecanizado	2
2.3. Mecanizado	3
3. Tiempo necesario para completar el procesamiento de una tanda de ropa :	
3.1. 3 horas o menos	4
3.2. 3 a 4 horas	3
3.3. 4 a 5 horas	2
3.4. 5 a 7 horas	1
3.5. 7 horas y más	Verificación
4. Esterilización	3
5. Ropería :	
5.1. Repara ropa	Verificación
5.2. Confecciona ropa	1

XLI. MANTENIMIENTO

1. No tiene	0
2. Tiene personal asignado	1
3. Personal a cargo del sector :	
3.1. Técnico	1
3.2. Profesional universitario	2
4. Todo el personal depende técnica y administrativamente de un jefe designado como tal, que supervisa las tareas y es responsable del sector	2
5. Tiene personal asignado específicamente a las siguientes tareas :	
5.1.	Agregar 1 punto por cada tarea
5.2. "	
5.3.	
5.4.	
5.5.	
5.6. Electromedicina	
6. Cuenta con talleres en alguna de las secciones nombradas (especificar)	
6.1.	1
6.2.	1
7. Forma en que realiza el mantenimiento :	
7.1. Correctiva	Verificación
7.2. Preventiva	2

INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

Tabla		Pág.
1	Complejidad Hospitalaria - Tabla Maestra Pcia. de Río Negro. Argentina, 1966	10
Gráfico		
1	Perfiles de complejidad. Pcia. de Río Negro. Argentina, 1966	8 y 9
2	Gradaciones del nivel de atención	14
3	Perfiles de los establecimientos del subsistema de la zona sur de la Pcia. de Río Negro. Argentina, 1966	16
4	Algunos sistemas provinciales según número de estableci- mientos por intervalos de complejidad-Umbral de autosufi- ciencia. Argentina, 1965	19
5	Recta de ajuste entre complejidad total y presupuesto ejecu- tado. Pcia. de Río Negro. Argentina, 1965	23
6A	Aproximación no lineal	24
6B	Aproximación lineal por tramos	24
7	Recta de ajuste entre número de camas y Presupuesto ejecu- tado. Pcia. de Río Negro. Argentina, 1965	25
8A	Recta de ajuste entre Complejidad Total y número de radio- grafías. Pcia. de Río Negro. Argentina, 1965	26
8B	Recta de ajuste entre Complejidad final y número de radio- grafías. Pcia. de Río Negro. Argentina, 1965	26
8C	Recta de ajuste entre número de camas y número de radio- grafías. Pcia. de Río Negro. Argentina, 1965	26
9A	Recta de ajuste entre Complejidad Total y número de egre- sos. Pcia. de Río Negro. Argentina, 1966	27
9B	Recta de ajuste entre número de camas y número de egre- sos. Pcia. de Río Negro. Argentina, 1966	27
10A	Recta de ajuste entre Complejidad Total y número de inter- venciones. Pcia. de Río Negro. Argentina, 1966	28
10B	Recta de ajuste entre número de camas y número de inter- venciones. Pcia. de Río Negro. Argentina, 1966	28
11A	Recta de ajuste entre Complejidad Total y promedio de es- tadía. Pcia. de Río Negro. Argentina, 1962	29
11B	Recta de ajuste entre número de camas y promedio de esta- día. Pcia. de Río Negro. Argentina, 1962	29
12	Recta de ajuste entre Complejidad final y costo de la consul- ta. Pcia. de Río Negro. Argentina, 1962	30
13	Comparación de las normas implícitas para los egresos anua- les de las provincias de Río Negro y Mendoza. Argentina, 1963	32