

PREMIO NIVEL A

HOSPITALES NACIONALES

***Resultados de la Aplicación de una
Investigación Operacional en el Servicio de
Ginecología del Hospital Nacional “Guillermo
Almenara Irigoyen” para mejorar los
Indicadores que miden el Aprovechamiento de
los Recursos Hospitalarios***

Autores:

Dr. Max Aliaga Chávez.

Dr. Miguel Segura Vega.

Dr. Juan Alvitez Morales.

Econ. Richard Canchari Pacheco.

Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen

RESUMEN

Se da a conocer los resultados de una Investigación Operacional que aplicó un Modelo Administrativo (Pre-operatorio un día - Alta Precoz) en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, a partir de enero de 1993, con el fin de solucionar el "embalse de pacientes" en espera de turno operatorio y mejorar los indicadores que miden el aprovechamiento de los recursos hospitalarios que hasta esa fecha se encontraban por encima de los estándares establecidos por la administración hospitalaria moderna. Se cumplieron 2 objetivos: El Normativo, -probando que esta nueva forma de prestación de servicios resultó beneficiosa, al solucionar los problemas observados- y el Programático. -al cambiar el funcionamiento del programa existente, mediante la identificación de maneras más eficientes y eficaces de emplear los recursos- Debido al éxito obtenido, el modelo ha quedado instituido en el Servicio y está sujeto a perfeccionarse. Su aplicación ha generado un evidente aunque no cuantificado ahorro a la Institución y podría tener buen impacto social de aplicarse en otros servicios quirúrgicos del IPSS.

INTRODUCCION

El Hospital Nacional "Guillermo Almenara Irigoyen" como otros, es una organización que moviliza la capacidad y el esfuerzo de una amplia variedad de personal profesional médico, paramédico y otros trabajadores con el fin de proporcionar prestación de salud altamente personalizada (¹). El Servicio de Ginecología como componente del sistema, se ha establecido y diseñado para alcanzar ciertos objetivos mediante una dinámica desarrollada sobre la base de la colaboración. Obviamente la meta principal es brindar a las pacientes atención y tratamiento adecuado dentro de los límites del conocimiento médico-técnico actual y de la forma de organizar efectivamente la actividad huma-

na, así como dentro de los límites que pueden ser impuestos por la escasez relativa de los recursos que tenemos o por presiones externas.

Nuestra principal labor, es proporcionar a la paciente servicios médico quirúrgicos y de enfermería, siendo la preocupación más importante, la vida y la salud de la mujer en todas sus etapas ^(2, 3, 4).

Para estudiar y juzgar la función que un servicio moderno desempeña frente a la colectividad a la que sirve, así como su accionar en pro del cumplimiento de los objetivos que lo lleve a concretizar su finalidad, debe tenerse en consideración los aspectos vinculados al servicio que presta. Cualquier organización prestadora de salud consta de una serie de instalaciones para la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud, a las cuales se les asignan recursos humanos, materiales y financieros para su funcionamiento. A los fines de medir su eficacia, eficiencia y efectividad se establecen estándares e indicadores ^(5, 6).

Desde la creación del Servicio de Ginecología, hasta el año 1990 - 1991, los indicadores (que permiten medir la magnitud de un fenómeno en estudio y por consiguiente evaluarlo) ⁽⁷⁾, en especial aquellos que miden el aprovechamiento de los recursos, se encontraban muy por encima de los estándares establecidos en la administración hospitalaria moderna. Estos indicadores negativos ^(*), se manifestaban en la prestación ineficiente de salud a las usuarias, quienes esperaban hasta 24 meses para hospitalizarse y someterse a la intervención quirúrgica que requerían, generando malestar y conflicto; esta continúa situación generó un "embalse de pacientes" ^(**). Otro problema era que muchas de ellas ingresaban al servicio sin los análisis requeridos de rutina lo que daba como resultado una estancia pre-operatoria prolongada e innecesaria que repercutía en gasto a la Institución, por el costo paciente/día y al momento de girar los subsidios por enfermedad; se daba casos en que las 27 camas con que cuenta el servicio se encontraban totalmente ocupadas, la mayoría de ellas con pacientes en espera de turno operatorio.

El análisis de esta situación preocupante y aparentemente "instituida con el correr del tiempo" junto con la auscultación permanente de esta realidad

^(*) Estos indicadores y sus estándares se manifiestan también negativos en la casi totalidad de los servicios de nuestro Hospital.

^(**) Este "embalse de pacientes" también se vió influenciado por las huelgas médicas y no médicas en el IPSS, por el reducido número de horas quirúrgicas asignadas, la suspensión de operaciones por falta de ropa o gases en la sala de operaciones.

que exigía actuar a quien tiene a su cargo la responsabilidad del funcionamiento de un servicio ^(8,9), dio por resultado la creación y formulación de un modelo de intervención ^(1,10,11,12) como una forma científica de solucionar el problema detectado, al proporcionar innovaciones y mejoras en la prestación de servicios de salud siguiendo pautas establecidas de dar cada vez más atención a la medición y mejora de la calidad de los servicios en general y la asistencia hospitalaria en particular ^(7,18).

Este modelo de intervención administrativo está dentro del alcance de la Organización Mundial de la Salud, quien apoya y destaca la necesidad de desarrollar investigaciones sobre servicios de salud, considerada en su sentido más amplio como el estudio de la relación entre la población y los recursos de salud ⁽⁴⁾.

Los objetivos planteados en la presente investigación fueron 4:

- a) Solucionar el embalse de pacientes.
- b) Probar una nueva forma de prestación de servicios (Pre-operatorio un día - Alta precoz). Investigación ideada y encaminada a probar suficiencia de economía de servicios que sean lo bastante objetivos como para poder ser repetidos por distintos observadores.
- c) Demostrar la eficiencia y eficacia de este nuevo modelo de intervención.
- d) Comprobar que esta intervención no está asociada a aumento de morbilidad y mortalidad intra o post-operatoria.

MATERIAL Y METODOS

El trabajo fue íntegramente realizado en el Servicio de Ginecología del Hospital Nacional "Guillermo Almenara Irigoyen". Nuestro servicio es eminentemente quirúrgico; por funcionar en un Hospital de nivel IV, recibe pacientes estudiadas, diagnosticadas o con problemas diagnósticos o complicadas, de otros centros asistenciales. De esta manera la gran mayoría de hospitalizaciones se producen para realizar operaciones como histerectomías radicales por carcinoma de cérvix o carcinoma de endometrio, histerectomías abdominales y vaginales, laparotomías por cáncer de ovario, cirugía laparoscópica, cura quirúrgica de distopías, conizaciones, legrados biópsicos diagnósticos, aplicación de radio intracavitario (RIC), además de pacientes con Ca de cérvix o Ca de ovario evolutivos, pacientes complicadas, etc.

Se realizó un estudio experimental con la introducción de un nuevo procedimiento administrativo inédito que tuvo como base preoperatorio un día y alta precoz (variable independiente), comparando dos series de observaciones: una que representó el grupo control con el antiguo o clásico procedimiento administrativo (que había dado lugar a los indicadores negativos y "embalse de pacientes") y otra el grupo experimental o de estudio con el cual se empleó el nuevo procedimiento administrativo.

Consideramos adecuado, para el cumplimiento de los objetivos, que la asignación de la población a ambos grupos fuese total, es decir, no se tomaran muestras, con el fin de medir en forma correcta las variables dependientes que se explican con más detalle en los siguientes párrafos.

El Grupo de Estudio fueron todos los pacientes hospitalizados de enero a diciembre de 1993 y el Grupo de Control los hospitalizados de enero a diciembre de 1991 (*). Los pacientes del año 1992 no se tomaron en cuenta debido a que durante este tiempo se realizó el ensayo respectivo (prueba piloto), con el fin de vencer cierta resistencia del personal, al cambio que se estaba promoviendo.

(*) Se sabe que una comparación -dentro de un servicio- de dos períodos diferentes exige controlar los cambios seculares relacionados con el paso del tiempo a los cambios debidos a factores extraños que pueden haberse presentado (*). En el estudio realizado se ha previsto en algo esta posibilidad (ver material y métodos), aunque es especialmente difícil porque los hospitales son instituciones muy complejas y la asistencia del paciente es una categoría intangible, dependiendo de muchas variables intervinientes difíciles de controlar (*).

Sobre los dos grupos se midieron las siguientes variables dependientes:

- a) Intervalo de sustitución
- b) Porcentaje de ocupación de camas
- c) Rendimiento cama
- d) Promedio de permanencia
- e) Complicaciones post-operatorias que ameritaron reingreso al hospital.
- f) Tasa de mortalidad post-operatoria.

Sólo hemos considerado los indicadores que miden el aprovechamiento de los recursos y no otros, porque conceptualizamos que con ello cumplimos con los objetivos de la intervención hacia la solución del problema observado.

El Staff de 10 médicos con que cuenta el servicio desde 1990 es el mismo y son especialistas de la rama en que trabajan, no ejercen docencia hospitalaria por la Universidad, aunque si lo hacen en el quehacer diario con los Residentes e internos, en promedio tienen los siguientes tiempos operatorios, semejantes para los años 1991 y 1993.

- Histerectomía radical	:	180	minutos
- Citoreducción por Ca de ovario	:	120	minutos
- Histerectomía abdominal total	:	60	minutos
- Histerectomía vaginal	:	55	minutos
- Cura quirúrgica de distopía	:	25	minutos

Todo el Staff intervino proporcionalmente en el íntegro de operaciones realizadas y a criterio del Jefe de Servicio, el rendimiento de cada uno de ellos es uniforme y semejante. El personal no médico está conformado por 2 enfermeras administrativas, 7 enfermeras generales y 6 técnicos de enfermería.

Modelo de intervención aplicado en 1993

A) Pre-operatorio uno y alta precoz:

Este modelo nace de la observación de la evolución satisfactoria de pacientes quirúrgicos en la práctica privada y hospitalaria así como de la experiencia de otros investigadores como Hellman (4) y Hofoss (13), con el objetivo de solucionar los indicadores de salud negativos presentes durante muchos años en nuestro servicio. Así, establecimos el Alta Precoz de la siguiente manera: Histerectomía radical (5 días), Histerectomía abdominal y vaginal (2 días), colpografía (1 día) legrado uterino (horas) conización (1 día).

B) Procedimiento administrativo seguido:

- 1) Las pacientes son evaluadas en el pre-operatorio en consultorio externo por dos médicos del servicio; en un procedimiento para mejorar la calidad del diagnóstico, son reevaluadas por un tercer médico quien genera la hospitalización.
- 2) Son citadas para el día viernes de cada semana para la programación de turno operatorio, realizado esto son llevadas al Banco de Sangre para la toma de muestra de compatibilidad sanguínea, luego se trasladan al 4to. piso "A" Oeste (Servicio de Ginecología) donde se confecciona la Historia Clínica (a cargo de internos y residentes) y se les orienta acerca de su diagnóstico, día de hospitalización, día de operación, estancia hospitalaria y día de alta (según tipo de operación), además sobre reglas del hospital con relación a días de visita, pases, alimentos y solución de algunas dudas.
- 3) La fecha de ingreso se realiza un día antes de la operación, las que se operan el lunes ingresan el domingo y lo hacen por emergencia, los demás días lo hacen por consultorio externo.
- 4) La orientación que reciben en el Servicio, en el pre-operatorio tiene como fin que los pacientes se adapten y colaboren en el post-operatorio y el alta, existiendo todo un programa de procedimientos de enfermería adecuadamente estructurado sobre:
 - Orientación sobre trámites de alta.
 - Orientación sobre autocuidado en el hogar.
 - Orientación sobre cuidado de la herida operatoria en el hogar.
 - Orientación sobre el manejo de la sonda vesical en el hogar (con demostración en grupo) para las operadas de distopías, indicándoles la manera de hacer los ejercicios vesicales y la manera de retirarse la sonda al 3er. día del alta.

Aunque existe controversia acerca del uso o no de pruebas estadísticas en los Estudios Operacionales (^{10,11}), nosotros hemos optado por la prueba de Chi Cuadrado (χ^2) con corrección de Yates para el análisis de asociación que hay entre reingresos hospitalarios por complicaciones y el alta precoz.

Para el análisis estadístico usamos el Programa EPI INFO versión 5.01b en una computadora personal 486 Dx.

RESULTADOS

En la tabla N° 1 muestra la evolución de los indicadores que miden el aprovechamiento de los recursos hospitalarios en el Servicio de Ginecología desde enero de 1989 hasta junio de 1994, según informe de la oficina de Estadística (14) y la Memoria Anual del hospital (15). Podemos notar que el número de egresos, estancias y pacientes al día tienden a superarse en el transcurso de los años, lo que repercute notablemente en la mejora de los 4 indicadores que son materia de estudio. Todos los indicadores muestran progreso, incluyendo el año 1994.

Tabla N° 1

Evolución de los indicadores que miden el aprovechamiento de los recursos en el servicio de ginecología. HNGAI. IPSS

Concepto	1989	1990	1991	1992	1993	1994
Egresos	516	325	463	1396	1406	668
Estancias	9057	7535	4074	7338	5033	2240
D. C. D.	9855	9855	9855	9855	9855	4163
Pcte./días	9501	7426	7021	6820	4825	2186
Camas	27	27	27	27	27	23
R. C.	1.6	1.0	1.4	4.3	4.3	4.8
% Ocup.	96.4	75.3	71.2	69.2	49.0	52.5
P. P.	17.6	23.2	8.8	5.3	3.6	3.4
I. S.	0.7	7.5	6.1	2.2	3.6	2.9

FUENTE: Oficina de Planeamiento y Racionalización. HNGAI.

* Enero a Junio de 1994.

D. C. D. = Días cama disponible.

R. C. = Rendimiento cama.

% Ocup. = Porcentaje de ocupación de camas.

P. P. = Promedio de permanencia.

I. S. = Intervalo de sustitución.

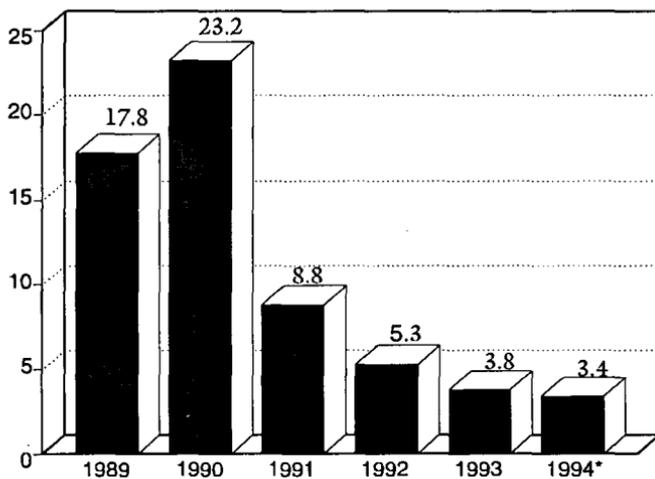


Fig. Nº 1 - a
Promedio de Permanencia
1989 -1994

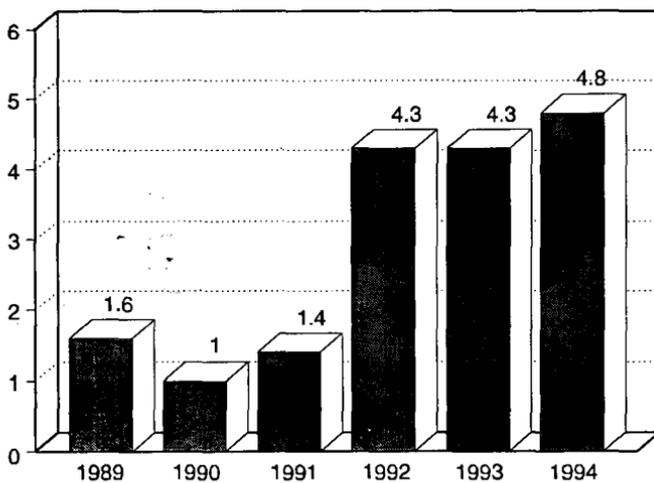


Fig. Nº 1 - b
Rendimiento Cama
1989 -1994

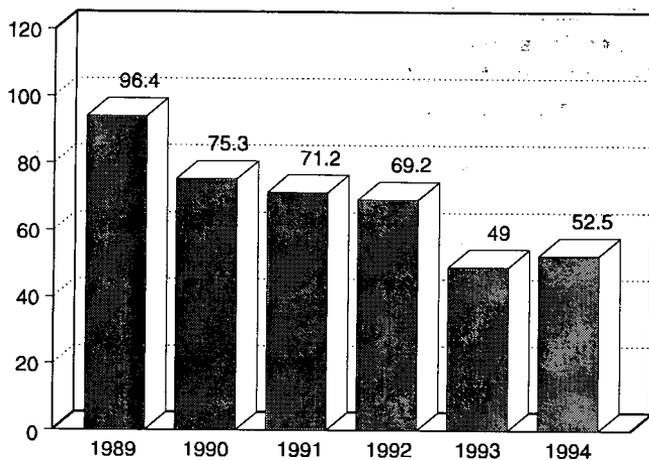


Fig. Nº 1 - c
Porcentaje de Ocupación
1989 - 1994

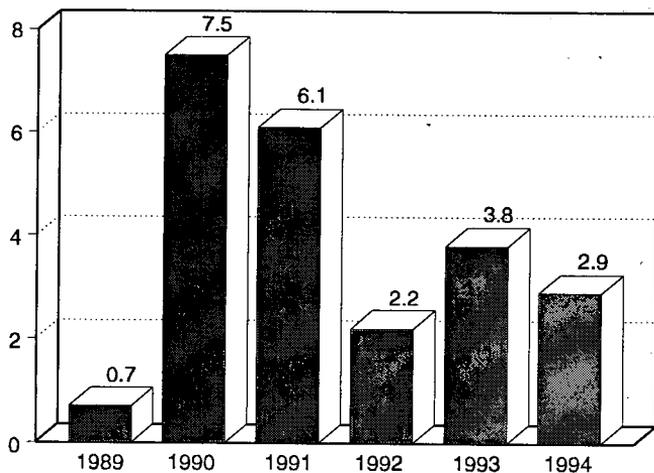


Fig. Nº 1 - d
Intervalo de Sustitución
1989 - 1994

La tabla N° 2 proporcionada por la oficina de Planeamiento y Racionalización del Hospital, muestra los promedios de permanencia comparativos y sus respectivos estándares de todos los servicios quirúrgicos de los años 1990 a 1993. Como es notorio sólo los servicios de cirugía general 3 y 5 y el servicio de obstetricia tienen un promedio de permanencia óptimo.

Tabla N° 2

Promedio de permanencia comparativos de servicios quirúrgicos del HNGAI y sus estándares años 1990 - 1993

Servicios	P.P	1990	1991	1992	1993
	Estd.				
Cirugía General 1	7	17.7	13.5	9.4	7.7
Cirugía General 2	7	26.2	17.0	11.4	8.4
Cirugía General 3	7	27.6	15.7	10.6	6.3
Cirugía General 4	7	26.7	18.8	10.3	7.6
Cirugía General 5	7	27.3	14.2	8.78	6.0
Cirugía General 6	7	-	17.8	-	-
Ortopedia y traumat.	12	51.1	47.3	23.2	19.6
Manos	-	30.3	26.5	18.1	11.1
Cardiovascular	12	51.2	55.1	27.8	19.2
Tórax	10	57.1	50.9	27.5	13.9
Plástica y Quemados	14	32.0	39.1	20.9	18.5
Neurocirugía	12	44.5	37.0	27.1	21.9
Otorrinolaringología	2	6.5	7.6	6.0	6.0
Oftalmología	4	6.7	7.5	6.8	6.6
Urología	10	39.8	30.7	13.1	11.5
Cabeza y Cuello	10	28.3	26.1	14.8	13.7
Obstetricia	3	2.3	2.2	2.7	2.7
Ginecología	5	23.2	8.8	5.3	3.6

Cirugía de mano: no figura (-)

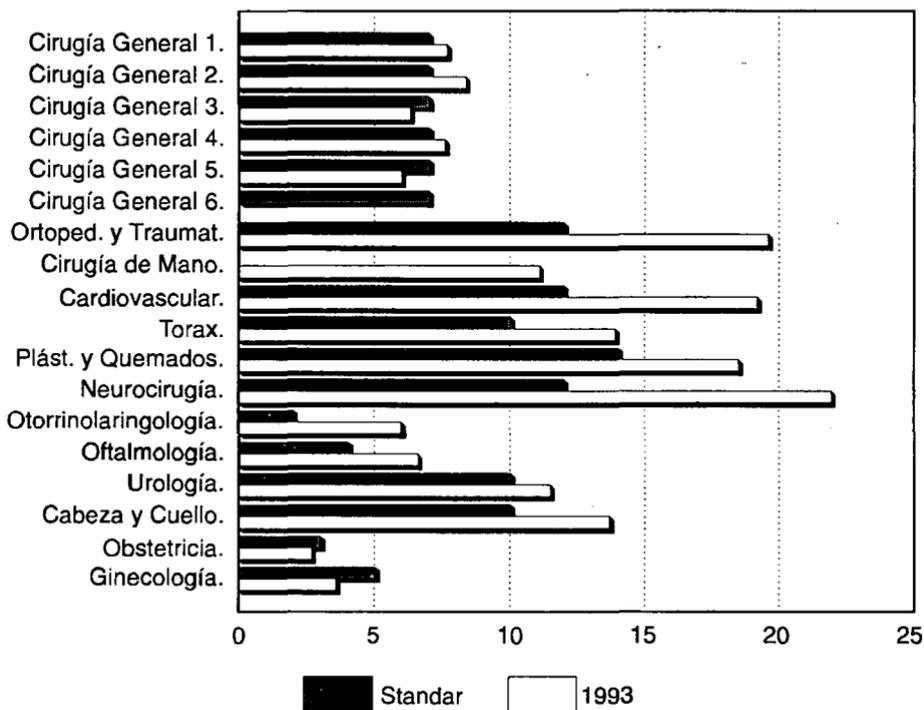


Fig. N° 2
Promedio de Permanencia Comparativa
de Servicios Quirúrgicos del HNGAI
1993 y su Estándares

Es necesario precisar que no todos los egresos son producto de intervenciones quirúrgicas, los datos que se muestran en la tabla N° 3 informan la cantidad exacta de egresos por alta post-operatoria. El resto* esta dado básicamente por pacientes no operados por causas que se explican en la parte de discusión, pacientes con patología ginecológica no quirúrgica y reingresos por complicaciones.

Tabla N° 3

Egresos según años y condición de alta en el Servicio de Ginecología. HNGAI. IPSS

Condición			
Año	Post-operadas	Resto *	Total
1989	494	22 (4.3%)	516
1990	307	18 (5.5%)	325
1991	417	46 (9.9%)	463
1992	1300	96 (6.9%)	1396
1993	1259	147 (10.5%)	1406
1994**	599	69 (10.3%)	668

** 1º Semestre

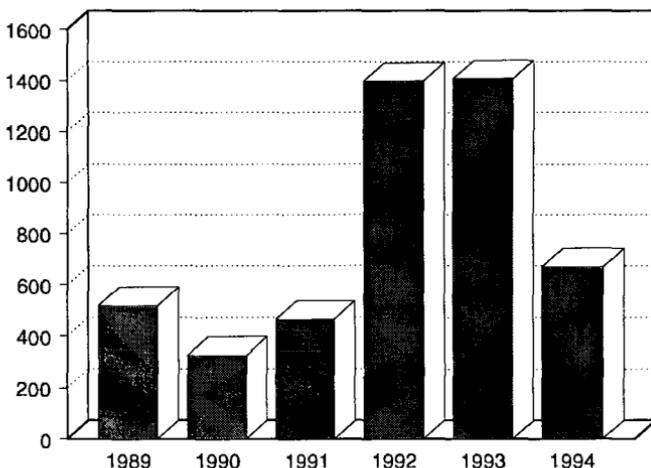


Fig. N° 3
Egresos
1989 - 1994

En la tabla N° 4 observamos el número y tipo de operación realizada en nuestro servicio en los años 1991 y 1993, así como la estancia post-operatoria de cada intervención.

Tabla N° 4

Tipo y número de operación realizada según años y días post-operatorios por alta precoz. Servicio de Ginecología. HNGAI. IPSS

Tipo de operación	Años		1993
	1991	1993	Días Post-Op
Histerectomía abdominal	162	409	2
Colporrafía	153	355	1
Histerectomía vaginal	71	173	2
Laparotomía	31	126	2
Legrado uterino	3	34	1
R.I.C.	0	31	7
Miomectomía	10	30	2
Conización Cervical	8	17	1
Plastía tubaria	0	16	2
Histerectomía radical	14	16	5
Histerectomía ampliada	12	14	3
Laparoscopia	0	12	2
Marshall Marchetti	6	10	1
Sacropexia	6	8	2
Bx ampliada de vagina	0	3	2
Vulvotomía radical	1	2	8
Cirugía de rescate	0	1	5
Operación de Manchester	0	1	2
C.Q. de eventración post-op	0	1	4

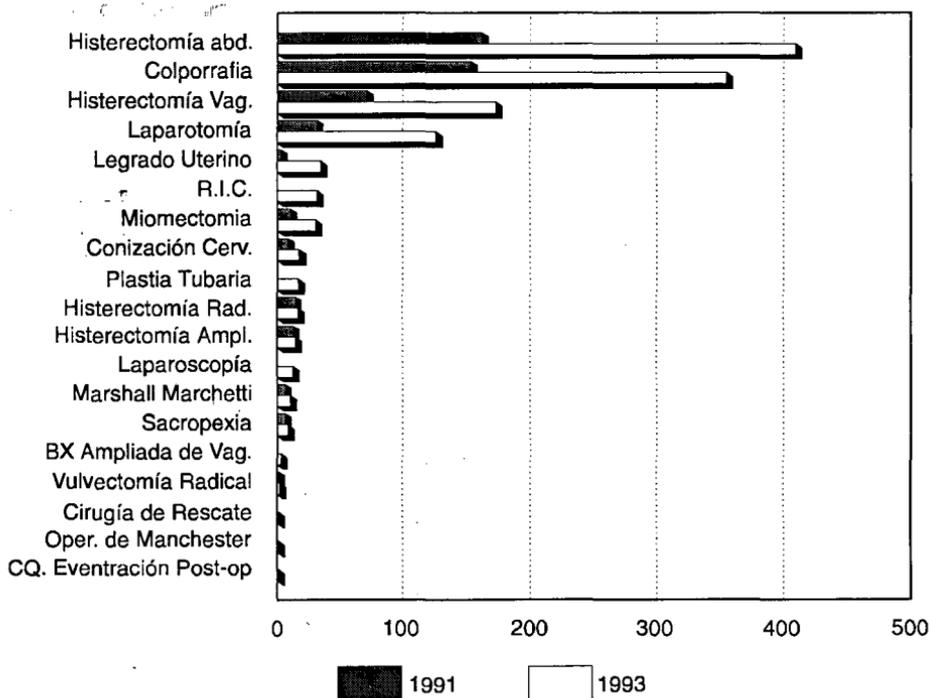


Fig. N° 4
Tipo de Operaciones Realizadas según Años
del Servicio de Ginecología
HNGAI - IPSS

Como se muestra hay predominio de las histerectomías que juntas alcanzan casi el 50% de la cirugía practicada. Las laparotomías generalmente se realizan cuando hay quistes de ovario benignos, cáncer de ovario, segunda revisión o tumores pélvicos con duda diagnóstica. Los legrados uterinos y las conizaciones se practican con fines diagnósticos y terapéuticos. La cirugía laparoscópica es de reciente introducción y se realiza mayormente con fines terapéuticos.

La tabla N° 5 muestra las hospitalizaciones por complicaciones post-operatorias (reingresos) solamente de los años 1991 y 1993, para cumplir el objetivo de la investigación de que no hay aumento de la morbilidad.

Tabla N° 5

Reingresos por complicaciones según N° de intervenciones quirúrgicas y años, Servicio de Ginecología. HNGAI. IPSS

Años	N° Reingresos Mortalidad	N° Intervenciones Quirúrgicas	Mortalidad
1991	5	417	0
1993	14	1259	0
Total	19	1676	0

$X^2 = 0.01$ $p = 0.9120439$

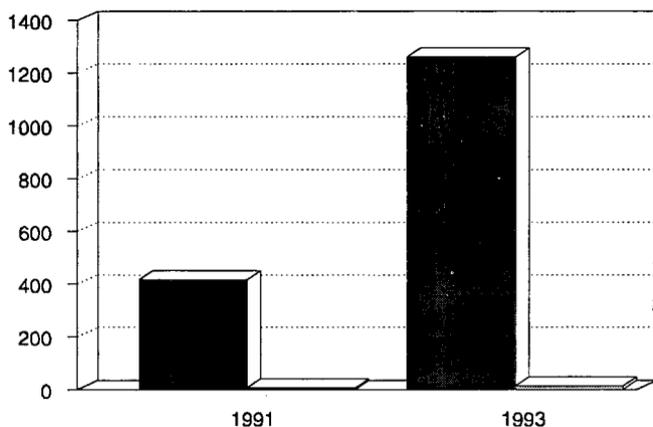


Fig. N° 5
 Número de Intervenciones Quirúrgicas y
 Número de Reingresos por Complicaciones
 1991 - 1994

No existe asociación entre alta precoz y reingresos hospitalarios, se encontró un X^2 , con un valor p, que no es significativo.

Premio Nivel A

La tabla N° 6 muestra el tipo de complicación post-operatoria observada hasta los 15 días del alta, que ameritó el reingreso del paciente al hospital, y el tipo de tratamiento recibido.

Como podrá observarse hay predominio de la patología infecciosa que va desde una celulitis simple, pasando por el absceso de pared, hasta el absceso pélvico que reviste mayor gravedad.

Tabla N° 6

Tipo y N° de complicaciones post-traumáticas según años y tratamiento recibido. Servicio de Ginecología. HNGAI. IPSS

1991		
Complicaciones	N° de casos	Tratamiento
Absceso de pared	3	Drenaje
Absceso Pélvico	1	Reintervención
Sangrado post Colporrafía	1	Sutura
Total	5	
1993		
Absceso de pared	4	Drenaje
Absceso de cúpula vaginal	2	Drenaje
Celulitis de cúpula vaginal	2	Médico
Sangrado post cono	1	Médico
Absceso Pélvico	2	Reintervención
Fístula vaginal	1	Pase a Urología
Eventración post - op.	1	Quirúrgico
Infección urinaria	1	Médico
Total	14	

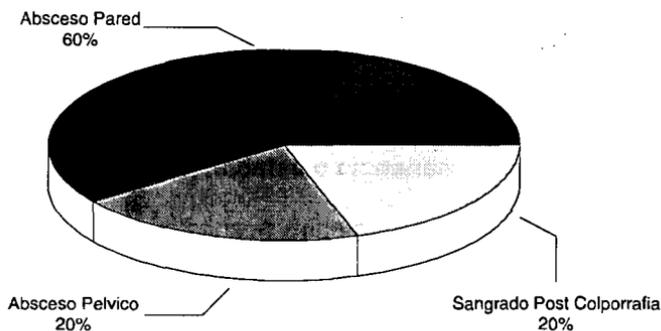


Fig. Nº 6
Tipo Complicación Post-Operatorio
Año 1991

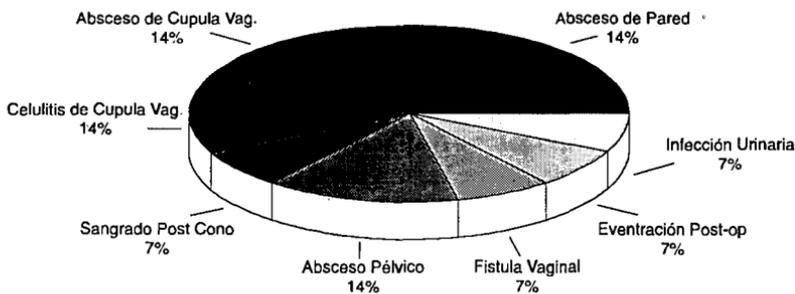


Fig. Nº 7
Tipo Complicación Post-Operatorio
Año 1993

DISCUSION

Es muy alentador observar la evolución favorable de los indicadores que se muestran en las tablas 1 y 2, porque después de habernos situado antes de 1992 muy por encima de los estándares según Zlatar ⁽³⁾ y Resolución 807-DE-IPSS-93, DIRECTIVA 031-DE-IPSS-93; hemos pasado a ejercer el liderazgo como servicio al mejorar todos los indicadores relativos al aprovechamiento de los recursos, que pasamos a analizar:

A) Promedio de permanencia o estadía. (P.E.)

Es el promedio de días de asistencia hospitalaria recibida por cada paciente en un período de tiempo.

Nº total de días estancia de los egresados (vivos y fallecidos) en un período de tiempo determinado.

$$\text{P.E.} = \frac{\text{Nº total de días estancia de los egresados (vivos y fallecidos) en un período de tiempo determinado.}}{\text{Total de egresos (vivos y fallecidos) del mismo período.}}$$

El estándar de este indicador que evalúa el aprovechamiento del recurso cama es 5 ⁽³⁾, nosotros hemos logrado mejorarlo a 3,6.

Los servicios de Obstetricia y Cirugía general 3 y 5 de nuestro Centro Asistencial (tabla Nº 2) están también debajo de su estándar, los últimos servicios, después de nuestro ensayo en 1992 aplicaron un modelo parecido que incluyó alta precoz en el post operatorio; el promedio de permanencia (P.P.) de obstetricia incluye los legrados uterinos (que corresponde al hospital Nivel IV). Con P.P. un día, factor que disminuye el P.P. general. Es necesario precisar que el valor de 3,6 corresponde al total de pacientes hospitalizados en el servicio e incluye pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos, es evidente por lo tanto (según los días de alta precoz establecidos para la diferente patología quirúrgica) que el promedio de permanencia para los egresos operados es menor.

B) Intervalo de sustitución. (I.S.)

Mide el tiempo en que permanece la cama vacía entre un egreso y el subsiguiente ingreso en la misma cama.

$$\text{I.S.} = \frac{\text{Nº días cama disponible-pacientes/día}}{\text{Nº de egresos}}$$

El estándar de este indicador es 1. Una cama como promedio no debe estar más de un día vacía ⁽³⁾. Nosotros tenemos mejoría de este indicador, pero no estamos en lo óptimo. Es obvio colegir que probablemente en 1991 hubo problemas organizativos y para 1993 nos encontramos con poca demanda de pacientes, convirtiendo a nuestro servicio en potencialmente ofertable a la actividad privada.

C) Porcentaje de ocupación de camas

Traduce la ocupación de cada cama hospitalaria.

$$\% \text{ de Ocupación} = \frac{\text{Total de pacientes-día}}{\text{Nº de días cama disponible}} \times 100$$

Un valor mayor del 90% significa gran presión sobre el servicio, si la cifra se mantiene alta durante más de seis meses, debe tomarse medidas para incrementar el número de camas. Cuando el índice está por debajo del 75% indica sub-utilización ⁽³⁾. Nosotros hemos obtenido un índice negativo, pero mejorado en el transcurso de los años. Esto indica que tenemos exceso de camas, sin embargo aseguraríamos que ha repercutido positivamente a la Institución en ahorro de dinero, con la posibilidad de ofertar nuestro servicio a pacientes no asegurados como ya se viene haciendo en forma aislada; es más, muchas veces las camas vacías han sido utilizadas por otros servicios en casos de emergencia o para cirugía electiva.

D) Rendimiento - Cama (R.C.)

Mide la utilización de una cama durante un período determinado de tiempo.

$$\text{R.C.} = \frac{\text{Nº de Egresos}}{\text{Nº de camas reales (promedio)}}$$

Conocido también como índice de renovación, es inversamente proporcional al promedio de permanencia. Su valor estándar es 3,5 egresos/cama al mes y mide la utilización de una cama durante un período determinado, está influenciado por el promedio de estadía y por el intervalo de sustitución ⁽³⁾. Nosotros hemos mejorado el estándar a 4,3.

En la tabla N° 3 observamos los porcentajes de las hospitalizaciones en los diferentes años, que no recibieron atención quirúrgica, notando incremento del número en los dos últimos. Este fenómeno se explica porque un 50% aproximadamente de estas altas corresponden a pacientes con patología quirúrgica que se internaron para operación pero el programa no se cumplió por razones ajenas, entre las que se cuenta: suspensión por falta de tiempo, falta de ropa en sala de operaciones, huelga del personal, alta médica, etc.

La tabla N° 4 quiere mostrar la diferente patología quirúrgica que se practica en nuestro servicio observando su frecuencia y la estancia post-operatoria de cada uno de ellos, esto podría servir a otros autores cuando quieran establecer comparaciones en estudios posteriores.

En la tabla N° 5 se muestra que hubo 5 reingresos por complicaciones en 1991 y 14 en 1993. Por el valor de Chi cuadrado colegimos que no existe asociación entre alta precoz y reingresos hospitalarios.

Esta demostración científica resulta de suma importancia porque indica que la mejoría de los indicadores hospitalarios vía la implementación del Alta Precoz no incrementa la morbilidad operatoria, observando asimismo mortalidad cero. La tabla 6 nos informa acerca de la morbilidad observada, al respecto Schimmel ⁽¹⁶⁾ afirma que la aparición de complicaciones por la hospitalización y uso de tratamientos es considerada actualmente un riesgo habitual, casi previsible, más que un signo de atención inadecuada, estos riesgos se han calificado como el "precio que pagamos" por los modernos métodos de tratamiento. Además los resultados de la atención no dependen sólo de la atención médica recibida, sino también de las características demográficas sociales y económicas de la población de pacientes. ⁽¹⁷⁾

Los indicadores mejorados hasta superar los estándares y la solución al "embalse de pacientes" ginecológicas- que esperaban turno operatorio por muchos meses o años mediante la aplicación desde 1992 del Modelo de Intervención Administrativo Experimental que no tiene precedentes en la Seguridad Social, generó satisfacciones personales y fue reconocido por la Dirección Ejecutiva del IPSS quien envió continuas felicitaciones a la Dirección del Hospital y al personal del Servicio "por la demostración de eficiencia, efectividad y mística en el desempeño de sus labores así como en el mejoramiento de la prestación de los servicios por haber reducido la estancia pre-operatoria y haber solucionado el acuciante problema de espera de turno quirúrgico en la población femenina" derecho habiente (Resolución N° 949-DE-IPSS-92). Nues-

tro Modelo también fue objeto de críticas, a ellos les invitamos a aprendernos, imitarlos y superarnos porque creemos que hay muchas cosas que falta ampliar, modelar y perfeccionar.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- 1) Se ha mejorado la calidad de atención hospitalaria en el Servicio de Ginecología por lo siguiente:
 - Mejoría completa de los Indicadores que miden el aprovechamiento de los recursos hospitalarios hasta superar en algunos casos los estándares establecidos.
 - Institución de la evaluación y verificación del diagnóstico preoperatorio por un grupo de médicos del staff.
 - Solución del “embalse de pacientes”
 - Creemos posible en el futuro, instituir en nuestro servicio el Preoperatorio cero y duplicar los días post-operatorios y seguir manteniendo los indicadores en sus estándares.
- 2) El Modelo aplicado no se asoció a aumento de reingresos hospitalarios por morbilidad, tampoco se observó mortalidad intra o postoperatoria.
- 3) El Modelo aplicado ha quedado instituido en el Servicio, y lo damos a conocer con el fin de que se investigue su utilidad en otros servicios quirúrgicos dentro y fuera de la Seguridad Social.
- 4) Debido a que el porcentaje de ocupación de camas llega aproximadamente al 50% estamos en condiciones de ofertar parte del Servicio a pacientes privados.
- 5) Por los resultados obtenidos, podemos concluir que la aplicación de esta intervención ha generado ahorro económico a la Institución y que de aplicarse en forma sistemática y previo ensayo al resto de servicios quirúrgicos de todos los centros asistenciales del IPSS, los resultados serían muy beneficiosos y de gran trascendencia social, económica y política.
- 6) Por último, el modelo aplicado no representó gasto alguno al IPSS, pero si un esfuerzo de todo el personal del Servicio de Ginecología de nuestro hospital.

Agradecimiento: A los médicos del Servicio por su gran desempeño y puesta en práctica de su campurosa experiencia quirúrgica. A las enfermeras del Servicio de Ginecología, que sin su aliento, ninguno de los logros se hubiese obtenido.

BIBLIOGRAFIA

- 1) **Kast, F; Rosenzweing, J:** Administración en las Organizaciones. Un enfoque de sistemas. Mc. Graw Hill, México. 1979.
- 2) **OPS/OMS:** Análisis de las Organizaciones de Salud. Serie Paltex para ejecutores de Programas de salud N° 4, Washington D.C., 1987
- 3) **Zlatar, M:** Administración en atención de salud. Temas. UPCH, 1986.
- 4) **OPS/OMS:** Investigación sobre servicios de Salud: Una antología. Publicación Científica N° 534. Washington D.C. 1992
- 5) **Omram, A:** Investigación sobre sistemas de salud, métodos y escollos. Foro Mundial de la Salud, OMS. Ginebra. Vol II, 288-94 1990.
- 6) **Dever, A.** Epidemiología y Administración de servicios de salud. OPS/OMS. 1991.
- 7) **Barquin C, M:** Dirección de hospitales. Sistemas de atención médica. México D.F. Ed. Interamericana. Mc. Graw Hill. 1992.
- 8) **De Geynd, W:** Seminario Internacional de Administración de atención médica y hospitalaria, OPS/OMS, Lima - Perú. 1970.
- 9) **Tamayo, J:** Administración de servicios de atención médica. Lima - Perú 1987.
- 10) **Fisher, A; Laing, J; Stoeckel, J.** Manual para el diseño de Investigaciones Operacionales en Planificación Familiar, The Population council, New York. 1983.
- 11) **Watanabe, T; Martina, M.** Elaboración de proyectos de Investigación en Salud. CENTES, MINAS-OPS/OMS. UNMSM Lima - Perú 1990.
- 12) **CENTES, MINSA, OPS-OMS, UNMSM:** Metodología de la Investigación Científica en Salud. Lima - Perú 1988.
- 13) **Hofoss, D; Hjort, P:** Los servicios de salud: descubrir lo que no funciona... e intentar arreglarlo. Foro Mundial de la Salud. OMS. Ginebra. Vol 9, 320 - 7 1988.
- 14) **Informe Anual:** Oficina de Planeamiento y Racionalización del HNGAI. IPSS. 1993.
- 15) **Bazán, A:** Memoria anual. HNGAI. IPSS. 1992.