

Los logros alcanzados en el proceso de hacer frente a las necesidades sentidas y a la demanda de la atención quirúrgica, y en éste caso de Cirugía General, genera a su vez nuevas tensiones en el Sistema (1). Esto se está manifestando en un tiempo prolongado de espera (tres meses mínimo) para obtener la primer consulta quirúrgica de cirugía general en las policlínicas respectivas (Central y Oriental de Managua) y en una selectividad no normatizada sino más bien de acuerdo al criterio personal del cirujano quien, sin ningún sistema de control, programa sus intervenciones quirúrgicas de los pacientes que previamente ha evaluado en las policlínicas. Esta selección aún queda sujeta a un tiempo adicional de espera (tres ó cuatro meses mínimo) y en algunos casos un año máximo) para su admisión final en los hospitales Lenin Fonseca y Manolo Morales.

La tendencia a la agudización del problema puede terminar en crisis sino se hace un análisis realista de: (a) Los momentos críticos que están ocurriendo en cada una de las actividades del paciente quirúrgico en el hospital.

(b) Falta de una verdadera prioridad quirúrgica a la par de una selectividad lógica y razonable de pacientes quirúrgicos, (c) óptima utilización del recurso cama hospitalaria y (d) óptima utilización del recurso quirófano en la relación Cirugía General Especializada. Sin obviar que partimos de la base de que en nuestras Instituciones de atención, los recursos tanto humanos como financieros y materiales (insumos médicos quirúrgicos e infraestructura) son siempre insuficientes en relación con la magnitud de las necesidades que se precisa satisfacer. Sin olvidar la situación constante de agresión político, económica y militar en que mantiene el imperialismo norteamericano a nuestro país, a nuestra Revolución.

Todo esto obliga como resultado el hacer un nuevo ordenamiento, estableciendo, o trazando nuevas estrategias y objetivos en un proceso dinámico para, establecer el equilibrio dentro del sistema mismo y

entre éste y su suprasistema, es decir, el ámbito social del cual la atención de la salud forma parte (2)

II.- JUSTIFICACION E IMPORTANCIA.

La presente investigación se lleva a cabo a solicitud de la Dirección Regional de Salud de la Región III Managua, presentada al Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud (CIES), ante la problemática manifiesta y en creciente de la espera - prolongada tanto a la primera consulta de cirugía general en las políclínicas Oriental y Central, como a su ingreso a los hospitales clínico quirúrgicos MANOLO MORALES y LENIN FONSECA para su intervención quirúrgica respectiva.-

La importancia de la presente investigación radica precisamente en encontrar cuál o cuales son - los factores causales que están originando el fenómeno observado en la realidad y ver cómo eso explica el atraso en dar una respuesta satisfactoria es eficaz y eficiente al pueblo trabajador (no sólo de Managua sino también a los pacientes referidos del resto del país) base fundamental de la economía y de la defensa de país que, por demanda espontánea y necesidad sentida, reclama lo contemplado en los principios y políticas del SNUS.-

III.- OBJETIVOS

A.- OBJETIVO GENERAL .-

Identificar la organización y programación de la atención quirúrgica en los Hospitales Lenin Fonseca y Manolo Morales, y su relación con la espera prolongada de turnos quirúrgicos.

B.- OBJETIVOS ESPECIFICOS .

B.1. Identificar las actividades críticas y tiempos promedio del algoritmo en la atención de los pacientes de Cirugía General desde su ingreso hasta su egreso del Sistema Hospitalario.

B.2. Identificar si el tipo y el número de Cirugías realizadas (Generales -Especializadas) en los hospitales Lenin Fonseca y Manolo Morales, responde a las necesidades planteadas en la demanda quirúrgica desde su ingreso al sistema (policlínico).-

B.3. Cuantificar el número de Intervenciones Quirúrgicas de Cirugía General por quirófanos, realizados en los hospitales Lenin Fonseca y Manolo Morales durante el mes de Enero de 1985, y la comparación de resultados con normas internacionales establecidas por la OMS/OPS.

B.4. Identificar los factores que de forma directa o indirecta influyen en la suspensión de intervenciones quirúrgicas de Cirugía General previamente planificadas, en Enero/85.

B.5.- Conocer la utilización del recurso cama de cirugía general de los hospitales Lenin Fonseca y Manolo Morales, durante el mes de Enero de 1985 y su comparación con normas establecidas por el MINSA.-

IV.- MARCO TEORICO.

4.1. Estado y Políticas de Salud.

El estado es producto y manifestación del carácter irreconciliable de las contradicciones de clase. El estado surge en el sitio, en el momento y en el grado en que las contradicciones de clase no pueden, objetivamente conciliarse y viceversa: La existencia del Estado demuestra que las contradicciones de clase son irreconciliables. Según Marx, el estado es un órgano de opresión de una clase por otra, es la creación del "orden" que legaliza y afianza esta opresión amortiguando los choques entre las clases (3). Hay que distinguir dos funciones Estatales: Una función de tipo técnico (organizativa y administrativa) y una función de dominación política de clase. Los aparatos institucionales y normas ya existentes son utilizados para someter las diferentes clases de la sociedad a los intereses de la clase dominante (4).

Al estado capitalista le corresponde la tarea de justificar, estabilizar y garantizar la reproducción permanente y ampliada de las fuerzas productivas, manteniendo las relaciones de producción capitalista; en otras palabras: Garantizar el mantenimiento y desarrollo del capitalismo. De ahí que las acciones de salud tienen como finalidad mantener y reproducir la fuerza de trabajo y las relaciones sociales de producción (5).

La "política de Salud" del estado es el resultado de un conjunto de respuestas que éste da, jerarquizando ciertos programas, en función de asegurar el control (o su prevención) de conflictos ideológicos políticos y de contribuir a una adecuada dinámica económica. Estas prioridades, expresadas en modelos de atención diferenciales, de una u otra manera traducen los intereses de los grupos dirigentes, pero también la correlación de fuerzas sociales (6).-

En el Marco anteriormente expuesto podemos afirmar que el desarrollo de la salud en América Latina es a la vez el desarrollo de la salud en América Central, en Nicaragua. Vemos que la acción estatal en salud en sus inicios, se responsabiliza básicamente del saneamiento ambiental de las zonas Urbano-Exportadoras, a través de la ejecución de campañas, control de epidemias y notificación de enfermedades transmisibles. Posteriormente estos servicios se extienden hacia las zonas rurales con la finalidad de erradicar la Malaria, la Ancilostomiasis y la Fiebre Amarilla. Todos estos programas financiados por los Estados Unidos de Norteamérica y específicamente por la Fundación Rockefeller (Institutos o Laboratorios de Parasitología). El objetivo era la prevención y control de aquellas enfermedades endémicas que afectasen la producción para la exportación.-

Durante la segunda Guerra Mundial y posterior a ella se acelera el proceso de estatización de la práctica médica, en donde las direcciones Nacionales de Sanidad se transforman en Ministerios de Salud, los que rápidamente pasan a privilegiar las actividades de asistencia médica sobre las de Saneamiento Ambiental. Se inicia la aparición de los hospitales a cargo del Estado, se desplaza la presencia de la Iglesia de los mismos

(se laicaliza la asistencia), y surgen en algunos casos y en otros se consolidan los seguros sociales, con todo esto se pretende imponer al conjunto de la Sociedad una visión arbitral del estado como ente por encima de todas las clases y con carácter de benefactor (7).-

4.2. Períodos de Desarrollo de la Evolución Hospitalaria según el Desarrollo Económico, Político y Social del País (8).

a.- Período desde 1502 hasta 1821; Epoca de la colonia caracterizado por una sociedad mercantil colonial.

En esta época comienza la historia de los hospitales, los cuales constituían casones de caridad atendidas por religiosas, sin contar con atención médica, los ingresos económicos eran con fondos de la Real Hacienda y con donativos del vecindario.-

b.- Período de 1821 hasta 1934: Epoca post-independencia caracterizada por un tratamiento de la sociedad Mercantil Colonial hacia el Capitalismo Agrícola. Se crean las juntas de caridad, la atención continua en manos de religiosas, la asistencia médica deja mucho que desear, los hospitales siguen siendo hogar para desamparados. Se mantenían por impuestos y contribuciones.-

c.- Período de 1823-1934: Período que se inicia con el régimen Liberal-Burgués de José Santos Zelaya y concluye con el surgimiento y desarrollo de la primera etapa del movimiento revolucionario Nicaragüense. Se caracteriza por una Sociedad Capitalista Agrícola.-

Se crea la Junta Nacional de Beneficiencia pública, dependiente del Ministerio de Higiene y beneficencia, lo que reemplaza las anteriores estructuras. Los hospitales continúan en las mismas manos y la ayuda del estado como tal era inexistente.

- d) Período de 1934-1956: Epoca de origen y consolidación de la dictadura Somocista, caracterizada por una Sociedad capitalista dependiente.-

Los hospitales continúan trabajando sin orientación técnica, la atención se realiza sin mística médica, pacientes ingresados para intervenciones quirúrgicas, por el sólo hecho de renumeración económicas, hay diferencia de la atención y surgen los servicios de pensionados para ptes. de mayor posición económica.

- e) Período de 1956-1979: Epoca del ascenso revolucionario y la consolidación y crisis del capitalismo dependiente. Se crea el Instituto de Seguridad Social (INSS) la Junta Nacional de Asistencia y Prevención Social (JNAPS) y las Juntas Locales de Asistencia Social (JLAS). Tres organismos autónomos entre sí y sin capacidad de prestar la asistencia y cobertura para lo cual estaban destinados, los hospitales continúan en franca desorgación, con contradicciones entre sus estructuras y las necesidades existentes con deficiencias Administrativas y de Técnicas Médicas.

Toda esta singularidad se dio en Nicaragua en donde las reivindicaciones de la clase obrera al obtener el funcionamiento del seguro social se quiso opacar como concesión por parte de la Dictura, además también se quiso adjudicar

la tiranía, el carácter de benefactor a través de la atención médica a los no asegurados a través de las juntas nacionales de asistencia social, como a través de los programas de desarrollo comunal (PLANSAR, PUMAR, INVIERNO, ETC.)

4.3 Caracterizan a esta Fase el Desarrollo de los Servicios de Salud del Somocismo los Aspectos Siguientes:

- 4.3.1. No era Planificada como actividad del Estado.
- 4.3.2. La capacidad de compra de los servicios por la Población marcaba las grandes diferencias de la atención recibida.
- 4.3.3. La Burocracia del Estado y la fuerza de trabajo calificada recibía un cuidado de su salud superior a los trabajadores del campo y los desplazados del proceso productivo.-
- 4.3.4. La atención no era integral (Individuo y su Medio). Preventivo y Curativo.
- 4.3.5' Los planes de Salud tenían un fin eminentemente demagógicas.-
- 4.3.6. Dispersión administrativa.
- 4.3.7. Programas de Carácter Vertical.
- 4.3.8. La incorporación y Calificación del personal de carácter espontaneo eminentemente matizado por el Individualismo e interes Mercantilista.
- 4.3.9 Incorporación pasiva de planes y programas de Salud orientadas por el Imperialismo.
- 4.3.10. Evaluación a nivel institucional de corrupción Administrativa de todos los funcionarios del Sector Salud.
- 4.3.11. Fomento del Consumismo Tecnológico.
- 4.3.12. Incorporación a los planes Estratégicos de contra insurgencia de los programas de salud.
- 4.3.13 Manipulación de la participación Popular.

4.4 El triunfo de la Revolución Popular Sandinista (19/Jul./79). EL SNUS

Tomar el Estado, significa fundamentalmente destruir las fuerzas de represión que sustentan el poder de las clases dominantes y establezcan un Gobierno que controlando los aparatos del Estado impulsa una amplia gama de proyectos que establezcan modificaciones profundas en las relaciones sociales de producción, que impulsen el desarrollo de las fuerzas productivas que transformen los mecanismos de reproducción social y que establezca un nuevo orden técnico administrativo. Significa también liberar fuerzas sociales que se organizan a nivel de la sociedad civil y que en estas organizaciones realicen sus experiencias de trabajo colectivo y preparen sus vías para el ejercicio del poder (9).

El triunfo revolucionario del 19 de julio viene a formar un nuevo orden social, político, militar y económico, una nueva organización del Estado obviamente, una superestructura con nuevos objetivos y en Salud con nuevas estrategias dentro de la cual nace el SNUS el 8 de agosto de 1979, con el cual comienza a perfilarse un panorama distinto en la concepción y organización de los servicios de salud de Nicaragua.-

4.4.1. Principios de Organización del SNUS (10).

El Sistema Nacional Unico de Salud, de acuerdo con las directrices de la Junta de Gobierno y del FSLN, baja su organización en los siguientes principios.

- a) La salud es un derecho de todos los individuos y una responsabilidad del Estado y del Pueblo Organizado.

- b) Los servicios de Salud deben tener la mayor accesibilidad para toda la población.
- c) Los servicios de Salud tienen carácter Integral.
- d) El trabajo de salud debe realizarse en Equipo.-
- e) Las actividades de Salud son planificadas'
- f) La comunidad debe participar en todas las actividades del Sistema de Salud.

4.4.2. Políticas del SNUS (II)

De los seis principios señalados en el punto anterior se desprenden las políticas generales de salud del Gobierno Revolucionario, las cuales pueden resumirse en los puntos siguientes:

- a) Llevar los servicios de Salud al Campo.
- b) Organizar los servicios de salud acorde a las nuevas condiciones producidas por la Revolución. Priorizando la Atención a Trabajadores, Madres y Niños.
- c) Ejecutar programas de Medicina Preventiva con énfasis en la vacunación, letrificación y atención de malaria y tuberculosis.
- d) Reorganizar los Servicios de Salud a los trabajadores mediante el desarrollo de la medicina preventiva y ocupacional.
- e) Desarrollar la planificación como elemento esencial del trabajo científico.
- f) Consolidar la participación de la Comunidad Organizada en las tareas de Salud.
- g) Formar los recursos humanos necesarios para el desarrollo de los servicios de salud, capacitar a los trabajadores de salud e incrementar la conciencia sanitaria de nuestro pueblo.-

4.4.3. Modelo de Organización del SNUS (12)

Para la materialización de los principios y políticas planteadas por el SNUS desde su creación, se formó una organización por niveles de dicha estructura, la cual se describe someramente.

A principios de 1980, se crearon las regiones de salud, iniciando un verdadero proceso de descentralización del SNUS. De acuerdo a la organización político-administrativa del país, existen actualmente seis regiones y tres zonas especiales. La creación de las direcciones regionales, representó la descentralización de la decisión ejecutiva.

- a) Nivel de Areas de Salud. Las áreas de salud constituyen las unidades básicas del sistema desde el punto de vista geográfico, poblacional y de servicios. Las áreas se dividen internamente en sectores de 3,000 habitantes atendidos por puestos de salud. El Centro de Salud funciona como unidad polivalente con médicos y enfermeras, ejecutan programas normatizados a nivel central. En las zonas rurales disponen en algunos casos hasta 10-50 camas.

- b) Nivel de Atención Hospitalaria. Los hospitales están constituidos por unidades con más de 50 camas, con consulta externa de especialidades. Están Organizadas en términos de los servicios clínicos-quirúrgicos, Materno- Infantiles y de Especialidades.=

Por su área de influencia, los hospitales se pueden clasificar en departamentales, regionales y nacionales. La administración del hospital es dependiente de la dirección regional y está situado jerárquicamente al mismo nivel que la dirección de áreas de salud.

- c) Atención Especializada, con poco desarrollo. Vemos entonces que dentro de los cambios propiciados por la revolución encontramos la regionalización y la jerarquización de los niveles de atención con clara delimitación de sus actividades y funciones; esos niveles de atención se representan de la siguiente manera:

Niveles de	Atención	3er.
Atención de	Especializada	Nivel
Serv. de	Hospitales	2do.
Salud.	Areas de Salud	Nivel

4.5. Administración Hospitalaria.

Al nacer el nuevo Estado rompe con la Estructura no sólo conceptual sino también práctica de lo que debe ser el hospital en donde se hace necesario que el hospital mantenga una adecuada relación con la comunidad a la que sirve y que se intente prever los cambios de esta para ampliar o reducir ciertas actividades o incluso modificarlas totalmente. Según las circunstancias.

4.5.1. Organización Hospitalaria (13).

Así como importante es el presupuesto y los costos unitarios de servicio lo es también la estructura orgánica y funcional del hospital, dentro de lo que vale la pena destacar:

- a) La elaboración de gráficos departamentales en consonancia con el gráfico de organización general.
- b) Esquemas de funcionamientos de algunos procesos relativamente complicados: La Admisión de pacientes, la circulación de pacientes internados hacia las salas de operaciones y servicios de diagnósticos y tratamiento; los mecanismos del alta, etc. Tales esquemas incluyen, así mismo diversos formularios que pueden presentarse por separado y constituir verdaderos catálogos. Se conoce con el nombre de Flujoograma a los esquemas que combinan sitios personas, formularios y flujo de recursos.

Es necesario considerar la reglamentación relacionada con la admisión de los pacientes. En muchos lugares los pacientes son seleccionados en la consulta externa, de acuerdo con una reglamentación y teniendo en cuenta las reales posibilidades de brindarles la atención que necesitan.-

- c) Un componente muy significativo del sistema de normas de la institución se refiere al tránsito, envío o derivación de pacientes. Esto quizá sea más importante cuando el hospital forma parte de un sistema de atención médica, en el cual se debe reglamentar el tránsito desde las clínicas de ambulatorios o centros de salud periféricos hacia las unidades centrales de concentración.

Dentro de ésta función de la administración hay que incluir otro de no menos importan-

cia como lo es la organización Científica del Trabajo (OCT), el cual como sistema integrado y dinámico permite, mediante su introducción y desarrollo como tal (como sistema) obtener un nivel cualitativamente nuevo en la organización laboral y con esto un salto cualitativo en la productividad del trabajo (14). En nuestro caso de estudio la actividad quirúrgica.

Como sistema integral, existen conexiones esenciales y orgánicas entre los elementos componentes de la OCT, por lo que cualquier modificación en algunos de ellos provoca variaciones en otros y muchas veces en el conjunto (15).

Así por ejemplo, las modificaciones en las formas de división y cooperación provocan cambios en la organización y servicios de los puestos, en las normas de trabajo, en los calificadores etc (16).

El desarrollo eficiente del sistema de la OCT depende además de la correcta organización e interconexión interna de sus elementos de la coordinación y armonía de los mismos, así como de las condiciones externas existentes y con las cuales interactúa (17).

Para el desarrollo del sistema es necesario un mínimo de condiciones para que pueda funcionar!

4.5.2. Planificación Hospitalaria.

La planificación hospitalaria es el eslabón fundamental de la Dirección. La misma debe reflejar objetivamente los procesos que tienen lugar a lo interno del sistema, elevado cada día estos planes su nivel científico, eliminando todo rasgo de voluntarismo y subjetivismo.

Para facilitar la elaboración del plan del hospital es necesario desglosar las múltiples tareas entre los diversos sectores que integran la totalidad de las actividades de ambos subsistemas (18).

4.5.3. Control

Un plan carece de utilidad sino se controla y analiza la dinámica de su cumplimiento, a partir del comienzo del período planificado, mediante la obtención de la información correspondiente. Esta debe caracterizarse por su veracidad, exactitud y prontitud, lo que garantiza que se conozca la situación del comportamiento del plan en un momento determinado y se pueden tomar las medidas pertinentes que conduzcan a su cumplimiento (19).

He aquí que el hospital constituye un nivel de atención fundamental del SNUS, desempeñando un importante rol en la asistencia clínico-quirúrgica del concepto de regionalización. Vemos que es a lo interno del sistema hospitalario en donde la organización estructural y funcional debe dar respuesta a problemas concretos aún cuando las necesidades crecientes sean mayores que los recursos disponibles.

Dentro del nuevo orden administrativo de la salud y por consecuencia de la atención quirúrgica, son los mecanismos de gestión los que coadyuvan a fomentar el desarrollo y la respuesta armónica a los problemas que se vayan presentando. Problemas que por ejemplo podrían presentarse como: intereses opuestos y diversos de los distintos sectores hospitalarios, la atracción de la rutina por la ley del menor esfuerzo, la falta de ortodoxia, la imposibilidad de señalar normas de formalización estricta y la persisten-

cia de viejas formas en el pensamiento médico, no facilitan el proceso de desarrollo (20)

4.6. Descripción de las Unidades de Estudio.

Colocados en el segundo nivel de atención los Hospitales Antonio Lenin Fonseca y Manolo Morales están clasificados como Hospitales Clínicos Quirúrgicos de la Región III y que a la vez funcionan como Centro de referencia de sus homólogos del resto del país. Ambos hospitales no tienen consulta externa pero sí coordinan actividades con las Políclínicas Central y Oriental respectivamente. El número de camas reales para estas instituciones es la siguiente:

- a) Hospital Manolo Morales con 250 camas, de las cuales 54 son para cirugía general, 110 para cirugía especializada y el resto se distribuye en otros servicios. Coordina actividad de consulta externa con la Policlínica Oriental la que le provee de pacientes.

- b) Hospital Antonio Lenin Fonseca con 290 camas destinando 50 a cirugía general, y 156 a cirugía especializada, quedando el resto de camas distribuida en otros servicios. Mantiene relaciones de coordinación de consulta externa con la policlínica central, la que le provee de pacientes. La organización y la planificación de la atención de Cirugía General en ambos hospitales se realiza de forma heterogénea, buscando cada uno con sus propios esquemas resolver la demanda de mayor impacto social. Ambos coinciden en manejar de forma ambulatoria a los pacientes (a ser intervenidos quirúrgicamente) en las respectivas policlínicas y los ingresan a

los hospitales hasta tener todos los estudios y requisitos pre-operatorios completos. Difieren en la planificación de los turnos quirúrgicos, mientras el Lenin Fonseca maneja listado de espera, el Manolo Morales cita a sus pacientes a la admisión los días sábados en donde seleccionan quien serán o no ingresados para ser operados.

En ambos hospitales el ingreso está determinado entre otros por los factores siguientes:

- 1.- Disposición de camas quirúrgicas.
- 2.- Cumplimiento de todos los requisitos establecidos.
- 3.- Prioridad de los casos.
- 4.- Criterio del Cirujano.
- 5.- El estado de emergencia en que en un momento dado se declaran los hospitales debido a la agresión.

Sin embargo se encuentra que ninguna de éstas valoraciones expresa fielmente la posibilidad del paciente de obtener el servicio demandado con la prontitud necesaria y en el momento requerido.-

Analizando estudios relacionados con lo que se investiga se encontró uno realizado en el Hospital General Calixto García (CUBA) en un servicio de Cirugía General, sólo que aquí se estudió las necesidades de camas y la relación que ello guarda con la espera prolongada lo cual permitió seleccionar el número óptimo de camas necesarias, con una demora razonable para obtener una cama.

Esto se pudo calcular por que existía ya una organización de la espera y se trataba sólo de analizar que factores debían de ser incluidos para obtener una demora razonable (21). La presente Investigación por el contrario viene a estudiar cuáles son los factores organizativos y de planificación que en conjunto Policlínico-Hospital están dando lugar al fenómeno de la espera prolongada de

los turnos de Cirugía General en los Hospitales Clínicos Quirúrgicos de la Región III, dejando con ello sentido el inicio para investigaciones más profundas en éste ramo.

A continuación se definen los conceptos de mayor importancia a usar en la presente investigación:

4.7. Definición de Conceptos.

- 1.- Ruta Crítica: Es una secuencia de actividades que constituyen cuellos de botella en la ejecución de un proyecto cuyo tiempo total de ejecución controla el tiempo mínimo requerido para concluir el proyecto (22).
- 2.- Ingreso: Es considerado usualmente como la entrada de un paciente en un servicio de internación Hospitalaria ya sea a través de la emergencia hospitalaria o por el Policlínico (23).
- 3.- Estadía Preoperatoria: Es el tiempo en días que permanece hospitalizado un paciente desde su ingreso hasta el día en que es intervenido quirúrgicamente (24).
- 4.- Días de Postoperatorio: Es el lapso comprendido entre el día de la operación y el alta.
- 5.- Cama Real: Es aquella que se encuentra realmente instalada y dispuesta las 24 horas del día para recibir una persona esté o no ocupada. Se excluyen las camas de observación, recuperación Post. Anestesia (25).
- 6.- Causa de Suspensión Directa: Es aquella donde la intervención de cirugía general electiva no se lleva a cabo por causas que dependen exclusivamente del hospital.

- 7.- Causas de Suspensión Indirecta; Se refiere siempre a cirugía general electiva pero, aquí la suspensión de la misma es responsabilidad del paciente y/o de sus familiares.
- 8.- Cirugía General: Consideramos como tal toda intervención quirúrgica que involucre cuello y abdomen solamente.
- 9.- Cirugía Especializada: Todo aquello que no considera la definición anterior o que por lo delicado del caso amerite la participación ejecutiva de un especialista del correspondiente ramo.
- 10.- Atención de Urgencia: Se considera cuando las condiciones del paciente hacen que su vida esté en peligro y que, de no brindarsele en el mismo momento, puede morir o quedar gravemente incapacitado (26)
- 11.- Admisión Electiva: Son aquellas en las cuales, por no existir apremio, es posible elegir la fecha y escoger el momento más oportuno para la intervención, dado que la demora no implica ningún daño para la salud o la vida del paciente (salvo las molestias propias del padecimiento), (27).
- 12.- Estadía Preoperatoria: Para nuestro estudio definiremos como tal lo siguiente:
- 12.a. Estadía Preoperatoria Corta.....2 días
12.b. Estadía preoperatoria Mediana.....3 días
12.6. Estadía Preoperatoria Larga.....4-5 días

- 13.- Estadía Post-Operatoria : Quedará definida de la forma siguiente:
- 13. a) Estadía Post-Operatoria Corta.....2 días.
 - 13. b Estadía Post-Operatoria Mediana.....3 días.
 - 13. c. Estadía Post-Operatoria Larga.....4 de 5 días.
- 14.- Egreso: Paciente que habiendo ocupado una cama real del hospital la abandona, ya sea vivo o fallecido. (28).
- 15.- Diagnóstico de Ingreso: Se asumió como diagnóstico al ingreso con el que ingresa el paciente y que se refleja en la hoja de datos generales de su historia clínica (29).
- 16.- Índice Ocupacional: Establece la relación existente entre los pacientes ingresados y la capacidad real de camas de un servicio u hospital (30).
- 17.- Promedio de Estadía: Es el número de días de asistencia hospitalaria que como promedio recibió cada paciente en un período de tiempo (31).
- 18.- Intervalo de Sustitución: Es el tiempo promedio que una cama permanece desocupada entre el egreso de un paciente y el ingreso de otro (32).
- 19.- Giro de Cama: Es una razón que indica el número de pacientes que son dados de alta por cada cama disponible en un sector en un período dado. (33).
- 20.- Fuente Primaria de Información: Es aquella en que el investigador la obtiene directamente mediante cuestionarios, cédulas de entrevista, guías de investigación, observación ordinaria y participante, etc. (34).

- 21.- Fuente Secundaria de Información : Se refiere a la que se extrae de fuentes documentales (Censos, Estadísticas Vitales), empleando fichas de trabajo o mediante cuadros estadísticos (35).
- 22.- Sistema Hospitalario: Se define como tal los servicios de atención del hospital y se incluye en el mismo para efecto del estudio a las policlinicas, ya que son el primer paso en el flujograma de nuestra unidad de observación.-

V.- MATERIAL Y METODOS.

5.1. Universo de Estudio.

Se consideró como universo de estudio todos los pacientes que consultaron por cirugía general, que fueron atendidos en las policlínicas y a los que, o se les seleccionó para cirugía general electiva o se les proporcionó su hoja de hospitalización para el mismo objetivo pero que aún no han ingresado al sistema hospitalario, en un lapso de tiempo comprendido del primero al veintisiete de Enero de 1985.

5.2. Unidad de Observación.

Son aquellos pacientes que perteneciendo al Universo de Estudio ingresaron al servicio de cirugía general, fueron intervenidos quirúrgicamente y egresaron del hospital. Todo ello en un lapso de tiempo que comprendió desde el 1ro. de Enero al 27 del mismo mes de 1985.

Se seleccionó este mes por considerar que su comportamiento en productividad y funcionabilidad es más estable en comparación con el resto del año, aunque la causalidad de la problemática que se investiga varía poco en cualquier mes que se estudie.

5.3 Variables que serán estudiadas.-

- Diagnóstico Quirúrgico de Ingreso.
- Camas Reales.
- Índice Ocupacional
- Intervalo de sustitución.
- Giro de Camas.
- Ingreso Hospitalario.

- Egreso Hospitalario.
- Estadía Pre- y Post Operatoria.
- Cirugía Electiva.
- Cirugía de Urgencia.

La operacionalización de estas variables se hizo en el Marco teórico (definición de conceptos).

5.4.- Método para recabar Información.

Para la obtención de la información se visitaron las policlinicas y hospitales ya mencionados y en ese orden secuencial, utilizando para ello las fuentes siguientes:

a) Fuente Primaria

- a.1. Se aplicó la técnica de observación ordinaria en las visitas preliminares para reconocer y delimitar el área de estudio. Lo cual fue de singular valor para la adopción de estrategias en la aplicación de las técnicas usadas en la investigación.-
- a.2. Para la obtención de la Información de la Organización Estructural y Funcional del Sistema de atención, se usó la técnica de entrevista, esto se aplicó tanto a los directores de policlinicas como a los directores de hospitales, el objetivo principal era definir las actividades principales en el flujograma del paciente a ser intervenido en Cirugía General Electiva.
- a.3. En el caso particular de los hospitales se continuó usando la observación ordinaria para no interferir en la espontaneidad del objeto de estudio.

a.4. En el caso de los hospitales se usó una ficha de datos para operativizar las principales actividades de la unidad de observación, así como las causas de suspensión de la cirugía general electiva.

b) Fuente Secundaria

b.1. Policlínicas.

Se obtuvo los datos de los informes mensuales de consultas médicas tanto para cirugía general como para especializada y del libro de programación de cirugía.

b.2. Hospitales.

La información se obtuvo:

- i - De los anuarios del movimiento hospitalario de 1982, 1983 y 1er. semestre de 1984.
- ii - Del expediente del paciente de Cirugía General electiva.
- iii - De los movimientos hospitalarios del mes en que se hizo la investigación.

RESULTADO Y ANALISIS

oooooooooooooooooooo

TABLA 1-a

RELACION ENTRE EL No. DE CONSULTAS C' x CON LA PLANIFICACION DE LAS MISMAS EN LA POLICLINICA ORIENTAL Y HOSPITAL MANOLO MORALES EN EL PERIODO SEPT. OCT. NOV. DE 1984

PACIENTES ATENDIDOS MESES	1 CONSULTAS CIRUGIAS GENERAL	2 CIRUGIAS GENERAL PROG.	3 %	4 CONSULTAS CIRUGIAS ESPEC.	5 CIRUGIAS ESPEC. PROGRAM.	6 %	7 TOTAL CONSULTA CIRUGIA	8 TOTAL CIRUGIA PROGRAM.	9 %
SEPTIEMBRE	633	26	4.1	2622	18	0.69	3255	44	1.35
OCTUBRE	690	32	4.64	2503	19	0.76	3193	51	1.6
NOVIEMBRE	719	38	5.28	3227	31	0.96	3946	69	1.75
T O T A L	2.042	96	4.70	8532	68	0.80	10.394	164	1.57

FUENTE: INFORMES MENSUALES Y LIBRO DE PLANIFICACION QUIRURGICA DE ESYREM DE POLICLINICA ORIENTAL. DATOS PRIMARIOS RECOLECTADOS POR EL AUTOR.

TABLA No. 1-b

RELACION ENTRE EL No. DE CONSULTAS DE C'x CON LA PLANIFICACION DE LAS MISMAS EN LA POLICLINICA CENTRAL
Y HOSPITAL LENIN FONSECA EN EL PERIODO SEP. OCT. NOV. DE 1984

PACIENTES ATENDIDOS MESES	1 CONSULTAS CIRUGIA GENERAL	2 CIRUGIA GENERAL PROG.	3 %	4 CONSULTAS CIRUGIA ESPEC.	5 CIRUGIA ESPEC. PROG.	6 %	7 TOTAL CONSULTAS CIRUGIA	8 TOTAL CIRUGIA PROG.	9 %
SEPTIEMBRE	595	36	6.05	2581	76	2.94	3176	112	3.53
OCTUBRE	906	79	8.72	3502	97	2.77	4408	176	3.99
NOVIEMBRE	713	45	6.31	2830	99	3.50	3543	144	4.06
T O T A L	2.214	160	7.22	8913	272	3.05	11.127	432	3.86

FUENTE: INFORMES MENSUALES Y LIBRO DE PLANIFICACION QUIRURGICA DE ESYREM DE POLICLINICA CENTRAL.

DATOS PRIMARIOS RECOLECTADOS POR EL AUTOR.

TABLA No. 1

DESCRIPCION

Se presenta en la línea horizontal superior de la tabla con el título de pacientes atendidos a los que en las Policlínicas consultaron en Cirugía General y en Cirugía especializada, de igual forma lo que en esas dos ramas fueron programados para ser intervenidos en el hospital correspondiente, ello se expresa en números absolutos y relativos según se trate de general o especializada, habiendo también un total general para consultas y programación quirúrgica representadas en esa expresión numérica. Todo lo anterior de acuerdo a cada mes contemplar en la columna donde aparece desde Septiembre a Noviembre del año estudiado.

ANALISIS GENERAL:

Se trata de encontrar la relación existente entre el número de pacientes que por demanda espontánea consultaron y fueron atendidos y de ese total que cantidad fue seleccionado y programado en la Policlínica para ser intervenido en su hospital de referencia.

ANALISIS PARTICULAR

TABLA 1-a (POLICLINICA ORIENTAL)

Impresiona en el total general (7 y 8) la cantidad de consulta quirúrgicas atendidas (10,394) y la cantidad de pacientes programados para ser intervenidos (164) tomando en cuenta que solo son consultas prequirúrgicas. Se podría argumentar que en el total de consultas se involucra tanto primeras consultas como subsecuentes pero, aún así y sin obviar la lista de esperas de seis meses se puede afirmar que esa cantidad programada es mínima y por lo tanto la respuesta al ser mínima no está en relación con la demanda (1.57%).

2) Se observa otra causa común en lo catalogado como suspensión por mala programación del cirujano, lo que expresado porcentualmente se expresa así:

a- Hospital Manolo Morales

En 198225%
En 198311.40%

b- Hospital Lenín Fonseca

En 1983 18%
En 1er. Semestre 1984... 26.3%

Lo anterior nos demuestra que ha habido un incremento en el Lenín Fonseca y un ligero decremento en el Manolo Morales.

3) La ausencia del anestésista es encontrada como otra causa común por lo que se suspendieron operaciones sin entrar en detalles (por carecer de información) si es o no justificado, lo cual independientemente de la causa por sí sola no se justifica. Medido esto porcentualmente encontramos:

a- Hospital Manolo Morales

En 1982 15.6%
En 1983 1%

b- Hospital Lenín Fonseca

En 1er. Semestre 84 1.6%

Además sin entrar mucho en detalle observamos otras causas comunes a) Falta de sangre, b) Autoclaves malos, c) Ausencia de los cirujanos, d) Equipos quirúrgicos en mal estado y e) Falta de gases anestésicos y oxígeno. Si analizamos profunda y detalladamente todas estas causas, encontraremos que quizás las suspensiones quirúrgicas derivadas del "Estado de Emergencia Nacional" como con-

Como nos interesa el comportamiento de la cirugía general, hacemos referencia al anexo a la tabla No. 1, 1-a, en donde analizamos solamente, la programación de éste tipo de cirugías encontrando que el 43.7% son para Hernioplastía, el 40% para otras cirugías generales y el 15.6% para Colectectomías, estos nos orienta a pensar que a pesar de la demanda quirúrgica se va priorizando relativamente la cirugía general. Si observamos la columna 2 y la columna 5, encontramos que la programación de cirugía general es de 58.5% en relación con la especializada que es de 41.5%, esa proporción se guarda en cada mes del Trimestre estudiado.

TABLA 1-b (POLICLINICA CENTRAL):

Encontramos que del total de pacientes que demandaron consulta de cirugía (11127) sólo 432 fueron programados, lo que representa un 3.86% del total. En el aspecto particular encontramos que la programación para cirugía especializada (272 casos) es mayor que la de cirugía general (160 casos), lo que en números relativos significa 62.9% para especializada y 37.1% para general, ello no es fortuito pues el comportamiento de cada mes del trimestre en estudio así lo demuestra.

Si nos circunscribimos solo al estudio de la cirugía general nos referíamos entonces al anexo de la tabla 1-b, y encontraremos que de las 160 intervenciones de cirugía general el 46.3% corresponde a $\frac{4}{7}$ Hernioplastías, el 20.6% a Colectectomías y un 33.5% a otras intervenciones. Sin embargo al enmarcarlo en el panorama general encontramos que se le ha dado mayor cobertura a la programación especializada.

ANALISIS COMPARATIVO:

Las consultas tanto en cirugía general como en la especializada están más o menos equilibradas en ambas políclínicas es decir, se asemejan en ese sentido pero, se diferencian en su programación quirúrgica pues mientras la Policlínica Oriental programa más cirugía general la Policlínica Central programa más especializada (ver en

tabla 1-a y 1-b el total de las columnas 2 y 5 respectivamente).

Si rescatamos la idea producto del análisis del cuadro número 3, aunque sea otro mes de otro año posterior ya en el hospital, encontramos que esa relación se sigue manteniendo lo que viene a soportar aún más nuestra aseveración del análisis comparativo de la programación quirúrgica en ambas policlínicas.-

TABLA No. 2

INTERVENCIONES QUIRURGICAS ELECTIVAS Y/O
SUSPENSION DE LAS MISMAS, EN LOS HOSPITALES
QUIRURGICOS DE LA REGION III. EN 1982, 1983, 1ER SEMESTRE
1984

FECHAS HOSPITAL	1983		1983				1ER SEMESTRE 1984						
	H.M.P.		H.A.L.F.		H.M.M.P.		H.A.L.F.		H.M.M.P.		H.A.L.F.		
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
INTERVENCIONES QUIRURGICAS													
ELECTIVAS	2216	-	2955		2315	-	3555	-	950	-	1698	-	
REALIZADAS	1903	85.88	2955	100	1975	8531	2650	7454	*		1126	6631	
SUSPENDIDAS	313	14.12	*		340	14.69	905	2546	*		572	3369	

FUENTE: ANUARIOS ESTADISTICOS DE ESYREM DE LOS HOSPITALES MANOLO MORALES Y LENTIN FONSECA.

*NO HAY DATOS REGISTRADOS

TABLA No. 2DESCRIPCION

La tabla presenta en su parte superior las fechas que corresponden a los años 1982, 1983 y 1er. Semestre de 1984, Inmediatamente en la línea inferior se encuentra el renglón que se refiere a los dos hospitales bajo estudio, Manolo Morales y Antonio Lenín Fonseca, y en la línea inferior columnas que se refieren a números absolutos y relativos. Aparece en el extremo izquierdo la columna que se refiere a intervenciones quirúrgicas subdividida en electivas, realizadas y suspendidas.-

ANALISIS

Aquí se hace referencia al total por año y un semestre (1984) de las intervenciones quirúrgicas incluyendo en este mismo concepto todo lo que por sí el sentido etimológico de la palabra comprende. Se dificulta un análisis pormenorizado de la información por lo siguiente: a) Sub-registro de datos, b) Negligencia en computar los datos (Hospital Manolo Morales 1er. Semestre 84) c) No registro de la información (Hospital Lenín Fonseca 1982).

Al hacer el análisis de los pocos datos que se recopilaron partiremos de unificar criterios de conceptos pero de la forma como el hospital lo maneja. Ellos consideran que se suman las intervenciones quirúrgicas realizadas con el total de suspendidas les da el total de Cirugías programadas. No se maneja un concepto de meta a alcanzar, sino más bien lo que cada días se programa a operar y la suma total al final del mes significará el número total de cirugías programadas.

El comportamiento histórico del Manolo Morales en la realización de intervenciones quirúrgicas se ha mantenido en un promedio de un 85%. En cambio el Lenín Fonseca ha venido disminuyendo su realización de intervenciones quirúrgicas y por consiguiente aumentando el número total de intervenciones suspendidas.-

CUADRO No. 1SUSPENSION DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS SEGUN CAUSAS, EN LOS HOSPITALES CLINICOS QUIRURGICOS DE LA REGION III EN 1982, 1983 Y 1ER. SEMESTRE DE 1984

CAUSAS DE SUSPENSION DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS	HOSPITAL MANOLO MORALES			HOSPITAL LENIN FONSECA		
	1982	1983	1er. SEMESTRE * 1984	* 1982	1983	1ER. SEMESTRE 1984
Equipo quirúrgico en mal estado	5	10			5	9
Falta de material de reposición periódica	5	3			-	-
Equipo de ayuda diagnóstica en mal estado.	-	1			-	-
Instrumental quirúrgico no estéril por autoclaves en mal estado.	1	10				
Falta de agua	-	-			4	10
Falta de Sangre	11	11			-	13
Falta de gases anestésicos y oxígeno	-	1			4	-
Ausencia del cirujano	13	10			10	1
Ausencia de ayudante de cirujías	5	3			-	-
Ausencia de anestésistas	48	3			-	10
Cancelada por anestésistas	-	-			49	104
Mala programación de anestésista	-	-			4	-
Mala programación del cirujano	77	39			134	163
Falta de valoración del paciente por el cirujano	6	8			-	-
Falta de estudio del paciente	14	25			14	-
Paciente mal preparado	7	12			-	-

CAUSAS DE SUSPENSIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS	HOSPITAL MANOLO MORALES			HOSPITAL LENIN FONSECA		
	1982	1983	1ER SEMESTRE * 1984	1982	1983	1ER SEMESTRE * 1984
	Estado de emergencia	39	46			6
Quirófano fuera de servicio	4	10			21	-
Falta de camas	7	6			-	-
Pacientes en malas condiciones	33	50			21	=
Paciente no asistió a su hospitalización.	8	59			440	298
Paciente rehusó intervención quirúrgica	17	19			-	-
Revaluación	2	11			20	3
Falleció antes de ser intervenido quirúrgicamente.	2	3			5	2
Falta y/o extravío del expediente clínico.	2	2			-	-
Cirujano citado a reunión al Nivel Central	2	-			-	-
T O T A L	308	342			737	620

FUENTE: ANUARIOS DE ESYREM DE LOS HOSPITALES LENIN FONSECA Y MANOLO MORALES.

* NO HAY DATOS REGISTRADOS EN ESYREM.

consecuencia de la guerra de agresión imperialista norteamericana, es la que se puede considerar como insalvable " y las demás", voluntad solamente y más agilidad en la gestión administrativa.

Para terminar éste análisis se explica la relación porcentual del total de cirugías en comparación con las intervenciones quirúrgicas suspendidas.

a) Hospital Manolo Morales

En 1982.....13.89%

En 1983.....14.52%

b) Hospital Lenin Fonseca

En 198320.73%

En 1er. Semestre 1984...36.5%

Ambos centros hospitalarios registraron un ligero incremento en la suspensión de los actos operativos, lo que profundamente estudiado da como resultado que de ello es de la competencia y responsabilidad de la institución como inherente al mismo (causas directas) lo siguiente:

a) Hospital Manolo Morales

En 1982 !.....67%

En 198345%

b) Hospital Lenin Fonseca

En 198336%

En 1er. Semestre 1984 ..50%

Se excluyó por supuesto el estado de emergencia Nacional, la reevaluación del paciente y todo aquello que atañe el paciente como tal (causas indirectas.)

ANALISIS DEL CUADRO No. 1

Revisando las series históricas en los hospitales clínicos quirúrgicos sobre el origen causal de la suspensión de intervenciones quirúrgicas, encontramos que lo primero que nos impresiona son los subregistros de la información, lo cual adolece a una poca eficiente organización en algunos casos, y en otros responde al interés particular de hacer mejor las cosas.-

Centrándonos ya en el cuadro, notamos que es causa común de suspensión en ambos hospitales lo siguiente:

1) Los pacientes que no asistieron a hospitalizarse, teniendo en ese rango un análisis porcentual de:

1.a Hospital Manolo Morales

En 1982.....2.6%
En 1983.....17.3%

1.b. Hospital Lenín Fonseca:

En 198359.7%
1er. Semestre de 1984..48.06%

Esto es muy significativo, ya que se trata de que en cada una de las unidades se incrementa el porcentaje de no asistir a su procedimiento quirúrgico, se ignora el motivo, ya que no se registra ese dato pero, si observamos el caso concreto del 1er. Semestre del 84, en el Lenín Fonseca notamos que en solo seis meses casi nivela la ocurrencia de todo el año anterior. Indistintamente de la causa del no ingreso se plantea la necesidad de designar a algún servicio investigar el proqué del fenomeno, ya que todos esos casos son pacientes estudiados y por lo tanto significan costo-paciente que afecta presupuestariamente al sistema.

CUADRO No.3

DIAGNOSTICO QUIRURGICO DE INGRESO EN LOS HOSPITALES CLINICOS QUIRURGICOS
DE LA REGION III. ENERO 1985

DIAGNOSTICO QUIRURGICO DE INGRESO		H O S P I T A L M A N O L O M O R A L E S P .		H O S P I T A L A . L E N I N F O N S E C A	
		GENERAL	ESPECIALIDAD	GENERAL	ESPECIALIDAD
<u>C.G.</u>	Hernias	34		10	
	Apendicitis	24		23	
	Vía Biliáres	14		10	
	Abscesos de drenaje externo	7		-	
	Tiroides	2		2	
	Insuficiencia del retorno venoso	1		3	
	Traumatismo cerrado de abdomen	4		-	
	Herida penetrante abdomen	5		1	
	Obstrucción intestinal	3		-	
	Otros	8		6	
	Herida penetrante torax		8		3
	Diversos canceres		7		12
	Lesión en arterias		3		1
	Otras		2		7
<u>URO</u>	Adenoma de Prostata		5		9
	Litiasis uretral		1		3
	Litiasis vesical		-		3
	CA de vías urinarias		1		1
	Fistula vesical		1		3
	Estrechez Uretral		2		3
	Otras		3		19
<u>ORTOPEDIA</u>	Diversas fracturas		21		27
	Hernias discales		3		1
	Herida por arma de fuego (CPAF)MI		3		2
	Osteomielitis		-		4

CUADRO No. 3

DIAGNOSTICO QUIRURGICO DE INGRESO	HOSPITAL MANOLO MORALES		HOSPITAL A. LENIN FONSECA	
	GENERAL	ESPECIALIDAD	GENERAL	ESPECIALIDAD
Heridas cortantes de M.S.		1		3
Osteosintesis		2		1
Halux Valgus		1		1
Otras Patologías		5		6
NEUROCIRUGIA:				
Fractura de craneo		5		21
Hernia discal		10		6
Meningocele		-		5
Diversos Hematomas cerebrales		1		2
Otras Patologías		8		19
O.R.L.				
Amigdalitis		-		15
Cuerpos extraños en cavidad		-		7
Neoplasias en cavidad		4		6
Papilomas laringeos		1		2
Fractura nasal		2		1
Quiste en cavidad bucal		-		6
Otras Patologías		3		13
MAXILO				
Fractura de cara		2		5
Tumor maxilar		1		1
Diversas plastías		-		7
Otras Patologías		-		7
OFTALMO				
Cataratas de diversas etiología		-		7
Esotropia		-		4
Trauma ocular		-		3
Estrabismos		-		3½
Otras patologías		-		9
SUB- TOTAL	102	103	55	258
TOTAL	205			313

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS EN LOS HOSPITALES: LENIN FONSECA, MANOLO MORALES. DATOS PRIMARIOS RECOLECTADOS POR EL AUTOR.

CUADRO No. 3DESCRIPCION:

Se presenta en éste cuadro el título que se refiere a los diagnósticos de ingreso quirúrgicos. Estos para su mejor estudio se han dividido por hospital (Lenín Fonseca y Manolo Morales) e imerso en ello si se trata de cirugía general o especializada. En la columna de diagnóstico quirúrgicos se agrupan cada motivo de ingreso en su especialidad correspondiente y en las columnas de la derecha la cantidad de intervenciones realizadas. En la última línea inferior y horizontal se encuentran tanto el sub-total como el total de la producción quirúrgica del mes estudiado.

ANÁLISIS :

Como su título lo refiere aquí se trata solo de diagnósticos de ingreso. Aquí encontramos que en el Hospital Manolo Morales hay una equidad proporcional entre las cirugía general y la especializada, no así en el Lenín Fonseca en donde de los 303 ingresos solo 45 son de cirugía general (14.8%). Si este análisis se circunscribe en solamente cirugía general (tomándolo como el 100%) encontramos que el 33% de esos ingresos en el Manolo Morales corresponde a Hernias y en el Lenín Fonseca es de un 22%, siendo en éste último ampliamente superado por las urgencias, ya que se ingresó un 51% de Apendicitis o sea que la mitad de los diagnósticos de ingreso correspondieron a esa patología, ocupando en el Manolo Morales solo un 23%. Si el diagnóstico de ingreso HERNIA lo vemos en relación al gran total de diagnósticos encontramos que este representa para el Manolo Morales un 16% y un 3.6% para el Lenín Fonseca.

Por lo tanto, encontramos que el Manolo Morales está ingresando Patología de demanda espontánea de mayor presión como son las Hernias seguida de urgencias y patología biliar.

En el Lenín esa proporción se invierte y vemos el servicio presionado por la urgencia y en similares circunstancias la patología biliar y las hernias diversas.

CUADRO No. 4

SUSPENSION DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS SEGUN CAUSAS

HOSPITALES CLINICO QUIRURGICOS DE LA REGION III. MES DE ENERO 1985

HOSPITAL MANOLO MORALES	HOSPITAL LENIN FONSECA
<p>CIRUGIA GENERAL</p> <p>A- CAUSAS DIRECTAS</p> <p>1. INTERNAS</p> <p>1.1. RECURSOS HUMANOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausencia del cirujano (2) - Ausencia del ayudante del cirujano (3) -Mala programación por el cirujano (2) <p>1.2. Recursos físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orden de Mantenimiento (1) <p>1.3. OTROS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Quirofano en estado de Emergencia. (8) - Estudios incompletos del paciente (3) - Quirofano contaminado (2) <p>B.- CAUSAS INDIRECTAS</p> <p>a- Del paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paciente mal preparado (1) - No había volúmen sanguíneo para transfundirle en la intervención quirúrgica (9) - Paciente en malas condiciones (3). - Paciente mejoró su condición (1). <p>CIRUGIA ESPECIALIZADA</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay Datos en ESYREM 	<p>CIRUGIA GENERAL</p> <p>A- CAUSAS DIRECTAS</p> <p>1. INTERNAS</p> <p>1.1. RECURSOS HUMANOS</p> <ul style="list-style-type: none"> No hubo anestésista (2) No pudieron intubar al paciente (1) <p>1.3. OTROS</p> <ul style="list-style-type: none"> hubo emergencia (2) <p>B= CAUSAS INDIRECTAS</p> <p>a- del paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> paciente no asistió a hospitalizarse (4) <p>CIRUGIAS ESPECIALIZADA</p> <p>A- CAUSAS DIRECTAS</p> <p>1. INTERNAS</p> <p>1.0 Recursos Materiales</p> <ul style="list-style-type: none"> R.X. Descompuestos (2) Máquina de anestesia en mal estado (2) <p>1.1.Recursos Humanos</p> <ul style="list-style-type: none"> No hubo anestesia (4) Anestésista no tuvo tiempo(1) <p>1.3.Otros</p> <ul style="list-style-type: none"> Estudios incompletos del paciente (3) Paciente mal preparado (1) Hubo emergencias (1) <p>B- CAUSAS INDIRECTAS</p> <p>a.- Del paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> No asistió a hospitalizarse (21) Paciente con gripe (2) Paciente con riesgo quirúrgico (5) Paciente fugado (1)
SUB TOTAL DE CIRUGIA GENERAL 35	9
SUB TOTAL DE CIRUGIA ESPECIALIZADA	43
TOTAL DE CIRUGIA 35	52

FUENTE: INFORME MENSUAL DEL MOVIMIENTO HOSPITALARIO ESYREM. HOSP. MMP. L.F.

ANÁLISIS DEL CUADRO No. 4DESCRIPCIÓN:

Se presentan dos columnas que corresponden respectivamente a cada uno de los hospitales bajo estudio, los contenidos están dirigidos a presentar de forma objetiva las causas de suspensión de las intervenciones quirúrgicas (general y/o especializada) tomando en cuenta si dichas causas son atribuibles al sistema o al que demanda el servicio. Entre parentésis se presenta un número que corresponde precisamente a la cantidad de intervenciones quirúrgicas que se suspendieron por esa causa.

ANÁLISIS:a) HOSPITAL MANOLO MORALES PERALTA:

En el ordenamiento jerárquizado de las tres primeras causas encontradas en la suspensión de las intervenciones quirúrgicas tanto general como especializada se refleja lo siguiente:

- a.1-9 Casos (25.7%) por falta de volumen sanguíneo.
- a.2+8 Casos (23%) por haber estado de Emergencia Nacional
- a.3+7 Casos (20%) por ausentismo del cirujano o ayudante

Globalmente encontramos (1) que un 60% (21 Casos) de las suspensiones quirúrgicas obedecieron a deficiencias del propio hospital en orden organizativo (aunque a.2 es afectación que se hace al sistema), (2) el 40% (14 casos) son suspensiones asignadas por el propio paciente.

b) -HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA:

Según el ordenamiento de las tres primeras causas de suspensiones de intervenciones quirúrgicas, encontramos:

- b.1- 25 casos (48%) por no asistir el paciente a hospitalizarse.
- b.2- 7 casos (15%) por ausentismo de los anestesiistas.
- b.3- 4 casos (8.5%) por razones de mantenimiento.

Lo cual traducido globalmente representa: (1) que un 36.5% (19 casos) de las suspensiones fueron por deficiencias del hospital y (2) 3.5% (33 casos) fueron de causas directamente derivada de los pacientes.-

CUADRO No. 5

MOVIMIENTO HOSPITALARIO DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA GENERAL

EN LOS HOSPITALES CLINICOS QUIRURGICOS DE LA REGION III.

ENERO 1985

INDICADORES	HOSPITAL MANOLO MORALES PERALTA				HOSPITAL ANTONIO LENIN FONSECA			
	PLANIFICADO	REALIZADO			PLANIFICADO	REALIZADO		
		C.GRAL.	C.ESP.	TOTAL		C. GRAL.	C. ESP.	TOTAL
No. Camas Reales	153	46	107	153	194	50	144	194
Indice Ocupacional	77	75.2	90	78.3	82	45.2	83	57.8
Promedio de Estadia	6.5	8.1	21	10.4	9	8	12	10.8
Intervalo de Sustitución	6	3.5	2.4	5.9	2	9.7	2.4	12.1
Giro de Camas	1.8	2.2	1.5	2.3	2.5	1.8	2.1	1.6
Egresos	686	118	135	253	931	88	328	416
Cirugias Realizadas	361	112	133	245	600	46	141	287

FUENTE: INFORME MENSUAL ESYREM, MOVIMIENTO HOSPITALARIO.

HOSPITAL MANOLO MORALES Y LENIN FONSECA

(VER ANEXO DE TABLA PARA COMPLETAR ESTUDIO).

ANALISIS DEL CUADRO No. 5DESCRIPCION:

Se presentan tres grandes columnas que corresponden: la primera a indicadores entre los que destacan los que miden productividad de la cama hospitalaria, posteriormente están dos columnas que se refieren a los dos hospitales bajo estudio, en donde se hace una presentación comparativa entre la planificación total y lo realizado por características muy particulares de las cirugías ejecutadas.

ANALISIS:

a) El análisis por separado de cada hospital arroja la siguiente información:

a.1. Hospital Manolo Morales:

La cama de cirugía general mantiene una estadía normal con un ligero aumento de su intervalo de sustitución además de tener un giro aceptable, en cambio la cama de cirugía especializada gira menos y el paciente dura más tiempo internado.

Se encontró que de los egresos quirúrgicos obtenidos en cuanto a cirugías realizadas, correspondió un 95% para cirugía general y un 96.8% para cirugía especializada.

a.2. Hospital Antonio Lenin Fonseca

Las camas de Cirugía General aparecen con una baja ocupación (42.2%), alto intervalo de sustitución (10 días) y un bajo giro de camas, lo cual nos habla de poca utilización del recurso cama.

El comportamiento de la cama de cirugía especializada es más satisfactorio presentando unicamente doce días de permanencia en comparación con los ocho programados.

En lo que a egresos quirúrgicos se refiere se encontró que solo al 52.3% de los egresos de cirugía general se les realizo el procedimiento y en cirugía especializada correspondió a un 73.5% de sus egresos.

El análisis comparativo de ambos hospitales nos muestra una mejor utilización del recurso cama en el Manolo Morales no así en el Lenín Fonseca en donde el índice ocupacional de las camas quirúrgicas es por el orden del 57.8%.

El total de egresos quirúrgicos está intimamente ligado a los indicadores que miden el recurso cama, por lo tanto los resultados para el Manolo Morales son del 96.8% de egresos quirúrgicos y de 69% para el Lenín Fonseca, afectándose la cirugía general de éste último hospital.

TABLA No. 3
 PROMEDIO DE ESTADIA Y POST OPERATORIA
 EN C' X GENERAL ELECTIVAS Y DE URGENCIA EN LOS
 HOSPITALES CLINICO QUIRURGICO DE LA REG. III
 ENERO 1985

E S T A D I A		INTERVENCIONES Q' X			
		ELECTIVAS		URGENCIA	
		H.M.M.P.	H.A.L.F.	H.M.M.P.	H.L.F.
X ESTADIA PRE-OP.	CORTA	43	16	64	28
	MEDIANA	1	2	-	2
	LARGA	-	1	3	-
	TOTAL	44	19	67	30
X ESTADIA POST-OPE.	CORTA	19	7	7	5
	MEDIANA	11	5	11	11
	LARGA	12	7	29	12
	TOTAL	42	19	47	28

FUENTE: EXPEDIENTES CLINICOS DE LOS HOSPITALES LENIN FONSECA Y MANOLO MORALES. DATOS PRIMARIOS RECOLECTADOS POR EL AUTOR.

TABLA No. 3DESCRIPCION

En la parte media derecha de la tabla encontraremos en su parte superior lo que compete a intervenciones quirúrgicas y estas a su vez en electivas o urgencias, ubicadas cada una en el hospital respectivo objeto de estudio. En la parte izquierda de la tabla está la columna de estadía subdividida en promedio de estadías tanto para pre como para post-operatorio cada cual con una forma de medir el tiempo en corta, mediana y larga. El total se mide en número absoluto de casos.

ANALISIS

En hospitales de agudos es de esperarse que la estancia sea corta, por las características no solo del hospital sino también de los casos (cirugías general) que ya ingresan a éstas unidades con todos sus estudios realizados prácticamente ha ser intervenidos con esa previa explicación analizaremos:

1.- Promedio de estadía pre-operatoria en cirugía colectiva encontramos que el comportamiento de la cama es como se esperaba, el Manolo Morales se manifiesta con valores satisfactorios con solo un caso de estadía mediana, lo cual podemos incluso considerarlo como aceptables, no así el Lenin Fonseca que además de sumar un caso en estadía mediana incorpora otro caso a estadía larga. Sin embargo si aquí involucramos factores coadyuvantes y coyunturales agregado a escasez de insumos podríamos solo así considerarlo como aceptable en vista de la proporción con la estadía corta.

2.- Promedio de Estadía Post-Operatoria en cirugía general electiva.

Aquí la situación es distinta dado que se trata de un paciente operado en las mejores condiciones, lo que hace que las complicaciones se minimicen y se facilite el egreso. Es lógico encontrar una estadía que se mueva en un rango de corta a mediana, sin embargo el hospital Manolo Morales refleja un 28.6% de casos que

presentan una estadía larga y el Lenín Fonseca tiene 36.8% de casos en esta misma estadía. Esto se ve reflejado en un giro de camas corto y un intervalo de sustitución prolongado (ver cuadro No. 4).

3.- Promedio de Estadía Pre-Operatoria en Urgencia de Cirugía.-

El comportamiento de la estadía en base a un buen diagnóstico y por el tipo de caso debería ser un alto porcentaje de estadía corta. Sin embargo encontramos tres casos de estancia larga que ingresaron al Manolo Morales por Emergencia como urgencia quirúrgica, las cuales finalmente fueron intervenidas como electivas. El Hospital Lenín Fonseca registra dos casos de estadía mediana que también ingresó como quirúrgica, uno de ellos fue un caso de colecistitis que era manejado en la Policlínica Central.

4.- Promedio de estadía Post-Operatoria en cirugía de urgencia en Cirugía General.

Por el carácter del tipo de cirugía es obvio encontrar un post-quirúrgico variable que vaya desde un promedio de estadía corto a uno largo, debido a que es producto de una intervención por un proceso agudo de instalación espontánea con riesgo de muerte incluso, lo cual hace que la recuperación esté relacionada con el estado morbido con que ingresó el paciente.

TABLA Nº 4

TOTAL DE TIEMPO DISPONIBLE, SEGUN INTERVENCIONES
QUIRURGICAS ELECTIVAS, HOSPITAL MANOLO MORALES, ENERO 1985

FECHA D F	CIRUGIA ELECTIVA	TIEMPO QUIRURGICO		HORAS TIEMPO QUIRURGICO	TRES QUIROFANOS A 8 HORAS CADA UNO	SUBTOTAL DE TIEMPO DISPONIBLE EN HORAS	TIEMPO APROXIMADO UTILIZADO ENTRE CADA CIRUGIAS EN HORAS	TOTAL DE TIEMPO DISPONIBLE EN HORAS
		MINUTOS	HORAS					
J 3	TRAUMA	235	3.55	14.30	24	9.30	1.3	9
	SIMPLECTOMIA	235	2.15					
	MAXILO	500	8.20					
V 4	TRAUMA	330	5.30	8.15	24	15.45	1.3	14.15
	NEUROCIRUGIA	135	2.15					
	CIRUGIA GENERAL	30	0.30					
J 5	MAXILO FACIAL	210	3.30	5.20	24	18.4	1.3	17.1
	CIRUGIA GENERAL	30	0.30					
	ORTOPEDIA	80	1.20					
L 7	UROLOGIA	110	1.50	21.25	24	2.35	1.3	1
	ORTOPEDIA	670	11.10					
	CIRUGIA GENERAL	505	8.25					
M 8	NEUROLOGIA	130	2.10	12.10	24	11.5	2	9.5
	CIRUGIA PLASTICA	230	3.50					
	ORTOPEDIA	310	5.10					
M 9	CIRUGIA GENERAL	60	1	14.35	24	9.25	1.3	7.55
	ORTOPEDIA	545	9.05					
	CIRUGIA TORAX	230	3.50					
V 11	CIRUGIA GENERAL	100	1.10	10.30	24	13.3	1.3	12
	ORTOPEDIA	240	4					
	UROLOGIA	195	3.15					
S 12	UROLOGIA	195	3.15	6	24	18	1	17
	MAXILO FACIAL	130	2.10					
	ORTOPEDIA	230	3.50					
L 14	UROLOGIA	270	4.3	9.3	24	14.3	1	13.3
	GINECOLOGIA	300	5					
	CIRUGIA GENERAL	480	8					
M 15	ORTOPEDIA	255	4.15	13.45	24	10.15	1.3	8.45
	MAXILO FACIAL	90	1.30					
	CIRUGIA GENERAL	500	8.20					
M 16	CIRUGIA DE TORAX	180	3	17.40	24	6.2	1.3	4.5
	ORTOPEDIA	380	6.20					
	CIRUGIA GENERAL	1125	18.45					
J 17	NEUROCIRUGIA	110	1.50	20.35	24	3.25	1.3	1.55
	CIRUGIA GENERAL	280	4.10					
	UROLOGIA	210	3.30					
V 18	NEUROCIRUGIA	100	1.40	12.55	24	11.45	2 h.	9.45
	CIRUGIA GENERAL	185	3.05					
	ORTOPEDIA	210	3.30					
S 19	O.R.L.	100	1.40	3.25	24	20.35	1 h.	19.35
	PLASTICO	305	1.45					
	ORTOPEDIA	900	15					
L 21	URO	210	3.30	22.50	24	1.5	1.30	0.2
	CIRUGIA GENERAL	260	4.20					
	ORTOPEDIA	260	4.20					
M 22	PLASTICO	190	3.10	21.10	24	2.5	2.3	0.2
	CIRUGIA GENERAL	380	6.20					
	TORAX	300	5					
M 23	NEUROCIRUGIA	140	2.20	21.30	24	2.3	1	1.3
	CIRUGIA GENERAL	870	14.30					
	ORTOPEDIA	120	7					
J 24	CIRUGIA GENERAL	660	11	15.35	24	8.45	1.3	7.15
	MAXILO FACIAL	175	2.55					
	NEUROCIRUGIA	120	2					
V 25	CIRUGIA GENERAL	550	9.15	22.40	24	1	2 h.	-
	URO	335	5.58					
	ORTOPEDIA	495	8.25					
S 26	O.R.L.	40	0.40	4.05	24	19.55	1.3	18.25
	CIRUGIA GENERAL	70	1.10					
	ORTOPEDIA	170	2.50					
	O.R.L.	45	0.45					

TABLA NO. 5
TOTAL DE TIEMPO DISPONIBLE SEGUN INTERVENCIONES
QUIRURGICAS ELECTIVAS. HOSPITAL LENIN FONSECA, ENERO 1985

FECHA D F	CIRUGIA ELECTIVA	TIEMPO QUIRURGICOS		HORAS TIEMPO B O' X	CIRUROS A HORAS C/U	SUBTOTAL DE TIEMPO DISPONIBLE EN HORAS	TIEMPO APROXIMADO UTILIZADO ENTRE CADA C'X	TOTAL DE TIEMPO DISPONIBLE EN HORAS
		MINUTOS	HORAS					
R 2	URO O.R.L.	35 10	8.35 0.10	.45	32	31.15	1 h.	30.15
J 3	URO C. PLASTICA	120 55	2 h. 1.35	2 h	32	30	0.3	29.30
V 4	ORTOPEDIA C. GENERAL O.R.L.	370 247 80	6.10 4.07 1.20	15.12	32	16.48	2.3	14.18
S 5	O.R.L. C. GENERAL ORTOPEDIA NEUROCIRUGIA	55 240 45	0.55 4 0.45	8.45	32	23.15	2	23.15
L 7	C. GENERAL URO NEUROCIRUGIA O.R.L.	185 259 170	3.5 4.19 3.	8.48	32	23.12	2	21.12
M 8	O.R.L. C. GENERAL ORTOPEDIA C. PLASTICA C. GENERAL ORTOPEDIA	165 100 30	28.45 1.40 0.30	8.37	32	23.23	2.3	20.53
M 9	C. GENERAL NEUROCIRUGIA URO	81 141 327	1.21 2.21 5.27	9.36	32	22.28	1.3	20.58
V 11	URO C. PLASTICA NEUROCIRUGIA C. GENERAL ORTOPEDIA O.R.L.	45 200 151 135	0.45 3.20 2.31 2.15	4.46	32	27.14	1	26.14
S 12	URO C. PLASTICA C. GENERAL ORTOPEDIA O.R.L.	200 150 110 11	3.20 2.30 1.50 0.11	7.51	32	24.49	2 h	22.49
L 14	C. GENERAL O.R.L. NEUROCIRUGIA URO	302 110 115	5.02 1.50 1.55	11.54	32	20.46	2	18.46
M 15	C. PLASTICA OPTALMOLOGIA C. GENERAL ORTOPEDIA	187 50 195 95	3.07 1.30 3.15 1.35	11.26	32	20.34	2	18.34
M 16	URO O.R.L. OPTALMOLOGIA C. GENERAL NEUROCIRUGIA	306 270 50 15	5.06 4.30 0.50 0.15	7.45	32	24.15	2.3	21.45
J 17	C. GENERAL O.R.L. C. GENERAL OPTALMOLOGIA URO	30 100 90 105	1.40 1.40 1.30 1.45	10.54	32	21.06	2	19.06
V 18	URO C. PLASTICA ORTOPEDIA C. GENERAL O.R.L.	270 114 290 245	4.30 1.54 4.50 4.5	14.34	32	17.26	2.3	14.56
S 19	C. GENERAL O.R.L. URO	81 144 145	1.21 2.24 2.25	2.25	32	29.35	0.3	29.05
L 21	O.R.L. URO C. GENERAL	195 201 88	3.15 3.21 1.28	8.04	32	23.56	1.3	22.26
M 22	C. GENERAL ORTOPEDIA OPTALMOLOGIA C. PLASTICA C. GENERAL	340 305 245 95	5.40 5.05 4.05 1.35	16.25	32	15.35	2	13.35
M 23	C. GENERAL NEUROCIRUGIA O.R.L. URO	363 30 190 440	6.03 0.30 3.10 7.20	17.03	32	14.57	2	12.57
J 24	URO ORTOPEDIA OPTALMOLOGIA C. GENERAL	530 36 200	8.50 0.36 3.20	12.46	32	19.14	1.3	17.44
V 25	C. GENERAL ORTOPEDIA C. PLASTICA URO	280 305 59	4.20 5.05 0.59	13.44	32	18.16	2	16.16
S 26	O.R.L. C. GENERAL NEUROCIRUGIA	200 75 145	3.20 1.15 2.25	7	32	25	1.3	13.3

ANALISIS DE TABLA No. 4 y 5

DESCRIPCION

Esta tabla presente de forma clara y precisa ocho (8) columnas que deben interpretarse de la forma siguiente:

- 1) Día y fecha del mes, 2) Cirugías programadas, independiente si es o no general especializada, 3) El tiempo quirúrgico se refiere al involucrado durante el proceso operatorio el cual expresamos en minutos y su conversión en horas por cirugía, 4) Se presenta la sumatoria de todos los tiempos parciales por día operatorio, 5) Aunque la dotación de quirófanos del hospital es de cuatro para el Manolo Morales y seis para el Lenín Fonseca, por razones de cálculo y para mayor objetividad el análisis se hará con los que realmente funcionan, 3 (tres) para el Manolo Morales y cuatro para el Lenín Fonseca, asignándoles a ambos un tiempo de ocho horas quirúrgicas por quirófano, por lo tanto el Manolo Morales ofertará 24 horas quirófano y el Lenín Fonseca 32 horas.
- 6) En ésta columna se refleja el resultado de la diferencia entre el total de tiempo quirúrgico ofertado y la sumatoria de los tiempos utilizados, quedándonos entonces el tiempo del cual disponemos aún, 7) Por razones de cálculo asignamos un tiempo promedio de 30 minutos entre la finalización de una intervención y el inicio de la siguiente en el mismo quirófano, o sea el tiempo necesario para limpieza, preparación de maleta, etc. 8) Esta columna nos expresa el tiempo que por día quirúrgico no fue utilizado. (En anexo se presentan gráficas para mejor ilustración).

ANALISIS

Es obvio e impacta la no completa utilización general de los quirófanos derivado de una deficiente organización de ese recurso, se incluyen en ésta aseveración ambos hospitales siendo más crítico para el Lenín Fonseca cuyo tiempo mínimo no utilizable es de 12.57 horas y el máximo registrado es de 30.15 horas de tiempo quirúrgico que no fue utilizado.

Esto debe de considerarse al reflexionar sobre la demanda constante de turnos quirúrgicos por parte de los cirujanos o la virtual suspensión de cirugías por no disponer de quirófanos, lo cual se proyecta en la prolongación de la listas de espera.

El esquema de los gráficos 1 y 2 nos refleja de forma explícita en cada barra el tiempo quirófano no utilizado en la programación de cirugías electivas.

TABLA No. 6

PRODUCCION POR QUIROFANOS Y TIEMPOS QUIRURGICOS

HOSPITAL MANOLO MORALES. ENERO 1985

FECHAS		INTERVENCIONES QUIRURGICA		TOTAL	PRODUCCION TOTAL POR QUIROFANO	TOTAL DE TIEMPO QUIRURGICO (HORAS)	TIEMPO QUIRURGICO POR (HORAS)	TIEMPO QUIRURGICO DE ELECTIVAS (HORAS)	PRODUCCION POR QUIROFANO EN ELECTIVAS (TRES QUIROFANOS)
DIA	FECHA	PLANIFICADA	EMERGENCIA						
M	1	-	4	4	1.3	9.15	3.05	-	-
M	2	-	-	-	-	-	-	=	-
J	3	3	7	10	3.3	28.4	2.37	14.30	1
V	4	4	-	4	1.3	8.25	2.75	81.5	1.3
S	5	3	2	5	1.6	10	3.33	5.20	1
L	7	10	5	15	5	31.25	10.4	21.25	3.3
M	8	5	6	11	3.6	27.25	9.08	12.10	1.7
M	9	9	16	25	5	25.54	8.51	14.35	3
J	10								
V	11	6	7	13	4.3	18.25	6	10.30	2
S	12	3	4	7	2.3	13.38	4.46	6	1
D	13	-	-	-	-	-	-	-	-
L	14	3	6	9	3	19.58	6.5	9.3	1
M	15	10	-	10	3.3	16.25	5.4	13.45	3.3
M	16	9	3	12	4	22.08	7.36	17.40	3
J	17	9	7	16	5.3	30.58	10.19	20.35	3
V	18	8	5	13	4.3	23.34	7.78	12.55	2.7
S	19	2	9	11	3.6	22.5	7.5	3.25	0.6
D	20	-	1	1	0.3	0.45	0.15	-	-
L	21	10	2	12	1	28.4	9.5	22.50	3.3
M	22	11	7	18	6	32.08	10.7	21.10	3.6
M	23	10	-	10	3.3	21.5	7.16	21.30	3.3
J	24	7	3	10	3.3	24.17	8	15.55	2.3
V	25	10	4	14	4.6	29.34	9.8	23.40	3.3
S	26	4	4	8	2.6	10.34	3.4	4.05	1.3
D.	27	-	1	1	0.3	0.30	0.1	-	-
TOTAL:		136	103	239	3.16	452.38	6.24	17.27	2.25

TABLA No. 7
PRODUCCION POR QUIROFANOS Y TIEMPOS QUIRURGICOS
HOSPITAL MANOLO MORALES, ENERO 1985

F E C H A S		INTERVENCIONES QUIRURGICA		TOTAL	PRODUCCION TOTAL POR QUIROFANO	TOTAL DE TIEMPO QUIRURGICO (HORAS)	TIEMPO QUIRURGICO POR (HORAS)	TIEMPO QUIRURGICO DE ELECTIVAS (HORAS)	PRODUCCION POR QUIROFANO EN ELECTIVAS (TRES QUIROFANOS)
DIA	FECHA	PLANIFICADA	EMERGENCIA						
M	1	-	-	-	-	-	-	-	-
M	2	2	6	8	2	10.43	3	0.45	0.5
J	3	4	8	12	3	5.30	1.3	2	1
V	4	11	2	13	3.25	15.11	4.2	15.12	2.75
S	5	8	2	10	2.5	10.10	2.5	8.45	2
D	6	-	4	4	2	4.24	1.06	-	-
L	7	10	2	12	3	9.48	2.37	8.48	2.5
M	8	8	3	11	2.75	12.5	3.13	8.37	2
M	9	7	1	8	2	10.32	2.58	9.32	1.75
J	10	-	5	5	1.25	4.47	1.11	-	-
V	11	4	5	9	2.75	9.45	2.36	4.46	1
S	12	7	4	11	2.25	11.47	3.4	7.51	1.75
D	13	-	5	5	1.25	11.53	3.3	-	-
L	14	12	5	17	4.25	16.74	4.19	11.54	3
M	15	10	6	16	4	17.25	4.31	11.26	2.5
M	16	7	7	14	3.5	13.32	3.33	7.45	1.75
J	17	11	-	11	2.25	14.29	3.57	10.54	2.75
V	18	13	3	16	4	19.26	5.19	14.34	3.25
S	19	3	6	9	2.75	8.40	2.1	2.25	0.75
D	20	-	6	6	1.5	6.09	1.52	-	-
L	21	10	5	15	3.75	17.49	4.37	8.04	2.5
M	22	14	6	20	5	24.10	6.02	16.25	3.5
M	23	10	5	15	3.75	22.39	6	17.03	2.5
J	24	15	8	23	5.75	17.46	4.37	12.46	3.75
V	25	15	3	18	4.5	18.34	5	13.44	3.75
S	26	8	8	16	4	14.27	3.57	7	2
D	27	-	5	5	1.25	4.20	1.05	-	-
TOTAL		189	120	309	3	197.43	3.27	9.32	2.25

ANALISIS DE TABLA 6 y 7DESCRIPCION

Manejaremos un total de 8 (ocho) columnas las que se interpretan de la siguiente manera: 1) Fechas, involucra además el día correspondiente, 2) En intervenciones quirúrgicas se considera la cantidad de operaciones efectuadas tanto selectivas como de emergencia, 3) El total se refiere a la sumatoria de ambos tipos de intervenciones quirúrgicas, 4) Producción por quirófano, es la cantidad de intervenciones quirúrgicas realizadas por cada sala de operaciones, 5) En el tiempo quirúrgico se hace alusión a la sumatoria de todos los tiempos quirúrgicos utilizados en las diversas intervenciones, 6) El tiempo quirúrgico por quirófano es el tiempo total utilizado durante las 24 (veinticuatro) horas que está a disposición, ya que involucra urgencias y electivas (7) para un análisis más específico se expresa en ésta columna el tiempo quirúrgico utilizado para cirugías electivas dentro de las ocho horas que se ofertan, (8) La última columna hace referencia a la producción por quirófano pero solamente para las cirugías electivas.

ANALISIS

Se trata de presentar objetivamente y de acuerdo al cómputo de los tiempos quirúrgicos tomados en cada hoja del record operatorio, un análisis de la capacidad de producción quirúrgica de cada de los quirófanos de los hospitales en estudio.

Es considerado como rendimiento óptimo (según OMS/OPS) de 3-4 cirugías por quirófanos, partiendo de ese principio y aplicándolo a la realidad de cada hospital encontramos que en cirugías electivas con ocho horas de programación quirúrgica por día, observamos que: 1) En el Hospital Antonio Lenin Fonseca el rendimiento obtenido fue de un 23.8%, o sea que solo en cinco ocasiones la producción estuvo oscilando en valores de 3 a 3.75, 2) En el Hospital Manolo Morales Pe-

ralta el rendimiento quirófono fue de un 45%, o sea que en nueve ocasiones la producción osciló en valores de 3 a 3.6.

De acuerdo a lo anterior hemos encontrado que el rendimiento por quirófanos por cirugías programadas ha sido deficiente siendo más sentido en el Hospital Lenin Fonseca. Si estos resultados los comparamos con los gráficos No. 1 y 2 encontraremos que ambos se complementan, o sea que hay una paralela correspondencia entre el rendimiento por quirófanos por cirugías programadas ha sido deficiente siendo más sentido en el Hospital Lenin Fonseca. Si estos resultados los comparamos con los gráficos No. 1 y 2 encontraremos que ambos se complementan, o sea que hay una paralela correspondencia entre el rendimiento por quirófono por día y el tiempo invertido en la actividad quirúrgica para cirugía electiva!-

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES1.- C O N C L U S I O N E S

- 1.1. La Programación quirúrgica en ambas políclínicas adolece de control dado que cada cirujano planifica sus casos, seleccionando aquellos que según su criterio e interés debe o no operarse. Lo encontramos reflejado en la relación consulta-Programación Quirúrgica y Lista de Espera.
- 1.2. Hay deficiente registro de información estadística en ambos hospitales, criterios distintos de recopilar datos y actitud negligente de algunos trabajadores de este ramo para mejorar el sector.
- 1.3. Existe una programación regional bajada a cada hospital ésta es obviada al momento del trabajo real, quedando la meta (marco de referencia de producción) sin ser tomada en cuenta. Se encontró que los directores de los hospitales estudiados no analizan su producción mes a mes y como consecuencia no toman medidas para mejorar esa situación.
- 1.4. La suspensión de las intervenciones quirúrgicas programadas indica el hacer un análisis inmediato acompañado paralelamente de respuestas inmediatas, sin embargo hemos encontrado como las mismas se incrementan en nuestras unidades estudiadas sin dárseles un tratamiento oportuno y eficaz.

PRODUCTO DE ESE ANALISIS ENCONTRAMOS:

- 1.4.1. Pacientes que no asisten a hospitalizarse aún cuando tienen asegurado cama y turno quirúrgico. Ninguna estructura del hospital investiga los elementos de ese fenómeno.

- 1.4.2. Cirugías electivas que se suspenden por mala programación considerando como una causa la no realización del chequeo paranebstésico.
- 1.6.- El resultado obtenido del análisis del promedio de estadía en cirugía general electiva nos dice que hay prolongación de la misma tanto en el pre como en el post-operatorio, siendo mayor en el Hospital Lenin Fonseca.
- 1.7.- La productividad en cirugía general electiva se expresa en el Manolo Morales con un 94.9% como egresos quirúrgicos y como 52.3% en el Lenin Fonseca. Lo que en el caso de éste último hospital señalado va directamente relacionado con la sub-utilización del recurso cama (demostrado por indicadores).
- 1.8.- No hay una verdadera programación de los tiempos quirúrgicos lo que se ha traducido en un pobre rendimiento de los quirófanos. Por lo tanto no resulta raro encontrar como el Lenin Fonseca utiliza solamente el 37% del tiempo quirúrgico a su disposición para cirugías, electivas, siendo en el Manolo Morales un 63%.
- 1.9 La separación física, geográfica y administrativa del Policlinico con el Hospital, rompe la unidad estructural y organizativa de este conjunto, fomentando la incoherencia en la gestión, indisciplina y falta de control a todo nivel debido a la duplicidad del esfuerzos.

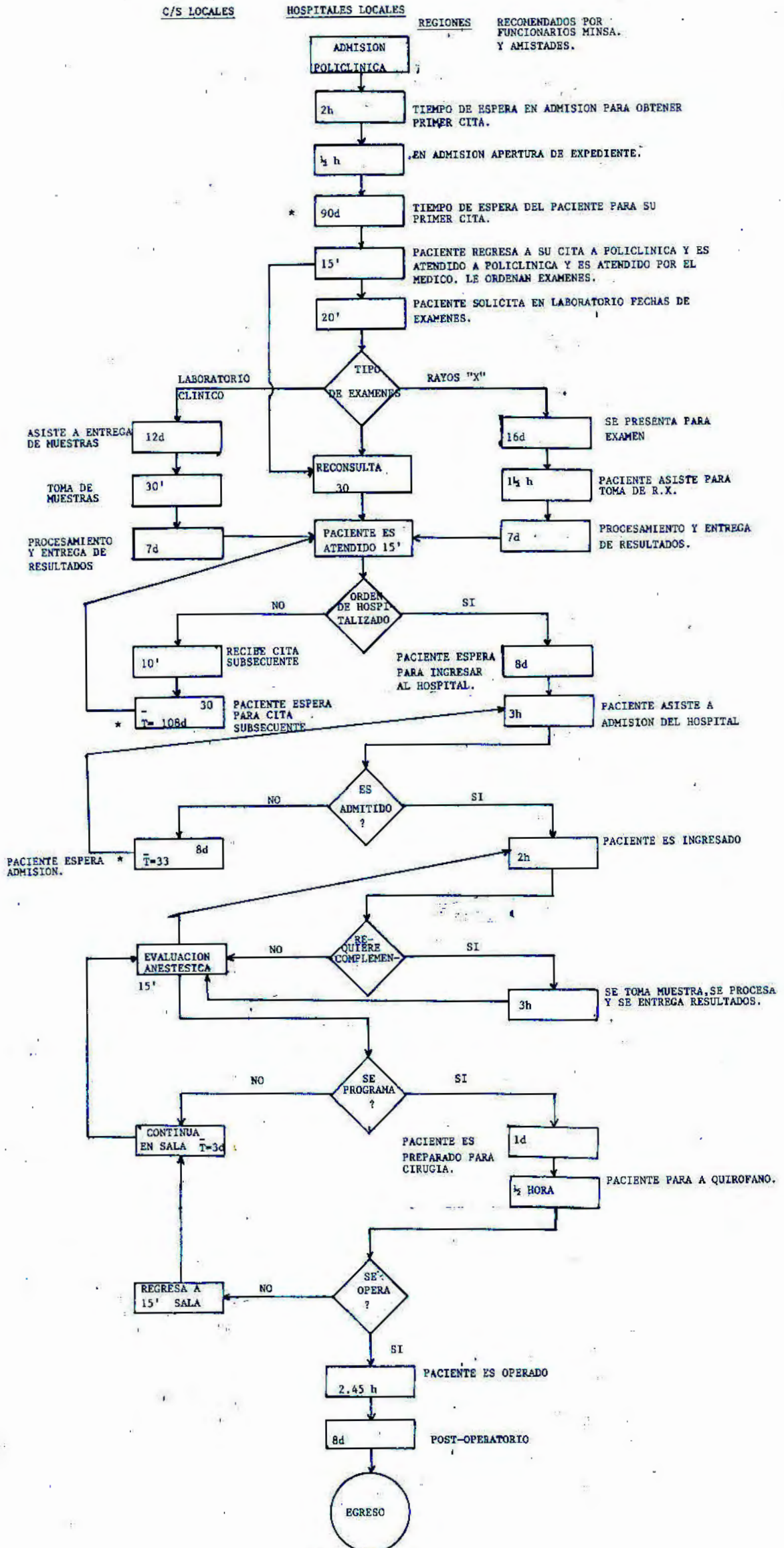
2.-

RECOMENDACIONES

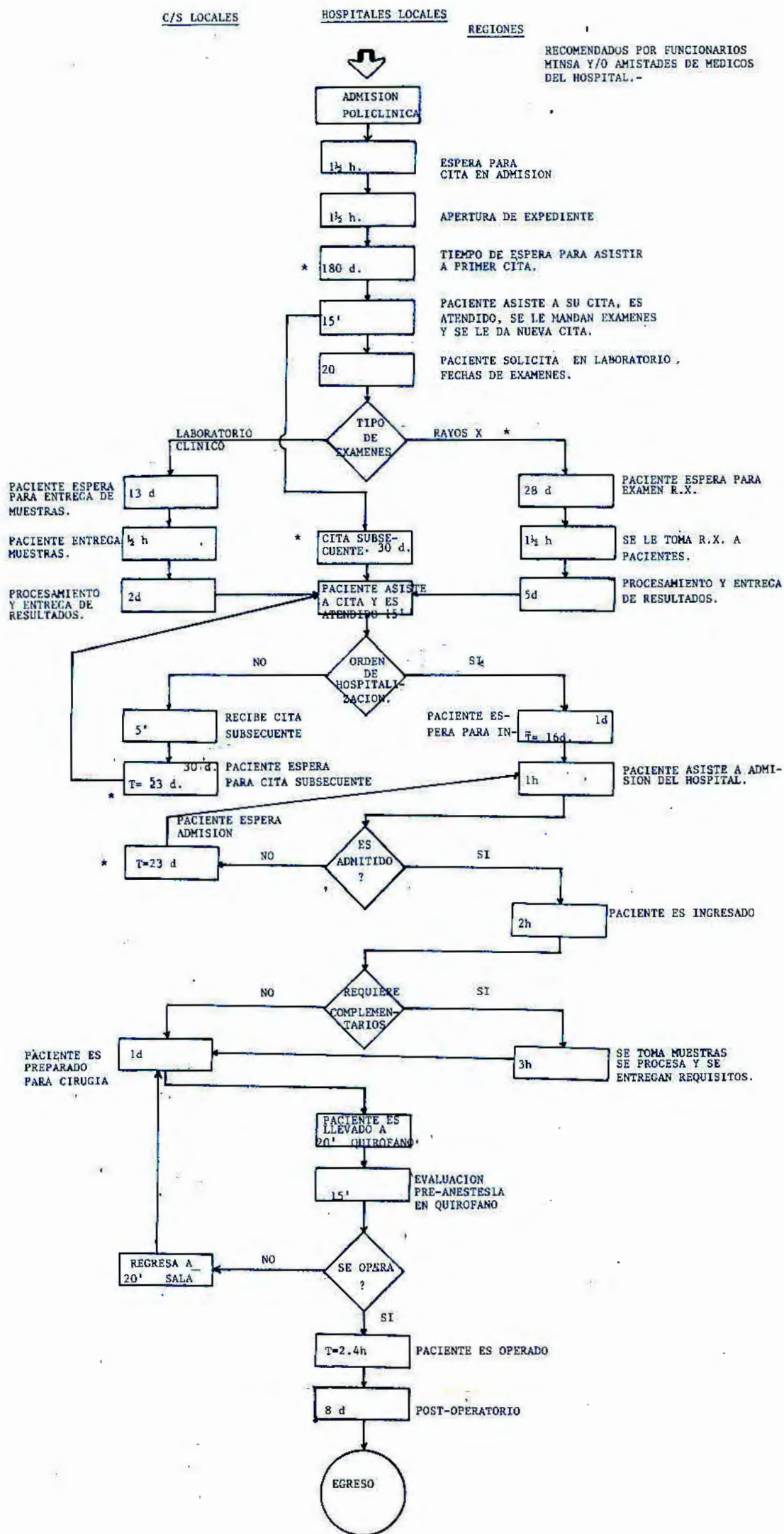
- 2.1. Manejo centralizado de agendas de programación quirúrgica.
- 2.2. Profundizar en el análisis de las causas de suspensión de cirugías programadas.
- 2.3. Asignar un recurso médico al bloque quirúrgico con preparación en elementos de programación y productividad, dirigido hacia el rendimiento de quirófanos.
- 2.4. Capacitar a jefes de servicio en el uso y manejo de indicadores del recurso cama, con el objetivo de mejorar la utilización de la misma.
- 2.5. Impulsar el método de control " Supervisión" del Nivel Regional a la unidad, y de la dirección de la unidad a sus servicios, siendo ésta de forma periódica y con contenidos definidos.
- 2.6. Jerarquizar las Policlinicas en función de Sub-Dirección de cada hospital correspondiente para facilitar el control, disciplina y productividad del recurso hospitalario que desarrolla parte de su horario de trabajo en las policlinicas.

A N E X O

REFERIDO DE:



FLUJOGRAMA DE PACIENTES
 POLICLINICA CENTRAL- HOSPITAL LENIN FONSECA



ANEXOS DE TABLA No. 1-aCIRUGIA GENERAL ELECTIVA, SEGUN PROGRAMA, POLICLINICA
ORIENTAL. SEPTIEMBRE- OCTUBRE- NOVIEMBRE 1984

CIRUGIA MESES	CIRUGIA GENERAL PROGRAMADA			
	HERNIAS	COLECISTITIS	OTRAS	TOTAL
SEPTIEMBRE	1	5	20	26
OCTUBRE	15	4	13	32
NOVIEMBRE	26	6	6	38
T O T A L	42	15	39	96

FUENTE: ESYREM P.O

ANEXOS DE TABLA No. 1-bCIRUGIA GENERAL ELECTIVA, SEGUN PROGRAMA, POLICLINICA
CENTRAL. SEPTIEMBRE- OCTUBRE - NOVIEMBRE 1984

CIRUGIA MESES	CIRUGIA GENERAL PROGRAMADA			
	HERNIAS	COLECISTITIS	OTRAS	TOTAL
SEPTIEMBRE	15	7	14	36
OCTUBRE	40	17	22	79
NOVIEMBRE	19	9	17	45
T O T A L	74	33	53	160

FUENTE: ESYREM P.C.

ANEXO DE TABLA No. 2

(A) TOTAL DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS.
SEGUN CIRUGIAS GENERALES. HOSPITAL
"MANOLO MORALES" ENERO DE 1985

PROGRAMADA		NO PROGRAMADA		NO REALIZADAS	
FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO
17	11	10	6	71	58
28		16		129	
44		11		129	
173					

FUENTE: EXPEDIENTES ESYREM

(B) TOTAL DE INTERVENCIONES QUIRURGICAS.
SEGUN CIRUGIAS GENERALES. HOSPITAL
"LENIN FONSECA" ENERO DE 1985

PROGRAMADA		NO PROGRAMADA		NO REALIZADAS	
FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO	FEMENINO	MASCULINO
9	4	6	-	10	5
13		6		15	
19				15	
34					

FUENTE: EXPEDIENTES ESYREM

ANEXO DE TABLA No. 2

(C) TOTAL DE CIRUGIA GENERAL REALIZADAS. SEGUN
SEXO Y TIPO DE CIRUGIA. HOSPITAL "MANOLO
MORALES" ENERO DE 1985.

SERVICIO SEXO	EMERGENCIA	ELECTIVAS	T O T A L
MASCULINO	36	18	54
FEMENINO	32	26	58
T O T A L	68	44	112

FUENTE: ESYREM HOSPITALARIO

(D) TOTAL DE CIRUGIA GENERAL REALIZADAS. SEGUN SEXO
Y TIPO DE CIRUGIA. HOSPITAL LENIN FONSECA. ENERO
1985

SERVICIO SEXO	EMERGENCIA	ELECTIVAS	T O T A L
MASCULINO	9	4	13
FEMENINO	18	15	33
T O T A L	27	19	46

FUENTE: ESYREM HOSPITALARIO

VIII.- BIBLIOGRAFIAA- Bibliografía Consultada.

- 1.- Escalona Mario. Temas de Administración de Servicios y Programas de Salud Pública.- Edit. Depto. de Pub. IDS. Habana Cuba 1983.
- 2.- Robenrieth M. La Coordinación como medio para mejorar la eficiencia y la efectividad de la Organización. XI Seminario Inter Adm. Ser Salud Pública. Cient. 271 OMS/OPS: 37-47 1973.
- 3.- Camel Fayad. Estadísticas Médicas y de Salud Pública. Edit. Pueblo y Educación. Habana Cuba 1979.
- 4.- Fernandez M.C.: Acosta Pedrera C. Algunos Elementos de Investigaciones de Operaciones: Situaciones en que puede emplearse. Rev. Cub Adm. Salud. 4(2): 161-164, Abr. Jun. pag. 161-164 1978,
- 5.- Fruend Johnne. Estadística Elemental Moderna. Edit. Pueblo y Educación. Habana Cuba 1983.
- 6.- Hermida C. El Método en Investigación y Administración de Salud. Depto. de la Facultad de CCMM. Quito, Ecuador 1983.
- 7.- Lekarev I.G. Problemas actuales de la estrategia de la Planificación de Salud Pública. Higiene Social y Organización de Salud Pública, 186-189. Edit. CCMM, MINSAP. Habana Cuba 1983.
- 8.- Matilla H; Quintero R. Procedimientos de Investigación Operacional Aplicadas a la Optimización del Personal del Salón de partos en un Hospital Gineco-Obstetrico. Rev. Cub. Adm. Salud 3(4): 365-371. Oct. Dic. 1977.

- 9.- Pérez A. Carlos . La Teoría General de Sistemas y su aplicación a la administración de los servicios de salud. Doc. No. PNSP/83 24. OPS/OMS, Washington, USA. Feb. 1983.
- 10.- Peña Jorge, Ortíz Jorge; Goldstucker Erika. Sistema de Información Dinámico de Evaluación del apoyo a unidades de pacientes. RD/13/16, OPS/OMS. Washinton, USA. Enero 76.

B.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Sonis Abraan. Función Asistencial del Hospital. Administración Hospitalaria. IDS, Habana Cuba 1983, pag. 456.
- 2.- Ibid.
- 3.- Lenin V.I. El Estado y la Revolución. Obras Escogidas, Tomo II. Edit. Progreso Moscú, 1960. pag. 289-299.
- 4.- Harnecker Marta. Los Conceptos Elementales del Materialismo Histórico. Edit. Siglo XXI, 35 ava. Edición, México D.F. 1976 pag. 113.
- 5.- Castellanos P. Luis. Notas sobre el Estado y la Salud en Venezuela. Rev. Latinoamericana de Salud. Edit. Nueva Imagen S.A. Escollo 310, México D.F. pag. 6
- 6.- Castellanos P. Luis Op. Cit. pag. 10
- 7.- Bassler Clara. Transformación Social y Planificación de Salud en América Latina. REV. C.A. de Ciencias de la Salud Mayo-Agosto, 79. No. 134. pags. 142-143.
- 8.- Cuan Machado; López Gonzales M.A. Evolución y Análisis de los Servicios Hospitalarios en Nicaragua. Protocolo de Tesis, CIES Managua, Nicaragua. Sep. 1983. pag. 4

- 9.- Arouca Sergio. Salud en las Sociedades de Transmisión Ponencia presentada en Seminario Latinoamericano de Medicina Social. Managua, Nicaragua. Sep. 1983 pag. 1.
- 10.- Salamanca T. Fabio. La Formación de Médicos y las Políticas de Salud. Ponencia Oficial a la XIII Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina. Managua Nicaragua. Febrero 6, 1984. Pags. 16-17
- 11.- Ibid.
- 12.- Salamanca T. Fabio. Op. Cit. pags. 18-19
- 13.- Barquín C. Manuel. Organización. Administración Hospitalaria, selección de capítulos del IDS. Habana Cuba 1983. pags. 534-536.
- 14.- Gonzales R. Lázaro. La Introducción de los Principios Básicos de la Organización Científica del trabajo en la Economía Cubana. Edit. de Ciencias Sociales. Habana Cuba 1977, pags 21-22.
- 15.- Ibid
- 16.- Ibid
- 17.- Ibid
- 18.- Fuentes F. Basilio; Rubiera P. Armando. Análisis de Empresas. Edit. Pueblo y Educación. Habana, Cuba 1983 pag. 42.
- 19.- Fuentes F. Basilio, Rubiera P. Armando. Op. Cit. pag. 50.
- 20.- Sonis Abraan. Op. Cit. pag. 460
- 21.- García Gutiérrez A. y Otros. Determinación de las Necesidades de camas en un Servicio de Cirugía General. REV. Cub. Adm. Salud. 8(1): 71-78, Enero- Marzo. 1982, pag. 71.
- 22.- Ortiz Castro J. Método del Camino Crítico en la Administración de Proyectos de Salud. Ref: RD/11/2 OMS/OPS. Washinton, Marz. 1975 pag. 3

- 23.- Ferrero Carlos. Estadísticas y Archivos Médicos. Administración Hospitalaria, Selección de Cap. IDS. Habana Cuba 1983. pag. 705.
- 24.- Fernandez M.C. Pascual Jacomino C. Comportamiento de la Estadía Preoperatoria en Operaciones Electivas. Rev. Cub. Adm. Salud. 8(4) 439-454. Oct. Dic. 1982 pag. 440.
- 25.- Ríos Massabot, N.E. Interpretación de los Indicadores que miden la Utilización de las casas Hospitalarias. Rev. Cub. Adm. Salud 4(1): 47-58, Enero- Marzo 1978. pag. 47
- 26.- Barquín C. Manuel. Admisión. Administración Hospitalaria Selección de capítulos IDS. Habana Cuba. 1983. pag. 726.
- 27.- Ibid.
- 28.- Ríos Massabot. N.E. Op. Cit. pag. 48
- 29.- Fernandez M.C. Pascual Jacomino Op. CIT pag 440.
- 30.- Cuan Machado; López Gonzales M.A. Op. Cit. pag. 31.
- 31.- Ríos Massabot, N.E. Op. Cit. pag. 49
- 32.- Ibid.
- 33.- Ferrero Carlos. Op. Cit. Pag. 707.
- 34.- Soto Jarillo E. Selección Bibliográfica para Curso de Metodología de Investigación. Edit. UNAN Depto. de Medicina. Preventiva. Fac. de Medicina. León Nicaragua. 1984. pag. 57.
- 25.- Ibid.