

**PROVINCIA DE CORRIENTES
CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES**

**PROGRAMA PROVINCIAL DE GESTIÓN DE LA CALIDAD EN LA ATENCIÓN
DE LA SALUD EN LA PROVINCIA DE CORRIENTES-
FASE II**

**INFORME FINAL-
FEBRERO 2010**

FUNDACION CAMAU

INDICE TEMÁTICO

Resumen Ejecutivo	3
Plan de Tareas	5
Objetivo 1 Ajustar la estructura organizacional a las necesidades del programa de calidad a nivel jerárquico, generando las condiciones adecuadas para la implementación de los cambios que generan valor.	5
Tarea 1 Tarea 1.2. Realizar reuniones quincenales con los directivos a fin de informarle los avances y dificultades del proceso, y recibir sugerencias desde sus roles.	5
Hospital Vidal	5
Hospital Juan Pablo II	7
Hospital Llano	8
Objetivo 2 Mejorar la gestión de procesos por medio del manejo eficiente de los flujos de trabajo encaminados a satisfacer las necesidades y expectativas del paciente	10
Tarea 2 Tarea 2.1. Actividades de apoyo a las tareas de implantación de los procesos (oportunidades de mejora detectadas en 2008)	10
Tarea 2.4. Fortalecimiento -con herramientas de calidad- a la actividad de vinculación de los CAPS en base a la experiencia hecha en el Hospital Juan Pablo II	19
Tarea 2.5. Elección de dos nuevos procesos	23
Objetivo 3	24
Tarea 3	24
Tarea 3.1. Implementar las mejoras identificadas en 2008 de la siguiente manera:	24
3.1.1. Hospital Llano	24
3.1.2. Hospital Vidal	41
3.1.3. Hospital Juan Pablo II	43

INFORME FINAL

RESUMEN EJECUTIVO

El presente documento contiene el Informe Final del “Programa Provincial de Gestión de la Calidad en la Atención de la Salud en la Provincia de Corrientes”.
Etapa II

Los objetivos específicos del proyecto fueron:

1. Ajustar la **estructura organizacional** a las necesidades del programa de calidad a nivel jerárquico, generando las condiciones adecuadas para la implementación de los cambios que generan valor.
2. Mejorar la **gestión de procesos** por medio del manejo eficiente de los flujos de trabajo encaminados a satisfacer las necesidades y expectativas del paciente.
3. Instalar el concepto de mejora continua apoyado en la mejor evidencia disponible, monitoreando los **resultados alcanzados**.

La metodología de trabajo utilizada ha sido el llamado Ciclo de Mejora:

- Detección de problemas
- Priorización de procesos clave o críticos
- Análisis de las causas
- Análisis de soluciones (oportunidades de mejora)
- Implantación de la mejora
- Inicio del cambio
- Reevaluación

Se trabajó en la implementación de las oportunidades de mejora de los procesos definidos y descritos en la Etapa I:

1) Hospital Llano: Admisión de Pacientes en Consultorios Externos y Estadísticas Hospitalarias.

2) Hospital Pediátrico Juan Pablo II: Admisión de Emergencias y Admisión de Laboratorio.

3) Hospital Vidal: Admisión de internación y Gestión de Estudios Extra Hospitalarios.

Además se incorporaron dos nuevos procesos, referencia y contrarreferencia en los 3 hospitales para mejorar la vinculación con los CAPS.

Los resultados obtenidos permiten señalar algunas conclusiones:

- Las mejoras repercuten en todo el sistema de salud: nivel central, hospitales y centros de atención primaria, proveedores, clientes internos y externos.
- El proyecto facilitó la implementación de mejoras en la gestión de pacientes, entendiendo al ciudadano como el destinatario de todos los esfuerzos de la calidad.
- La gestión basada en procesos permite mejorar la calidad de las subtarear que dan origen a o se derivan de las tareas principales.
- Los procesos de cambio organizacional son lentos y se ven influidos por factores endógenos y exógenos que los afectan.

Otros aprendizajes que vale la pena mencionar:

- Las acciones comunicacionales son fundamentales para legitimar los cambios y sensibilizar a la población.
- El liderazgo y autoridad son imprescindibles para implementar las oportunidades de mejora y sostenerlas en el tiempo.
- El compromiso y continuidad de los Comités de calidad contribuye a lograr adhesiones al programa.
- Operar sobre la base de una metodología simple y clara, accesible para no especialistas en gestión de calidad.
- Es muy importante contar con resultados visibles a corto plazo que entusiasmen a los involucrados directos e incluyan a nuevos actores.

PLAN DE TAREAS

Objetivo 1. Ajustar la estructura organizacional a las necesidades del programa de calidad a nivel jerárquico, generando las condiciones adecuadas para la implementación de los cambios que generan valor.

Tarea 1

1.2. Realizar reuniones quincenales con los directivos a fin de informarle los avances y dificultades del proceso, y recibir sugerencias desde sus roles.

Hospital Vidal

Memoria Sintética de reunión de trabajo con los directivos del hospital

Lugar: Hospital Vidal. Oficina del Dpto. de Estadística y Epidemiología

Fecha: 10/12/2010

La reunión se inicio a las 10.00 y finalizo 11.30 hs.

Objetivos de la reunión:

- Analizar las actividades llevadas a cabo por el equipo de trabajo, junto a los miembros del comité del hospital.
- Revisar el proceso de Admisión de Internaciones, teniendo en cuenta las herramientas puestas en práctica para la mejora del mismo.

Asistentes:

Viviana Lifschitz

Enrique Benítez Cañete

Sergio Romano

Carlos Thompson

Lucía Sanchez

Marcos Giorgi

Martha Espíndola

Noelia Bazzi

Notas de la reunión:

- 1) El equipo de trabajo presenta un breve resumen de las actividades llevadas a cabo junto al comité de calidad del hospital, en el mismo se describen cuales han sido las herramientas implementadas para la mejora del proceso, así como los resultados obtenidos en las mismas.
- 2) Se realiza una comparación entre el censo diario que utilizan las secretarias de salas, el censo mensual, en el cual el personal de estadística vuelca los registros diarios para tener información del mes, y las planillas que han sido recientemente implementadas por el comité de calidad, y frente a las cuales el personal de admisión ha prestado colaboración.
- 3) Se comenta a los directivos del hospital que durante una de las actividades realizadas con el comité, se llevo a cabo una presentación del diagrama de flujo que demuestra cómo se lleva adelante el proceso de admisión actualmente y el normativo, esto es, como debería hacerse, en el se llego a la conclusión de que el desvío mas importante se da cuando al momento de detectar camas disponibles, el primero nos dice que la detecta el médico y en el segundo lo hace admisión. Ello justifica la implementación del Instrumento de Recolección de Información, que ha sido armado por el comité y la colaboración del equipo de trabajo, y que ya está siendo utilizado por el personal de admisión. Con esta herramienta, llegamos a un valor numérico que nos permite tener una visión más clara de porque se produce el desvío, cuantos pacientes han sido internados, cuantos rechazados y la relación con la cantidad de camas disponibles. Al mismo tiempo, sabremos cuáles han sido las causas del rechazo de internación, y si al momento del mismo, existían camas disponibles en otras salas.

Conclusiones:

- 1) Se cumplieron los objetivos propuestos para la reunión. Los directivos muestran conformidad con respecto a las actividades llevadas a cabo.
- 2) Aspectos a destacar:

- a. Buena predisposición de los directivos a escuchar los avances del programa.
- b. Compromiso del comité en cuanto a participación y colaboración

Hospital Juan Pablo II

Memoria sintética de reunión con directivos del hospital

Lugar: Hospital Pediátrico Juan Pablo II

Fecha: 15/12/2010

El taller se inició a las 11.30 y finalizó 13.00 hs.

Objetivos de la reunión:

- Analizar los avances de las actividades realizadas hasta el momento por el comité y el equipo de trabajo.
- Presentar actividades a llevar adelante en la etapa final.

Asistentes:

Director ejecutivo: Dr. Alberto Braverman

Director de docencia e investigación: Dr. Leandro Lagos

Silvana Grosso

Tania Yedro

Martha Espindola

Noelia Bazzi

Notas de la reunión:

1. Se plantea la necesidad de continuar con acciones que permitan mayor articulación del hospital con los Centros de Atención Primaria de la Salud, ya que a pesar de analizar y conocer los procesos de referencia y contrareferencia, se presentan grandes dificultades en la puesta en práctica.

Con una mayor articulación, se busca, principalmente, mejorar los procesos de derivación de pacientes de los CAPS al hospital y que las patologías banales y no complejas no entorpezcan el funcionamiento del hospital y sean atendidas en los centros de atención primaria, lo cual resulta menos costoso y más eficiente.

2. En cuanto a los recursos del hospital, sigue siendo una cuestión que se plantea a diario por los directivos.
3. En lo que respecta a laboratorios, la implementación de la “Planilla de Prácticas de Laboratorio”, ha presentado grandes avances, ya que permite tener un detalle de los diferentes tipos de prácticas que se realizan, y en la cual los médicos solo deben marcar con una cruz el tipo de muestra a analizar. Con este instrumento, se evitan malos entendidos, principalmente con la letra de los médicos.

Conclusiones:

- 1) Se cumplieron los objetivos propuestos para la reunión. Los directivos muestran conformidad con respecto a las actividades llevadas a cabo, pero demandan a su vez, mayores acciones de mejora en los procesos de referencia y contrareferencia.
- 2) Aspectos a destacar:
 - a. Buena predisposición de los directivos a escuchar los avances del programa.

Hospital Llano

Memoria sintética de la reunión con directivos del hospital

Lugar: Hospital Llano

Fecha: 16/12/10

El taller se inició a las 10.00 y finalizó 11.30 hs.

Objetivos de la reunión:

- Analizar los avances de las actividades realizadas.
- Revisar la propuesta de señalectica de consultorios externos y uniformes. Y Presentar una nueva propuesta de cartelaria para el frente del hospital.
- Presentar actividades a llevar adelante

Asistentes:

- Directora Ejecutiva: Dra. Silvia Bonassies
- Director Administrativo: Cr. Orlando Barbosa
- Jefa de servicio de consultorio externo: Misu Haberle
- Silvana Grosso, Tania Yedro, Martha Espíndola y Noelia Bazzi

Notas de la reunión:

1. Se informa a las autoridades del Hospital de las actividades que se desarrollaran en el marco de la etapa final del Programa Provincial de Gestión de la Calidad en la Atención de la Salud.
2. Consideran que sigue siendo un problema el tema de la señalectica del hospital, por ello, se analizan las propuestas presentadas de señalectica tanto de consultorio externo como del frente del hospital. Manifiestan su conformidad con la misma, y se pide presupuesto.

Conclusiones:

- 1) Se cumplieron los objetivos propuestos para la reunión.
- 2) Aspectos a destacar:
 - a) Buena predisposición de los directivos a escuchar los avances del programa

Objetivo 2. Mejorar la gestión de procesos por medio del manejo eficiente de los flujos de trabajo encaminados a satisfacer las necesidades y expectativas del paciente

Tarea 2

En base a un esquema de talleres trabajar en:

2.1. Actividades de apoyo a las tareas de implantación de los procesos (oportunidades de mejora detectadas en 2008)

Durante el año 2008 se realizó un trabajo constante y sostenido con el grupo de secretarías y personal de admisión de consultorio externo del Hospital Llano.

Cabe destacar que una amplia mayoría de ese personal no pertenecía a la planta permanente ni era contratada del ministerio de salud, estaban en ese momento bajo el programa Jefes y Jefas de hogar, lo cual hacía muy inestable su trabajo, ya que agregado a la baja calificación de competencias, el programa no obligaba a la contraprestación de servicios. Lo que se obtuvo como resultado fue pura y exclusivamente producto del compromiso personal de cada una de las secretarías involucradas en los procesos que estudiamos.

Durante el año 2009 esa inestabilidad aumentó hasta que se las incluyó a mediados de ese año, en el programa Formarse y Crecer, este programa les garantizó un año de estabilidad laboral con una remuneración que si bien siguió siendo indigna y muy por debajo de la línea de supervivencia (\$1200.-) aun así mejoró la remuneración que obtenían con el programa Jefes y jefas (\$150.-).

Como contraprestación en este caso se les exigía la asistencia a los lugares de trabajo y el cumplimiento de un curso de formación dictado por un grupo de agentes del Ministerio de Salud.

El curso fue de muy bajo nivel, lo que no logró aumentar las competencias de la gente que asistió, lo que para el programa de gestión de la calidad representa un problema mayúsculo porque al cambio cultural que representa la reingeniería

organizacional se le suman las escasas competencias de los participantes de los procesos.

En el Hospital Llano casi el 20 % del personal (casi 100 personas) de admisión, administrativos, secretarias, estadística y apoyo hospitalario pertenece a este programa.

Durante los meses de setiembre y octubre se produjo la finalización del programa con lo que la gente quedó sin ingresos y a la espera de una contratación por parte del Ministerio de Salud de la provincia, algunos siguieron asistiendo a sus lugares de trabajo y otros ocuparon esas horas para organizar protestas, marchas, piquetes, en busca de una respuesta favorable por parte del ministerio.

En total en los establecimientos de la provincia suman más de 500 personas.

Recién a mediados de noviembre de 2010 se logró la recontractación de 150 personas, de las cuales, solo una pequeña proporción son del Hospital Llano.

Talleres

Para alcanzar los objetivos previstos en el programa, se continúan llevando a cabo capacitaciones con los agentes involucrados en la Gestión de Calidad.

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

DIRECCIÓN DE CALIDAD

JORNADA DE CAPACITACIÓN

“Manual de Procedimientos – Circuito Sistema de Referencia y Contrarreferencia”

PROGRAMA

09:45: Acreditación

10:00 a 10: 15: Apertura

10:15 a 10:45: Análisis de la Metodología empleada

10:45 a 11:15: Fundamentos teóricos

11:15 a 12:00: Actividad Práctica Grupal

12:00: Cierre y entrega de Certificados

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DE LA PROVINCIA DE CORRIENTES
DIRECCIÓN DE CALIDAD

**Capacitación “Manual de Procedimientos. Sistema de Referencia y
Contrarreferencia”**

OBJETIVOS

Que los agentes que se desempeñan en áreas que están involucradas en la Gestión de Calidad:

- Conozcan el contenido del Manual de Procedimientos, que fuera elaborado para ser implementado en la gestión de dichas áreas.
- Comprendan los alcances de las actividades planteadas en el Manual en relación con los actores involucrados en cada una de ellas y los Documentos respaldatorios exigibles en cada caso.

ACTIVIDADES

1. Presentación del Manual de Procedimientos – Referencia y Contrarreferencia:
 - Análisis de la metodología empleada para su elaboración
 - Fundamentos teóricos que sustentan la implementación de dicho instrumento en relación con los objetivos planteados.
2. Análisis de los circuitos que conforman el Manual de Procedimientos – Referencia y Contrarreferencia:
 - Lectura comprensiva y análisis crítico de los distintos circuitos propuestos en el Manual de Procedimientos.
 - Análisis del Cursograma correspondiente al circuito.
3. Actividades de aplicación:
 - Análisis crítico y elaboración de conclusiones y propuestas de mejora

Programa Provincial de Gestión de la Calidad En la Atención de la Salud

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS
Circuito "Sistema de Referencia y Contrarreferencia"
Diciembre 2010



OBJETIVO GENERAL

Revisar los procedimientos claves que se llevan a cabo en el proceso de derivaciones de Centros de Atención de Menor Complejidad a Centros de Atención de Mayor Complejidad.



Un **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS**, reúne los aspectos burocráticos derivados de la normativa vigente y de la práctica rutinaria de las áreas involucradas en el proceso.



MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

“Se entiende por ORGANIZACIÓN al sistema socio – técnico integrado, deliberadamente constituido para la realización de un proyecto concreto, tendiente a la satisfacción de necesidades de sus miembros y de una población o audiencia externa que le otorga sentido”



CONCEPTOS

• **MANUAL DE PROCEDIMIENTOS:** Constituye la expresión analítica de las rutinas administrativas a través de las cuales se canalizan las distintas operaciones. Es un valioso elemento de consulta, capacitación, atribución de responsabilidades y resolución de conflictos.

• **CURSOGRAMA:** Representación gráfica de las rutinas o procedimientos administrativos realizados en una organización.



UTILIDAD

Los cursogramas permiten determinar:

- Cuántos formularios se emiten, en este caso, el de “referencia” y el de “contrarreferencia”.
- Cómo se distribuyen los distintos formularios.
- Qué operaciones se llevan a cabo.
- Qué controles se realizan en los procedimientos.
- Quiénes son los responsables de cada etapa del circuito.



ELEMENTOS

- Se dibujan columnas que representan cada sector funcional que interviene en el procedimiento.
- Dentro de cada una de ellas, según corresponda, se grafican símbolos definidos según Normas IRAM que representan las **operaciones** y **controles** que se efectúan, como así también la **emisión** y **distribución** de los formularios necesarios para realizar las actividades.



GLOSARIO DE SIMBOLOS



Operación



Control con operación



Documento

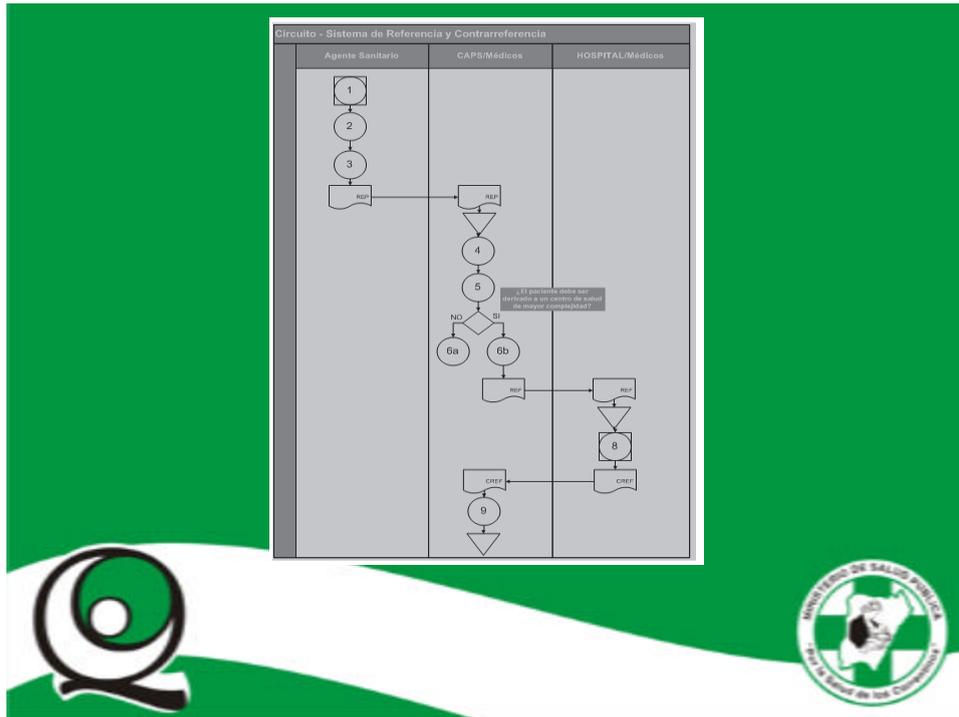


Archivo Definitivo



Traslado





Nº	Responsable	Descripción
1	Equipo de Salud	En base a los procedimientos establecidos para apostar a la Atención Primaria de la Salud, el equipo de salud busca al ciudadano en su casa y de ser necesario pone a su disposición programas nacionales y provinciales.
2	Agente Sanitario	Controla que a cada ciudadano le lleguen los recursos, insumos y medicamentos correspondientes a cada programa nacional o provincial.
3	Agente Sanitario	De acuerdo a las visitas que realizan los agentes sanitarios a las diferentes familias, detecta enfermos que requieren atención.
4	Agente Sanitario	Reporta al médico, jefe o director del CAPS correspondiente sobre los resultados obtenidos en sus visitas y/o consultas.
5	Centro de menor complejidad/Médicos	Reciben las demandas de atención y procede a las mismas, a fin de obtener mayor información para establecer el diagnóstico, y evaluar los pasos a seguir en el tratamiento.
6	Centro de menor complejidad/Médicos	Determina: <ul style="list-style-type: none"> Si el paciente puede ser tratado en un centro de atención primario, se procede a dar la atención de acuerdo a lo establecido en el proceso de consulta externa de CAPS. En este caso se continúa con el procedimiento 6 a. Si el CAPS no cuenta con la infraestructura necesaria para atender el padecimiento, el paciente debe ser atendido en un centro de atención con mayor complejidad. En este caso, se continúa con el procedimiento 6 b.
6 a	Centro de mejor complejidad/Médicos	Informa al paciente sobre su diagnóstico, da las indicaciones y recomendaciones necesarias para lograr su mejoría. Si se requiere continuar con la atención, informa sobre la fecha de la próxima consulta.
6 b	Centro de mejor complejidad/Médicos	Se decide la derivación del paciente a un centro de atención con mayor complejidad.
7	Centro de menor complejidad/Médicos	Procede a la elaboración del documento en el cual registra con precisión los datos requeridos de la "referencia", detallando los motivos de la misma, lo que servirá como justificación para el envío del paciente al siguiente nivel de atención, que garantice la continuidad de la atención del mismo.
8	Centro de mayor complejidad/Médicos	Recibe al paciente, revisa y analiza síntomas y diagnóstico para determinar la patología del paciente.
9	Centro de mayor complejidad/Médicos	Elabora el documento de "contrarreferencia", en el cual se especifica: el resumen clínico que deberá incluir la situación por la cual el paciente acudió al segundo nivel, y el manejo que se dio al paciente, esto es, que diagnóstico se confirmó y cuál es el tratamiento a seguir, con esto se busca conocer el diagnóstico de ingreso y egreso.
10	Centro de mayor complejidad/Médicos	Envía el documento al establecimiento de menor complejidad, con el fin de que los médicos sepan que pasó con el paciente derivado, y que pasos debe seguir cuando lo reciba.

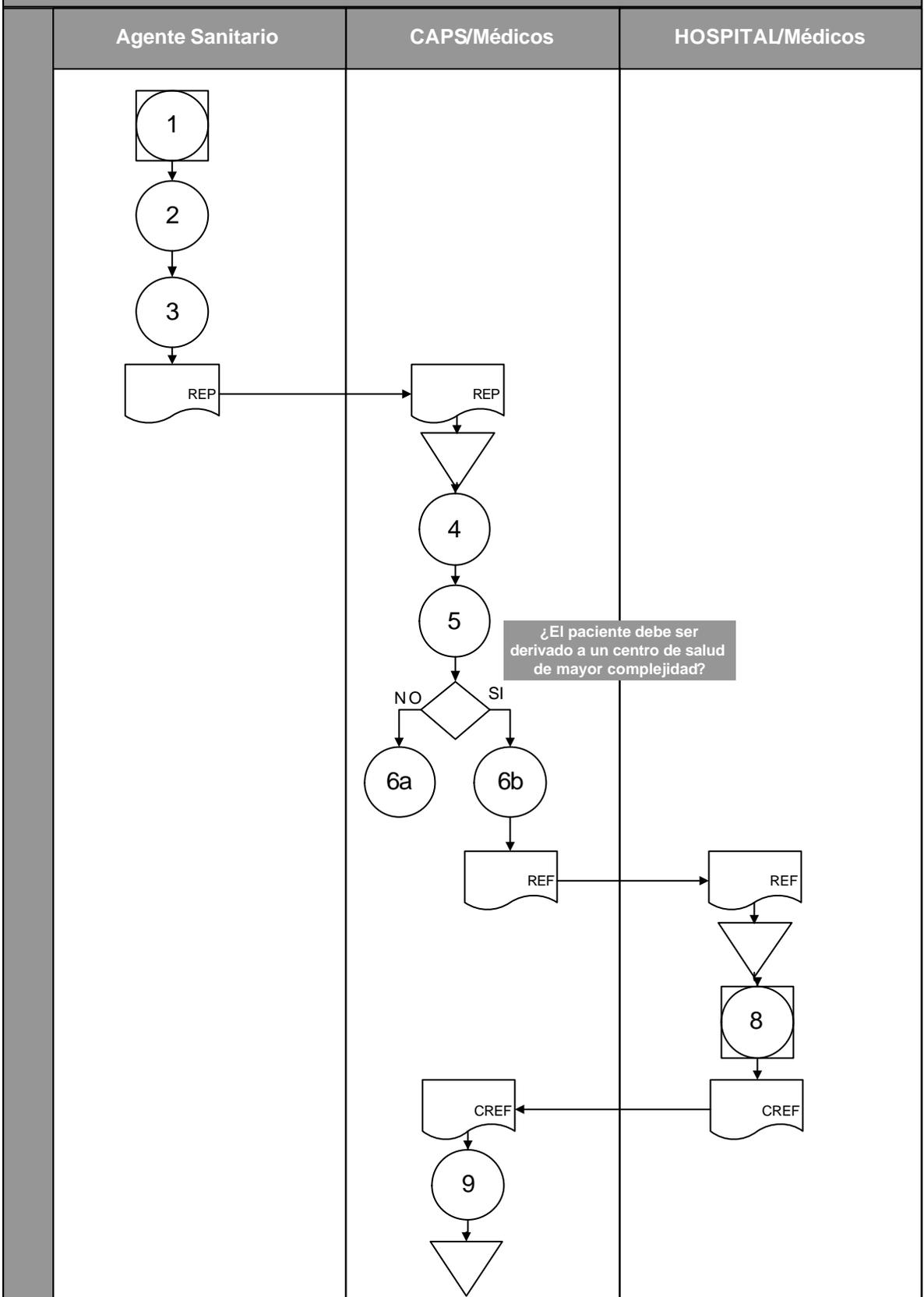
Tarea 2

2.4 Fortalecimiento -con herramientas de calidad- a la actividad de vinculación de los CAPS en base a la experiencia hecha en el Hospital Juan Pablo II

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS

Circuito: Sistema de Referencia y Contrarreferencia

Circuito - Sistema de Referencia y Contrarreferencia



Nº	Responsable	Descripción
1	Equipo de Salud	En base a los procedimientos establecidos para apostar a la Atención Primaria de la Salud, el equipo de salud busca al ciudadano en su casa y de ser necesario pone a su disposición programas nacionales y provinciales.
2	Agente Sanitario	Controla que a cada ciudadano le lleguen los recursos, insumos y medicamentos correspondientes a cada programa nacional o provincial.
3	Agente Sanitario	De acuerdo a las visitas que realizan los agentes sanitarios a las diferentes familias, detecta enfermos que requieren atención.
4	Agente Sanitario	Reporta al médico, jefe o director del CAPS correspondiente sobre los resultados obtenidos en sus visitas y/o consultas.
5	Centro de menor complejidad/Médicos	Reciben las demandas de atención y procede a las mismas, a fin de obtener mayor información para establecer el diagnóstico, y evaluar los pasos a seguir en el tratamiento.
6	Centro de menor complejidad/Médicos	<p>Determina:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si el paciente puede ser tratado en un centro de atención primario, se procede a dar la atención de acuerdo a lo establecido en el proceso de consulta externa de CAPS. En este caso se continúa con el procedimiento 6 a. - Si el CAPS no cuenta con la infraestructura necesaria para atender el padecimiento, el paciente debe ser atendido en un centro de atención con mayor complejidad. En este caso, se continúa con el procedimiento 6 b.

6 a	Centro de menor complejidad/Médicos	Informa al paciente sobre su diagnóstico, da las indicaciones y recomendaciones necesarias para lograr su mejoría. Si se requiere continuar con la atención, informa sobre la fecha de la próxima consulta.
6 b	Centro de menor complejidad/Médicos	Se decide la derivación del paciente a un centro de atención con mayor complejidad.
7	Centro de menor complejidad/Médicos	Procede a la elaboración del documento en el cual registra con precisión los datos requeridos de la "referencia", detallando los motivos de la misma, lo que servirá como justificación para el envío del paciente al siguiente nivel de atención, que garantice la continuidad de la atención del mismo.
8	Centro de mayor complejidad/Médicos	Recibe al paciente, revisa y analiza síntomas y diagnóstico para determinar la patología del paciente.
9	Centro de mayor complejidad/Médicos	Elabora el documento de "contrarreferencia", en el cual se especifica: el resumen clínico que deberá incluir la situación por la cual el paciente acudió al segundo nivel, y el manejo que se dio al paciente, esto es, que diagnóstico se confirmó y cuál es el tratamiento a seguir, con esto se busca conocer el diagnóstico de ingreso y egreso.
10	Centro de mayor complejidad/Médicos	Envía el documento al establecimiento de menor complejidad, con el fin de que los médicos sepan que pasó con el paciente derivado, y que pasos debe seguir cuando lo reciba.

Tarea 2

2.5 Elección de dos nuevos procesos

Se ha trabajado en los procesos de REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA entre los CAPs y los 3 hospitales.

El Ministerio de Salud Pública instrumentará por Resolución la obligatoriedad de este sistema para todos los hospitales y centros de atención primaria.

Objetivo 3. Mejorar la gestión e procesos por medio del manejo eficiente de los flujos de trabajo encaminados a satisfacer las necesidades y expectativas del paciente.

Tarea 3

3.1 Implementar las mejoras identificadas en 2008 de la siguiente manera:

3.1.1 Hospital Llano

Admisión de Consultorio Externo-Programa de Imagen Visual

Las secretarías de admisión de consultorios externos han manifestado que la cartelería ya implementada ayuda mucho a la orientación de los pacientes, reduciendo los tiempos de circulación, evitando confusiones, y disminuyendo notablemente la necesidad de tener que explicar o aún a veces, acompañar personalmente a los pacientes y/o familiares dentro de los pabellones.

Culminando con el programa propuesto se concluye con la siguiente propuesta.

PROPUESTA SEÑALETICA HOSPITAL LLANO

Consultorios Externos

CARTEL ENTRADA PRINCIPAL (CARTEL DIRECTOR)

Para la identificación en la entrada de los sectores, se planificó identificar a los diferentes pabellones con un color diferente, de manera que toda la señalética, tanto exterior como en el interior del pabellón, acompañe en la visual al paciente, y lo guíe a través de su recorrido por el Hospital.

El cartel actual, situado en la entrada, no es claro respecto a la ubicación de los sectores. En esta nueva propuesta, se trata de orientar al paciente en caso de que varios sectores se encuentren en un mismo



pabellón, por ejemplo, el caso de RX y ECOGRAFÍA. Éstos pueden estar identificados con el mismo color, para enseñar al visitante que se encuentran en el mismo edificio.

Esta mismo lenguaje de colores, puede ser utilizado en los demás soportes que lleva el paciente, como folletos, recordatorios de turnos o especificaciones médicas. La identificación de colores es la más usada en instituciones de alto tránsito, ya que la misma es fácilmente identificada y de rápida lectura para todo tipo de público.

Más abajo, se muestra gráficamente como se señalarían los sectores, con un color para cada pabellón, en carteles de exterior pintado, que pueden estar empotrados con patas sobre el terreno. Se acompaña a los colores, con una flecha que indique el destino, que sirve a su vez de disparador para luego identificar el sector correspondiente de destino.



Estadísticas

Se trabajó con los médicos residentes el manejo del instrumento Historia Clínica en cuanto a su archivo, complitud, y otras instancias que dificultan el trabajo actual de los técnicos del área de estadística, partiendo de un trabajo piloto realizado en un hospital de capital.

Auditoría de la calidad de las historias clínicas en un hospital publico

El médico debe, en todos los casos, dejar constancia escrita de su actividad, este documento denominado historia clínica (HC) sirve para el conocimiento de la patología de sus pacientes, la acreditación instrumental del acto, para cumplir con la exigencia médico legal de información y finalmente para certificar nacimiento, defunción, demencia, accidentes de trabajo y otras circunstancias médico legales.

La HC es importante para el médico cuando debe demostrar con pruebas instrumentales que prestó su servicio asistencial con prudencia, diligencia, con medicina basada en la evidencia y observando las “leyes del arte de curar”.

En nuestro medio, la confección de las HC adolece de fallas y conforman un documento que no cumple con el objetivo sanitario y legal.

Desde la Dirección de Planeamiento del Ministerio de Salud Pública de la Provincia de Corrientes realizamos una auditoría de la calidad de las HC, a fin de detectar errores en la confección, hacer un diagnóstico de la situación e implementar medidas correctivas tendientes a la mejora continua.

Se tomaron al azar un 10% de los egresos del hospital correspondientes a dos meses y se evaluó la complitud y la calidad de confección de acuerdo a la normativa vigente en la provincia y comparada con bibliografía.

RESULTADOS

VARIABLES	COMPLETA	INCOMPLETA	AUSENTE
Hoja de Estadística	5 (8.7%)	47 (82%)	5 (8.7%)
Hoja de HC de Ingreso	42 (74%)	13 (23%)	2 (3%)
Hoja de Evolución	29 (50%)	27 (47%)	1 (1.5%)
Hoja de Indicaciones	26 (45%)	23 (40%)	8 (14%)
Epicrisis	13 (22%)	38 (67%)	6 (10%)
Hoja de Enfermería	35 (61%)	14 (24%)	8 (14%)

DISCUSION

Todas las HC revisadas tuvieron alguno de sus componentes mal confeccionados ya sea por error, omisión y/o por estar incompletas.

La documentación médica es criticable siempre por incomplitud y por defecto de estética. Esto significa que si el médico está dando un mensaje, está comunicando su actuar profesional, informando del proceso médico que afecta a un paciente lo debe hacer reuniendo la totalidad de los datos requeridos, y sabiendo que la estética que imprima a su manuscrito, redundará en la fiel comprensión e interpretación del mismo.

Los errores en la confección de las hojas de Estadísticas como son la falta de codificación, la incomplitud de los datos filiatorios y la disidencia respecto de los diagnósticos, tiene pocas explicaciones ya que se trata de un documento confeccionado por personal entrenado del hospital que conoce cuales son las normativas y que tiene experiencia, a diferencia de las HC que, en general, son confeccionadas por el residente de 1° año, con la inexperiencia que eso supone.

La ausencia de un registro fidedigno de los pacientes internados impide obtener información de utilidad para la toma de decisiones, estrategias de gestión hospitalaria y/o estrategias sanitarias.

La hoja de Epicrisis, en un 66% de los casos, no sirvió para resumir la situación del paciente, pues tuvieron errores conceptuales como confusión entre comorbilidades y complicaciones, o la falta de datos filiatorios. Resulta, por lo menos, llamativo que estos errores se deban a ignorancia respecto de lo que significan los términos comorbilidades y complicaciones, parece más probable que hayan sido cometidos por desidia y desinterés al llenar el formulario.

Los ingresos hospitalarios representan una de las fuentes estadísticas de información claves de la sanidad de un país. **La Epicrisis** del Hospital contiene el Conjunto **Mínimo Básico de Datos (CMBD)** propuesto por el Ministerio de Salud de la Nación. Este CMBD formado por los datos extraídos de las historias clínicas se utiliza en la actualidad en la gestión interna, en la planificación sanitaria, en la financiación hospitalaria, en la presupuestación hospitalaria y la calidad de los cuidados, los estudios epidemiológicos, la investigación clínica, los cuidados asistenciales, el costo efectividad, la severidad de los casos y la satisfacción de los pacientes.

A la vista de los resultados, es imposible, por ahora, plantear el uso de la Epicrisis como herramienta para el agrupamiento por Grupo Relacionados por Diagnóstico (GRD), concepto moderno de gestión hospitalaria.

Se impone una revisión seria del proceso de confección de la HC y del entrenamiento que se brinda a los estudiantes y residentes.

Esta experiencia piloto de auditoría fue positiva y debería ser replicable a todos los establecimientos hospitalarios dependientes del Ministerio de Salud Pública.

PRÁCTICA FINAL OBLIGATORIA: INTERNADO ROTATORIO Y PASANTÍA RURAL OBLIGATORIA

MODELO DE HISTORIA CLÍNICA

DATOS FILIATORIOS:

Apellido y Nombre:.....
Edad:..... Sexo:..... Ocupación:.....
Fecha de Nacimiento:..... Número de Historia Clínica:.....
Estado Civil:..... DNI:..... Nacionalidad:.....
Residencia Actual:..... Residencia Anterior:.....
Grado de Instrucción:..... Religión:.....
Fecha de Internación:.....

MOTIVO DE CONSULTA:

.....
.....

ANTECEDENTES DE ENFERMEDAD ACTUAL:

.....
.....
.....
.....
.....

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES:

Padres:..... Vivos:..... Fallecidos:.....
Causas:.....
Hermanos:..... Vivos:..... Fallecidos:.....
Causas:.....
Hijos:..... Vivos:..... Fallecidos:.....
Causas:.....
DBT SI NO
HTA SI NO
TBC SI NO
Gemelar SI NO
Otras (especificar) SI NO

ANTECEDENTES PERSONALES:

1) Hábitos Tóxicos:

Alcohol:.....
Tabaco:.....
Drogas:.....
Infusiones:.....

2) Fisiológicos:

Alimentación:.....
Dipsia:.....
Diuresis:.....
Cataratas:.....
Somnias:.....
Otros:.....

3) Patológicos:

Infancia:.....
Adulto:.....
DBT SI NO
HTA SI NO
TBC SI NO
Gemelar SI NO
Otras (especificar) SI NO
Quirúrgicos:.....
Traumatológicos:.....
Alérgicos:.....
Otros:.....

4) Gineco-obstétricos:
 FUM: / / FPP: / / EDAD GESTACIONAL: semanas.
 Menarca: RM (Rit. Menstr): / / IRS. N° de parejas: Flujo genital:
 Gestas: Partos: Cesáreas: Abortos:
 Anticonceptivos: SI NO Tipo: Tiempo:
 Última toma:
 Cirugías ginecológicas (especificar):
 Otros:

EXAMEN FISICO:

Impresión General:
 Signos Vitales: FC: TA: FR: PULSO:
 T° Axilar: T° Rectal:
 Peso Habitual: Peso actual: Talla: BMI:

INSPECCION GENERAL:

Hábito
 Constitucional: Marcha:
 Ubicación: Actitud:

PIEL, FANERAS Y TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO:

Aspecto: Distribución pilosa:
 Lesiones: Faneras:
 Tejido Celular Subcutáneo:

CABEZA:

Cráneo y cara:
 Cuero cabellado:
 Región frontal:
 Región orbitonasal:
 Región orofaríngea:

CUELLO:

Inspección: Palpación:
 Percusión: Auscultación:

TORAX:

Piel:
 Forma:
 Mamas:
 Forma: Tamaño: Simetría: Areolas:
 Pezones: Maniobras de los pectorales:
 Piel: Retracción Elevación De naranja Úlcera
 Observaciones:

APARATO RESPIRATORIO:

Tipo de Respiración:
 Tiraje:
 Uso de músculos accesorios:

Semiología	Hemitórax Derecho	Hemitórax Izquierdo
Excursión de Bases		
Excursión de Vertices		
Vibraciones Vocales		
Sonoridad		
Murmillo Vesicular		
Rales crepitantes húmedos		
Roncus		
Sibilancias		
Soplo Tubario		
Frote Pleural		
Otros:		

APARATO CARDIOVASCULAR:

Latidos:..... Choque de punta:.....
 R1:..... R2:.....
 R3:..... R4:.....
 Soplos:..... Chasquidos:.....

Pulsos	Derecho	Izquierdo
Carotideo		
Humeral		
Radial		
Femoral		
Popliteo		
Tibial posterior		
Pedio		

ABDOMEN Y PELVIS: EXÁMEN OBSTÉTRICO:

Inspección:.....
 Palpación: AU:..... DU:..... LCF..... MFA.....
 Maniobras de Leopold:.....
 Especuloscopia:.....
 Maniobra de Tamier:.....
 Tacto Vaginal:.....
 Score de Bishop: P..... R..... E..... L..... D.....
 Membranas ovulares:..... Presentación.....
 Plano:..... Variedad de posición.....
 Pelvimetría interna.....

APARATO GENTOURINARIO:

Periostocusión Lumbar:..... Derecha..... Izquierda:.....
 Tacto Vaginal:.....
 Vulva:.....
 Flujo:.....
 Sensibilidad:.....
 Fondo de saco vaginal:.....
 Cuello Uterino:.....

SISTEMA NERVIOSO:

Estado de conciencia:.....
 Glasgow: Ocular:..... Motor:..... Verbal:.....
 Conducta:.....
 Lenguaje:..... Pares craneales:.....
 Reflejos: Fotomotor:..... Acomodación:.....
 Reflejos osteotendinosos:.....
 Motricidad:..... Babinski:.....
 Sensibilidad:..... Tumbler:.....
 Romberg:..... Tasia:.....
 Dismetria:..... Rigidez de mma:.....
 Fondo de ojo:.....

OSTEOMIOARTICULAR:

Columna Vertebral:.....
 Ejes Óseos:..... Articulaciones:.....
 Miembros:..... Trofismo muscular:.....

INTERNACIÓN DE ALTO RIESGO OBSTÉTRICO (ANEXO 1):

Apellido y Nombre:
 Domicilio:
 Edad: GyF: CPN (N°): ATT: BMI:
 G: P: C: EE: AB: Le:
 PESOS RN:

MOTIVO DE INTERNACIÓN:

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL:

Temp. TA Pulso AU Anemor Ptación FCF
 DU en 10: N° Tono Intensidad Altura de presentación: SES Pl. Hodge

Ginecorragia No Si Tiempo: ds/hs Cantidad (Ab., reg., escasa)
 Evolución (continua/discontinua) Color Coágulos No Si

Membranas ovulares: Tiempo de evolución ds/hs.
 Lq. Amniótico: Claro Meconial Hemático Purulento
 Cantidad (escaso/abundante) Olor (normal/anormal)

Observaciones:

Complementarios dilataste:

Complementarios Sala AR:

FECHA									
HORA									
TA									
PULSO									
TEMP.									
PESO									
DIURESIS									
CATARSIS									
EST.FETAL									
AU									
FCF									
DDN. UTER.									
HIDRORR.									
GNEC.									
OTROS									
RESPONS.									

PERÍODO EXPULSIVO Y ALUMBRAMIENTO (ANEXO 2)

ANOTAR TODA ACLARACIÓN EN OBSERVACIONES INDICANDO EL NÚMERO CORRESPONDIENTE

1. MEDICACIÓN EN PERÍODO EXPULSIVO		2. FORMA DE TERMINACIÓN	
<input type="checkbox"/> Anestesia profunda	<input type="checkbox"/> Anestesia General	<input type="checkbox"/> Espontánea	<input type="checkbox"/> Ventosa <input type="checkbox"/> Extracción pélvica
<input type="checkbox"/> Anestesia raquídea	<input type="checkbox"/> Ocitocina	<input type="checkbox"/> Fórceps	
<input type="checkbox"/> Anestesia peridural	<input type="checkbox"/> Otras drogas	<input type="checkbox"/> Cesárea electiva	<input type="checkbox"/> Cesárea intraparto
<input type="checkbox"/> Anestesia perineal	<input type="checkbox"/> Ninguna	<input type="checkbox"/> Otras maniobras	
NACIMIENTO: FECHA	Presentación	Duración de 4-5 al Parto expulsivo	3. ALUMBRAMIENTO A LOS Minutos
4. Tipo de alumbramiento		5. Placenta	6. Episiotomía
<input type="checkbox"/> Espontáneo	<input type="checkbox"/> Manual	<input type="checkbox"/> Completa <input type="checkbox"/> Incompleta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7. Desgarro		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
RECÉN NACIDO		8. NACIDO VIVO – APGAR	
<input type="checkbox"/> VIVO	SEXO	1 MINUTO	5 MINUTOS
<input type="checkbox"/> MUERTO	Fem. <input type="checkbox"/> Masc. <input type="checkbox"/>		
	PESO AL NACER	9. Edad Gestacional	
		10. Examen Físico	
		<input type="checkbox"/> Normal	
		<input type="checkbox"/> Anormal	
NACIDO MUERTO ocurrió durante		11. NECROPSIA	Nº DE PROTOCOLO
<input type="checkbox"/> GESTACIÓN	<input type="checkbox"/> PARTO	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ DONDE	
OBSERVACIONES:			
PARTO ATENDIDO EN:		PARTO ATENDIDO POR:	
<input type="checkbox"/> Institución ambiente quirúrgico	<input type="checkbox"/> Familiares en sala de partos	<input type="checkbox"/> Médico Especialista	<input type="checkbox"/> Partera
<input type="checkbox"/> Institución ambiente no quirúrgico		<input type="checkbox"/> Médico General	<input type="checkbox"/> Enfermera
<input type="checkbox"/> No institucional		<input type="checkbox"/> Médico en Adiestramiento	<input type="checkbox"/> Estudiante <input type="checkbox"/> Otros
FAMILIARES EN SALA DE PARTOS		APELLIDOS (en letra Imprenta)	
<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO		
POST ALUMBRAMIENTO (primeras dos horas)		OBSERVACIONES	
Hora			
Pulso			
T.A.			
retroc. uterin			
Ginecorragi			
Medicación			
Apellido			

Capacitación a los encargados de la captura de datos en temas específicos de estadísticas hospitalarias y en herramientas informáticas, así como en el trabajo en equipo con las secretarías de sala de los diferentes servicios que producen datos a fin de articular y crear sinergias.

Se planteó la necesidad imperiosa de ofrecer capacitación en temas básicos de estadística a fin de que comprendan la importancia de contar con una historia clínica completa e informes correctamente confeccionados que sean proveedores de datos que permitan ser traducidos a información útil para tomar decisiones de política de salud.

Se realizó un curso estructurado en 4 módulos semanales.

CONTENIDOS

MODULO 1

Estadísticas en salud: conceptos básicos. Qué significan, qué datos se toman en cuenta, cómo se captura, cuál es el proceso del dato para transformarse en información. Importancia de capturar bien el dato, de registrar ordenadamente.

Ejemplo de tablas emitidas por la Dirección de Estadísticas del Ministerio.

	INDICE
TABLA Nº: 1	Rendimiento de los establecimientos con internación según servicio por Regiones Sanitarias - Año 2009 -
TABLA Nº: 2	Egreso de hospitales seleccionados - Años 2000/2009 -
TABLA Nº: 3	Porcentaje Egresos/Habitantes por Regiones Sanitarias- Año 2009 -
TABLA Nº: 4	Número total de egresos - Años 2000/2009 -
TABLA Nº: 5	Promedio de camas por hospitales seleccionados - Años 2000/2009 -
TABLA Nº: 6	Razón de Camas Disponibles-Habitantes por Regiones Sanitarias - Año 2009 -
TABLA Nº: 7	Número de partos por hospitales seleccionados - Años 2000/2009 -
TABLA Nº: 8	Porcentaje de Partos/Egresos - Años 2000/2009 -
TABLA Nº: 9	Porcentaje de Partos/Egresos por departamento - Año 2009 -
TABLA Nº: 10(a)	Porcentaje de Partos/Egresos por Regiones Sanitarias- Año 2009 -

TABLA Nº: 10(b)	Porcentaje de Partos por Regiones Sanitarias- Año 2009 -
TABLA Nº: 11	Porcentaje de partos institucionales (ofic.y priv.) por Regiones Sanitarias Año 2009
TABLA Nº: 12	Pacientes días por hospitales seleccionados - Años 2000/2009 -
TABLA Nº: 13	Porcentaje ocupacional por hospitales seleccionados -Años 2000/2009 -
TABLA Nº: 14	Número de consultas externas por hospitales seleccionados - Años 2000/2009-
TABLA Nº: 15	Total de consultas externas según servicios - Años 2000/2009 -
TABLA Nº: 16	Relación Consultas Externas/Habitantes por Regiones Sanitarias - Año 2009 -
TABLA Nº: 17	Total de Consultas Externas por servicio - Año 2009 -
TABLA Nº: 18	Total de Consultas Externas por servicio del departamento Capital - Año 2009 -
TABLA Nº: 19	Consultas externas por servicio de establecimientos con internación y sin internación del departamento Capital - Año 2009 -
TABLA Nº: 20	Consultas externas por servicio de departamentos del interior - Año 2009 -
TABLA Nº: 21	Total de Consultas externas del departamento Capital - Años 2000/2009 -
TABLA Nº: 22	Consultas externas según servicio por departamento - Año 2009 -
TABLA Nº: 23	Consultas externas, egresos y cirugías por departamento - Año 2009 -
TABLA Nº: 24	Relación de Consultas Externas de -1 año/Nacidos Vivos por Dpto- Año 2009 -
TABLA Nº: 25	Producción de establecimientos asistenciales - Año 2009 -
TABLA Nº: 26	Establecimientos según Región Sanitaria, dependencia administrativa, tipo de atención y número de camas- Año 2009 -
TABLA Nº: 27	Producción de sectores intermedios y generales por dependencia administrativa y regiones sanitarias -Año 2009 -
TABLA Nº: 28	Anexo de producción de sectores intermedios y generales según tipo de establecimientos - Año 2009 -

MODULO 2: De dónde se capturan los datos? Importancia de que sean correctos y fidedignos.

MODULO 3: Descripción de las formulas, definición, para qué sirven, qué significan, qué información brindan, cómo interpretarlas.

DEFINICIONES Y FORMULAS

EGRESO HOSPITALARIO:

Es la salida del establecimiento del individuo que permaneció internado haciendo uso de tal recurso. El egreso puede ser, por alta médica definitiva, alta transitoria o alta por defunción.

PROMEDIO DE CAMAS DISPONIBLES:

Es el número de camas que en promedio estuvieron disponibles diariamente en un período.

$$\text{Promedio Camas} = \frac{\text{Nº de camas disponibles (en un período)}}{\text{Nº de días (en el mismo período)}}$$

PROMEDIO DE ESTADIA:

Es un indicador sobre la duración promedio de la internación de los pacientes en un sector. Es la media aritmética de la estadía de todos los pacientes egresados de un sector, en un período dado.

$$\text{Promedio de} = \frac{\text{Total días de estadía}}{\text{Total de egresos}}$$

GIRO DE CAMAS:

Es una medida de utilización de camas que indica el número de pacientes egresados por cada cama (en promedio) durante un período.

$$\text{G.C.} = \frac{\text{Número de egresos}}{\text{Promedio de camas disponibles}}$$

PACIENTE DIA:

Se entiende por "paciente día" a los servicios dados a un paciente hospitalizado durante las 24 hs. que corresponden a un día del censo diario.

PORCENTAJE OCUPACIONAL DE CAMAS:

Es el número promedio de camas que estuvieron ocupadas diariamente durante un período. Orienta sobre el uso del recurso "camas".

$$\% \text{ Ocupacional de camas} = \frac{\text{Total de pacientes-día}}{\text{Total de camas disponibles}} \times 100$$

DEFUNCION HOSPITALARIA:

Es la defunción ocurrida en el establecimiento de un paciente hospitalizado.

TASA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA:

Es la relación entre el número de defunciones ocurridas durante un período en un establecimiento sanitario y el número de egresos de dicho período.

$$\text{Tasa de Mortalidad Hospitalaria} = \frac{\text{Nº de defunciones (de un período)}}{\text{Nº de egresos (del mismo período)}} \times 100$$

El resultado nos indica que de cada 100 egresos hospitalarios, x cantidad fallecieron. Con este cálculo se mide el riesgo de muerte de los pacientes que estuvieron hospitalizados.

CONSULTA MEDICA:

Es la atención brindada por un profesional a un paciente en un consultorio externo. Si varios médicos examinan en un mismo momento a un enfermo, éste recibe solo una consulta.

CONSULTA DE PRIMERA VEZ: (referida a diagnóstico o motivo de consulta)

Es la consulta que se brinda por primera vez a un paciente en el establecimiento por un determinado diagnóstico y/o control, independientemente del año en que se haya iniciado el episodio.

MODULO 4 lectura e interpretación de los informes emitidos sobre las estadísticas hospitalarias por la Dirección de Nivel central.

**RENDIMIENTO DE LOS ESTABLECIMIENTOS CON INTERNACION
SEGUN SERVICIOS POR DEPARTAMENTOS
PROVINCIA DE CORRIENTES
AÑO 2009**

TABLA Nº: 1

ESTABLECIMIENTOS	Promedio diario de camas disponibles	Número de Egresos	Días de Estadística	Promedio días de Estadística	Giro de Camas	Total Pacientes Días	Total Días Camas Disponibles	% de Ocupación de Camas	Total de Defunciones	Tasa de mortalidad hospitalaria
TOTAL PROVINCIA	2414,6	85149	343816	4,04	35,26	433003	868506	49,9	1935	2,3
TOTAL REGION SANITARIA	1223,9	40683	219816	5,40	33,24	291557	440615	66,2	1210	3,0
CAPITAL	1052,5	37235	211532	5,68	35,38	270634	378887	71,4	1147	3,1
HOSP. ANGELA I.de LLANO	129,2	5121	25311	4,94	39,64	25438	46505	54,7	173	3,4
Servicio CARDIOLOGIA HOMB.(0351)	2,3	0	0	-	0,00	0	820	0,0	0	-
Servicio CARDIOLOGIA MUJ.(0352)	2,3	0	0	-	0,00	0	820	0,0	0	-
Servicio CIRUGIA GENERAL HOMB.(0701)	13,2	221	1369	6,19	16,80	1357	4736	28,7	3	1,4
Servicio CIRUGIA GENERAL MUJ.(0702)	10,2	317	1986	6,26	31,21	1908	3656	52,2	2	0,6
Servicio CLINICA MEDICA HOMB.(1001)	14,2	498	3134	6,29	35,06	2849	5113	55,7	15	3,0
Servicio CLINICA MEDICA MUJ.(1002)	14,2	608	3343	5,50	42,83	3156	5110	61,8	16	2,6
Servicio GINECOLOGIA(1553)	6,1	262	861	3,29	43,07	773	2190	35,3	0	0,0
Servicio OBSTETRICIA(2452)	23,9	2496	8357	3,35	104,40	8173	8607	95,0	0	0,0
Servicio TISILOGIA HOMB.(2301)	5,1	39	381	9,77	7,69	470	1825	25,8	1	2,6
Servicio TISILOGIA MUJ.(2302)	5,1	19	170	8,95	3,75	171	1825	9,4	1	5,3
Servicio TERAPIA INTENSIVA(3203)	9,5	138	909	6,59	14,57	1497	3410	43,9	108	78,3
Servicio NEONATOLOGIA(2253)	13,2	316	4483	14,19	23,98	4647	4743	98,0	25	7,9
Servicio EMERGENCIA (1153)	10,1	207	318	1,54	20,42	437	3650	12,0	2	1,0

3.1.2 Hospital Vidal

Admisión de internación

A los fines de seguir fortaleciendo a las áreas directamente involucradas, y tras la implementación de los instrumentos de recolección de información y proceso de admisión de internaciones se llevó a cabo una nueva capacitación.

Capacitación en admisión y gestión de pacientes

Responde a la necesidad de gestionar un sistema de información homogénea, fiable, y suficiente.

Objetivos:

- Ordenar las actividades que se llevan a cabo en la asistencia médica.
- Garantizar la eficiencia de la organización en la atención al paciente.
- Facilitar el acceso de la población a los recursos y servicios disponibles.

Funciones del proceso de Gestión de Pacientes

- Organizar operativamente el acceso y la demanda de los usuarios a las prestaciones de asistencia en sus diferentes ámbitos.
- Coordinar y establecer la comunicación necesaria con otras instituciones sanitarias para optimizar las derivaciones.
- Colaborar con el área de admisión en el proceso de recolección de datos, con el fin de obtener información certera de la disponibilidad de lugares en el hospital.

Ámbitos en los cuales se produce la Gestión de Pacientes

Área de Urgencia

Se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Registro de Urgencias:
 - Identificar al paciente
 - Registrar datos de la asistencia

Área de Hospitalización

Se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Programar los ingresos
- Controlar y autorizar los traslados y altas
- Gestionar camas
- Registrar los episodios de hospitalización
- Organizar el proceso de atención

Área Quirúrgica

Se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Registro de demanda quirúrgica (lista de espera quirúrgica)
- Preparación pre-operatoria de pacientes en lista de espera quirúrgica

- Gestión operativa de la programación quirúrgica
- Registro de intervenciones
- Evaluación del proceso asistencial

Área de Consultas Externas

Se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- Programar agendas
- Gestionar la solicitud de cita
- Difundir la actividad programada
- Organizar el proceso asistencial

3.1.3 Hospital Juan Pablo II

Admisión de Emergencias

Como resultado del trabajo realizado en esta admisión, el área “**Orientación Médica**”, fue creada para aquellos pacientes que asisten por primera vez al hospital, la misma está integrada por personal médico y enfermeros especializados, y tiene como objetivo principal, guiar y orientar al paciente. Este último, debe concurrir con la derivación del médico tratante hasta ese momento (CAPS, Centros de atención de menor complejidad, Hospitales del interior, etc.), tener en cuenta que los estudios realizados a cada paciente, pertenecen a él, no a la institución que lo realiza.

El Médico Orientador, es el encargado de determinar, según la especialidad, el lugar de atención del paciente. Por ello debe tener, experiencia clínica, capacidad de selección y conocimiento de la mecánica de la institución. Del modo en que se desempeña, dependerá que el paciente ingrese al lugar adecuado según el nivel de complejidad y atención que requiere.

La correcta atención en cada uno de los niveles que interfieren en el proceso de referencia-contrarreferencia, disminuye la necesidad de utilizar niveles cada vez más complejos. Con esto queremos decir que, con una buena red de derivaciones, logramos que las patologías menos complejas sean resueltas en los niveles menos complejos, y lleguen al médico especialista, solo aquellas que verdaderamente lo requieran.

Objetivos y Funciones definidas para del Médico Orientador

- Determinar qué consultas pueden ser atendidas por el Médico Orientador, y cuáles por otro especialista.
- Decidir qué pacientes que piden turno para clínica pediátrica deben ser derivados al especialista.
- Seleccionar aquellos pacientes que concurren a clínica pediátrica y deben ser derivados al servicio de guardia ya que se trata de una emergencia.
- Lograr la atención en el día de los niños derivados para interconsulta de los hospitales que forman la red de derivaciones.
- Derivar patologías banales a los centros de atención primaria (CAPs).

- Derivar a los consultorios externos a aquellos pacientes que según el interrogatorio requieren un seguimiento adecuado con historia clínica completa.
- Resolver múltiples consultas informativas por temas médicos.
- Ingresar en forma urgente y directa al Servicio de Emergencias a pacientes que presentan:
 - Dificultades respiratorias moderadas a severa. Crisis Asmática.
 - Vómitos persistentes y reiterados.
 - Deshidratación moderada a severa.
 - Fiebre y petequias generalizadas.
 - Síndrome séptico. Síndrome meníngeo. Síndrome apendicular.
 - Dolor abdominal agudo e intenso.
 - Traumatismos de cráneo complicados.
 - Pacientes politraumatizados. Heridos de toda índole.
 - Estado de inconciencia. Convulsiones. Intoxicaciones. Coma.
 - Patologías que requieran internación hospitalaria u observación y control en sala de guardia.
- Lectura rápida de resultados negativos de ciertos estudios de laboratorio tales como: hisopado de fauces, coprocultivos, urocultivos y parasitológico seriado de materia fecal.
- Transcripción y realización de recetas de medicamentos para continuidad de tratamientos.

Conclusiones

- Recibe a los pacientes que llegan con la referencia del CAP.
- Este servicio de orientación médica, resulta útil para obtener una derivación oportuna e inmediata, según la urgencia de la situación, a la interconsulta con el especialista, a pediatría o al servicio de emergencias en el momento de recibir al paciente.
- Agiliza la atención ya que aquellos pacientes que concurren a pediatría por primera vez, deben pasar por el médico orientador, en cambio quienes tienen su pediatra de cabecera pedirán turno para el día o por agenda programada a través de ventanilla.

- Favorece el derecho irrestricto a la salud de todos los habitantes quienes tendrán acceso a la cobertura de prestaciones médicas, resolviéndose la demanda en forma integral y con equidad.
- Se brinda con éste servicio mayor y mejor atención para aumentar la calidad de vida de ésta población que nos deposita su confianza.
- Se promueve la atención universal, oportuna y totalmente gratuita, garantizando que todos los que asistan puedan recibirla, en el momento y en el lugar apropiado.
- Evita largas esperas innecesarias, burocráticas y a veces infructuosas.
- Se logra no ocupar números para situaciones que son resueltas por el médico orientador, evitando sobrecargar los servicios de clínica pediátrica, especialidades y guardia, permitiendo una mayor disponibilidad de turnos libres.
- Fortifica la relación médico - paciente y hospital - comunidad.
- Brinda una eficiente calidad de atención para satisfacción y seguridad del paciente, garantizando al hospital público como elemento fundamental de la consigna salud para todos.
- El total de casos que solicitan turno innecesario para el especialista y se derivan a pediatría para su atención es bajo, lo cual indicaría la adecuada derivación del médico de cabecera ó “autoderivación” por parte de sus padres.
- Devuelve al paciente con su correspondiente contrarreferencia al CAP.