



UNIVERSIDAD DE PANAMA  
VICERRECTORIA DE INVESTIGACION Y POST-GRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE SALUD PUBLICA

TITULO

LA CIRUGIA AMBULATORIA COMO ESTRATEGIA PARA MEJORAR  
LA EFICIENCIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL  
DEL COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO  
DOCTOR ARNULFO ARIAS MADRID.  
AGOSTO-OCTUBRE DE 1993.

POR

JULIA VAZQUEZ de GARCIA MAYORCA

Tesis de grado para optar por  
el título de Maestría en Salud  
Pública, con énfasis en, Planificación y Administración de  
los Servicios de Salud

PANAMA, REPUBLICA DE PANAMA  
1994

74

5 DIC 1994

obs. del autor

27 04 74

### DEDICATORIA

A Dios, por su infinita misericordia.

A mis Padres, por su ejemplo de trabajo.

A mi Esposo, el Dr. Elías García Mayorca, fuente de inspiración y apoyo en todo momento.

A mis tesoros, Ana Julia, Elías Jr. y Gabriel Alexander, por el tiempo prestado.

A los Usuarios y Prestatarios de los servicios quirúrgicos de la Caja de Seguro Social.

## AGRADECIMIENTO

A las autoridades de la Dirección Nacional de Servicios y Prestaciones Médicas y del Complejo Hospitalario Metropolitano de la Caja de Seguro Social del período 1990-1994 y muy especialmente a la Dra. Susana Jones C. (q.e.p.d.).

Al Dr. Manuel Escala Luzcando, por su asesoría y atinada dirección.

Al Dr. Cirilo Lawson, por su paciencia, interés y apoyo constante.

A Zadia Reina y Fermina Chamorro por su colaboración y amistad.

A mis compañeros y amigos, quienes en todo momento me brindaron su estímulo para llevar a buen término este trabajo de investigación.

**HOJA DE APROBACION**

La tesis titulada "LA CIRUGIA AMBULATORIA COMO ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA EFICIENCIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL DEL COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DOCTOR ARNULFO ARIAS MADRID. AGOSTO-OCTUBRE DE 1993.", presentada por Julia Vazquez de García Mayorca, para la obtención del grado de Maestría en Salud Pública, fue aprobada el: \_\_\_\_\_ por el jurado integrado por los Profesores:


Director de tesis:



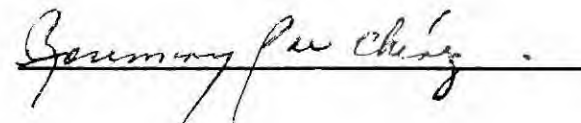
Miembro del jurado:



Miembro del jurado:



Representante de la  
Vicerrectoría de  
Investigación y Post grado:



## INDICE

CONTENIDO	Página
INTRODUCCION . . . . .	1
<b>I. MARCO CONCEPTUAL . . . . .</b>	<b>4</b>
A. DEFINICION DEL PROBLEMA: . . . . .	4
B. JUSTIFICACION: . . . . .	13
C. HIPOTESIS DE TRABAJO: . . . . .	16
CH. PROPOSITO: . . . . .	17
D. OBJETIVOS: . . . . .	17
1. General: . . . . .	17
2. Específicos: . . . . .	17
<b>II. MARCO TEORICO . . . . .</b>	<b>19</b>
A. GENERALIDADES SOBRE CIRUGIA. . . . .	19
1. Clasificación del paciente quirúrgico según el tipo de procedimiento a realizarse . . . . .	20
2. Clasificación de los Procedimientos Quirúrgicos . . . . .	20
B. LA CIRUGIA AMBULATORIA. . . . .	21
1. Definición . . . . .	21
2. Antecedentes de la Cirugía en Pacientes Ambulatorios: . . . . .	23
3. Cirugía Ambulatoria en Panamá . . . . .	27
4. Tipos de patologías que pueden operarse ambulatoriamente . . . . .	29
5. Criterios para la selección de pacientes para cirugía ambulatoria . . . . .	30
6. Tipo de Anestesia a utilizarse en pacientes ambulatorios . . . . .	32
7. Tipos de Unidades: . . . . .	35
8. Etapas de atención en una unidad de cirugía ambulatoria: . . . . .	37
9. Beneficios de la cirugía en pacientes ambulatorios . . . . .	40
10. Complicaciones de la cirugía ambulatoria: . . . . .	41
C. CIRUGIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS . . . . .	42
CH. LA ADMINISTRACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD . . . . .	44
1. Servicios de salud . . . . .	44
2. Concepto de Gerencia de Servicios de Salud . . . . .	44
3. Conceptos de eficiencia y eficacia . . . . .	46
D. GASTOS EN LA ATENCION EN SALUD . . . . .	49
1. Contexto Regional . . . . .	49

E.	IMPACTO DE LOS SERVICIOS QUIRURGICOS AMBULATORIOS SOBRE LOS COSTOS Y LA EFI- CIENCIA . . . . .	51
III.	MARCO DE REFERENCIA . . . . .	56
A.	EL SISTEMA DE SALUD DE PANAMA: . . . . .	56
1.	Definición y componentes . . . . .	56
B.	EL SECTOR SALUD PANAMEÑO . . . . .	56
C.	LA CAJA DE SEGURO SOCIAL . . . . .	57
1.	El Complejo Hospitalario Metro- politano . . . . .	58
CH.	CIRUGIA AMBULATORIA EN EL COMPLEJO HOSPI- TALARIO METROPOLITANO Dr. ARNULFO ARIAS MADRID . . . . .	73
1.	Proyecciones Futuras . . . . .	77
D.	Gastos en el Sector Salud Panameño. . . . .	77
1.	Financiamiento de la Caja de Seguro Social: . . . . .	79
IV.	MARCO METODOLOGICO . . . . .	81
A.	TIPO DE ESTUDIO . . . . .	81
B.	UNIVERSO DE ESTUDIO . . . . .	81
C.	VARIABLES . . . . .	82
CH.	DEFINICION DE TERMINOS . . . . .	82
D.	FUENTES DE INFORMACION . . . . .	83
E.	TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS: . . . . .	84
F.	PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION . . . . .	85
G.	LIMITACIONES DE ESTUDIO: . . . . .	87
H.	PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS . . . . .	88
V.	PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS . . . . .	91
A.	LISTAS DE ESPERA . . . . .	91
B.	CIRUGIAS REALIZADAS POR LOS SERVICIOS QUIRURGICOS DEL C.H.M. Dr. A.A.M. EN AGOSTO, SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DE 1993. . . . .	92
C.	DETERMINACION DEL NUMERO Y TIPO DE CIRU- GIA FACTIBLE DE REALIZARSE AMBULATORIA- MENTE. . . . .	96
1.	Edad, Sexo y Procedencia de los Pacientes: . . . . .	98
2.	Indicadores de Producción: . . . . .	100
3.	Clasificación del Estado Físico ASA: . . . . .	100
4.	El tipo de anestesia utiliza- do: . . . . .	100
5.	Tiempo promedio de estancia en áreas del Salón de Operacio- nes: . . . . .	100
CH.	COSTOS RESULTANTES: . . . . .	101
D.	COMPARACION DE LOS COSTOS SEGUN MODALIDAD	

	vii
QUIRURGICA: . . . . .	106
E. BENEFICIOS SOCIALES: . . . . .	107
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES . . . . .	109
A. CONCLUSIONES . . . . .	109
B. RECOMENDACIONES . . . . .	112
GLOSARIO . . . . .	114
BIBLIOGRAFIA. . . . .	116
APENDICES . . . . .	119
ANEXOS . . . . .	120

## INDICE DE CUADROS

CUADRO		Página
1	INTERVENCIONES QUIRURGICAS REALIZADAS SEGUN SERVICIO Y TIPO EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID. AÑO 1993. . . . .	8
2	PACIENTES PENDIENTES DE CIRUGIA SEGUN SERVICIO QUIRURGICO EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO Dr. ARNULFO ARIAS MADRID. JULIO 1994. . . . .	15
3	RECURSO MEDICO SEGUN NUMERO Y CARGO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID JULIO 1994	63
4	DISTRIBUCION DEL RECURSO DE ENFERMERIA SEGUN CARGO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL. COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO Dr. ARNULFO ARIAS MADRID. JULIO 1994 . . . . .	64
5	PRODUCCION DEL SERVICIO DE CIRUGIA. COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO Dr. ARNULFO ARIAS MADRID. 1993 . . . . .	65
6	DISTRIBUCION DE QUIROFANO SEGUN SERVICIO EN EL SALON DE OPERACIONES. COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID. JULIO 1994 . .	69
7	RECURSO HUMANO SEGUN CARGO Y NUMERO EN EL SALON DE OPERACIONES. COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID. JUNIO 1994. . . . .	72
8	SERVICIOS QUE REALIZAN CIRUGIA AMBULATORIA SEGUN PROCEDIMIENTO Y DIAS ASIGNADOS. COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO Dr. ARNULFO ARIAS MADRID. JULIO DE 1993. . . . .	74
9	CASOS PENDIENTES DE ADMISION, SEGUN ORGANO O PATOLOGIA. EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL. COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID. JULIO 1994. . . . .	91
10	CIRUGIAS SEGUN TIPO Y SERVICIO. COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID. AGOSTO A OCTUBRE 1993. . . . .	94

11	CIRUGIAS TOTALES Y AMBULATORIAS SEGUN SERVICIO. COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID AGOSTO A OCTUBRE 1993. . . . .	95
12	CLASIFICACION DE EXPEDIENTES DE PACIENTES PROGRAMADOS PARA PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS FACTIBLES DE REALIZARSE AMBULATORIAMENTE. COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID AGOSTO A OCTUBRE 1993. . . . .	97
13	PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS FACTIBLES DE REALIZARSE AMBULATORIAMENTE POR TIPO. COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID AGOSTO A OCTUBRE 1993. . . . .	98
14	NUMERO DE PACIENTES OPERADOS SEGUN DISTRITO Y CORREGIMIENTO. COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID. AGOSTO A OCTUBRE 1993 .	99
15	COSTO DE FUNCIONAMIENTO DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA. COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID AGOSTO A OCTUBRE, 1993. . .	102
16	DIAS-CAMAS OCUPADOS Y EGRESOS EN EL DEPARTAMENTO Y SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL. COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID AGOSTO A OCTUBRE 1993. . . . .	103
17	COSTO POR MES EN EL SALON DE OPERACIONES. COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO Dr. ARNULFO ARIAS MADRID AGOSTO-OCTUBRE DE 1993. . . . .	104

## INDICE DE FIGURAS

FIGURA		Página
1	FLUJOGRAMA DE PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGIA. COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO Dr. ARNULFO ARIAS MADRID . . . . .	9
2	ARBOL DE PROBLEMAS . . . . .	12
3	CLASIFICACION DE LA CIRUGIA SEGUN LA INTENSIDAD DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO . . . . .	22
4	FLUJO DE PACIENTES EN UNIDAD DE CIRUGIA AMBULATO- RIA . . . . .	39
5	ESTRUCTURA ORGANICA DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA DEL COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID . . . . .	61
6	ESTRUCTURA FUNCIONAL DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENE- RAL COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID . . . . .	62
7	ESTRUCTURA ORGANICA DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA. COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO Dr. ARNULFO ARIAS MADRID . . . . .	67

## INTRODUCCION

A partir del año 1990, las autoridades de la Dirección Nacional de Servicios y Prestaciones Médicas de la Caja de Seguro Social, establecieron como meta de esa administración la reestructuración de los servicios médicos de la Institución orientada a ofrecer atención de manera eficiente, eficaz, equitativa y de calidad a los usuarios de estos servicios.

En un documento presentado a la Junta Directiva de la Institución en diciembre de 1991, como parte de este proyecto de reestructuración se propone la creación de Programas de Cirugía Ambulatoria para fortalecer el cumplimiento de esa meta.

A tres años de la presentación de esa propuesta, surge la inquietud de conocer con profundidad la manera cómo se brinda la atención bajo esta modalidad en el Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid y en particular en el Servicio de Cirugía General.

Otro aspecto importante considerado, son los costos que generan algunos servicios quirúrgicos en ese centro hospitalario y los beneficios que produciría, tanto en el ámbito social como institucional, el fortalecimiento y desarrollo de programas de cirugía ambulatoria.

En este contexto, el presente trabajo de investigación, procura de conocer el grado de implantación de la propuesta de la Dirección de los Servicios Médicos Institucionales

formulada en el año 91, con respecto a la cirugía ambulatoria.

Para este fin se exponen los principales aspectos conceptuales y técnicos de la Cirugía Ambulatoria encontrados en la literatura, así como los aspectos relevantes en relación a la administración de los servicios de salud, Costos en los servicios y el impacto de los servicios quirúrgicos ambulatorios según su eficiencia y eficacia.

Se presenta la situación actual de los servicios en relación a la Cirugía Ambulatoria en el Complejo Hospitalario Metropolitano Arnulfo Arias Madrid de la Caja de Seguro Social; la organización del Sector Salud Panameño y la conformación del Sistema de Salud de Panamá. Se incluye además información sobre el gasto nacional en salud, el financiamiento del sector y de la institución, así como también los presupuestos para las prestaciones de salud a nivel nacional y del Complejo Hospitalario Metropolitano, Dr. Arnulfo Arias Madrid de la Caja de Seguro Social.

Para la captación de la información pertinente se elaboró un listado de pacientes programados para la realización de procedimientos quirúrgicos factibles de realizarse ambulatoriamente, en el período de agosto a octubre de 1993, determinándose el número y tipo, además de las principales características encontradas en los pacientes que formaron parte de este estudio. Seguidamente se calculan los costos de las cirugías realizadas con internamiento y el costo si se

realizados en el régimen quirúrgico ambulatorio, para luego comparar los costos resultantes entre ambas modalidades quirúrgicas.

Finalmente, se detallan los beneficios sociales que dejaron de percibir los usuarios de estos servicios por la priorización de la cirugía con internamiento en relación con las realizadas ambulatoriamente en el período al que se circunscribe este estudio.

## I. MARCO CONCEPTUAL

### A. DEFINICION DEL PROBLEMA:

A partir de la década de los sesenta, en Inglaterra y los Estados Unidos, los servicios de Cirugía Ambulatoria se han estado expandiendo, ya que esta modalidad quirúrgica ha demostrado ofrecer mayores beneficios tanto para los usuarios, como para el sistema nacional de salud en esos países <sup>1</sup>.

Dentro del marco de las políticas de ajustes estructurales como nueva estrategia de desarrollo económico, en las que "los costos, eficiencia y equidad de los servicios de salud empiezan a jugar un rol más importante en las decisiones de inversión..." <sup>2</sup>. Panamá, al igual que el resto de los países latinoamericanos, está llamada a implantar medidas tendientes a mejorar el impacto distributivo de los programas de salud con la mayor eficiencia social posible.

En este orden, las reformas a las instituciones del sector salud deberán garantizar el acceso de la población a servicios eficientes, eficaces, equitativos y de calidad. Estas características deberán ser corroboradas a través de una disminución de los costos en la atención de salud,

---

<sup>1</sup> GOODWIN, A. P. y OGG, TW. Preoperative preparation for day surgery. Br. J. Hosp. Med. 1992, feb. 5-18, 47 (3), p197.

<sup>2</sup> ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD/ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Repercusiones de la Crisis Económica y los Programas de Ajustes sobre el Sector Salud en Centroamérica. Desafíos para la década de los noventa. Documento IX Reunión del Sector Salud en Centroamérica. Tegucigalpa, Honduras. septiembre 1993.p. 28

reducción del tiempo de incapacidad laboral, disminución en los tiempos de espera por la demanda de los servicios, así como también en los períodos de recuperación de las enfermedades y accidentes <sup>3</sup> y por un amplio espectro de los aspectos promocionales y preventivos de la salud pública.

Con el incremento de los costos en la atención de la salud, las instituciones del sector deben realizar mayores esfuerzos para su contención <sup>4</sup>.

La cirugía realizada en pacientes ambulatorios constituye una opción factible y viable en la posibilidad de disminuir los costos en la atención. Este procedimiento permite la eliminación de los días de hospitalización y sus costos incrementales, así como la agilización en la prestación de los servicios, lo cual facilita a sus usuarios, recibir la atención oportunamente, reduciendo los períodos de incapacidad, lo cual permite al individuo integrarse a sus labores habituales en un menor tiempo. Desde esta perspectiva entonces, corresponde a las autoridades de salud la toma de decisiones que viabilicen la implantación de esta modalidad

---

<sup>3</sup> ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD/ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Repercusiones de la Crisis Económica y los Programas de Ajuste sobre el Sector Salud en Centroamérica. Desafíos para la década de los noventa. Documento IX Reunión del Sector Salud en Centroamérica. Tegucigalpa, Honduras. septiembre 1993, p.32.

<sup>4</sup> ARGOTE R., Benigno. "La Economía del Sistema de Salud. Gastos, Rendimientos y Costos de los Servicios de Salud". En: Primer Congreso Iberoamericano de Informática y Salud. Panamá, 4 diciembre 1986, p.25.

quirúrgica, especialmente en las instituciones públicas, en aras de aumentar la eficiencia y eficacia de las prestaciones de los servicios quirúrgicos, con la consiguiente satisfacción de los demandantes de esta atención.

Con el gran interés suscitado desde los años sesenta por la realización de procedimientos quirúrgicos en pacientes ambulatorios, estimulado por la necesidad de contener los costos de la atención de la salud, prodigar una atención más oportuna a los pacientes, y por el desarrollo de centros para ofrecer este tipo de servicios, se han realizado estudios que han demostrado que entre el 20 y 40% de procedimientos quirúrgicos pueden realizarse con bastante seguridad en pacientes ambulatorios <sup>5</sup>.

En la República de Panamá, la Caja de Seguro Social es la institución responsable de ofrecer los servicios de seguridad social a sus derecho-habientes. Según su estatuto o ley orgánica, esta misión se operacionaliza a través del cumplimiento de tres programas fundamentales: 1. Invalidez, Vejez y Muerte, 2. Enfermedad y Maternidad y 3. Riesgos Profesionales.

Esta institución cubre riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez, viudez, orfandad, auxilio de funerales, accidentes de trabajo y enfermedades profesionales <sup>6</sup>.

---

<sup>5</sup> DAVIS, J.E. and DETMER, D.E. *The Ambulatory Surgical Unit*. citado por Detmer. pág. 696.

<sup>6</sup> CAJA DE SEGURO SOCIAL. *Ley Orgánica N° 14*, subrogada por la Ley N°30 del 26 de diciembre 1991.

A inicios de 1990, esta institución presentaba un déficit actuarial de 934 millones de balboas y un déficit presupuestario de 176 millones <sup>7</sup>, del cual se ha recuperado. Para 1995, su presupuesto es de 785 millones de balboas y su reserva actuarial es de 2,000 millones de balboas <sup>8</sup>.

Entre sus responsabilidades, a la Caja de Seguro Social le corresponde las prestaciones económicas y las prestaciones médicas; esta última hace que se incluya como parte del sector salud panameño.

El Complejo Hospitalario Metropolitano "Dr. Arnulfo Arias Madrid" (C.H.M. Dr. A.A.M) de la Caja de Seguro Social, ubicado en la capital del país, es la única unidad ejecutora que ofrece servicios de cirugía a los derecho-habientes del Area Metropolitana de la provincia de Panamá, siendo a su vez la instalación hospitalaria de mayor complejidad en el país y por ende, el principal centro de referencia de la red de atención de la seguridad social panameña.

En el período comprendido de enero a diciembre de 1993, en el Salón de Operaciones de ese establecimiento, los servicios quirúrgicos en general realizaron 14,106 cirugías (Cuadro 1); de este total, según se ha demostrado en estudios realizados en otras latitudes y citados previamente en esta

---

<sup>7</sup> CAJA DE SEGURO SOCIAL. Informe de Gestión 90-94 de la Dirección Nacional de Servicios y Prestaciones Médicas. Septiembre 1994.

<sup>8</sup> IbID. pág. sin número

investigación, entre un 20 y 40% pudo haberse efectuado sin internar a los pacientes <sup>9</sup>.

El servicio de Cirugía General de ese centro hospitalario, realizó durante el año de 1993 un reducido número cirugías de forma ambulatoria, 1.5% del total de cirugías efectuado por el servicio, en ese mismo período.

CUADRO 1  
INTERVENCIONES QUIRURGICAS REALIZADAS SEGUN SERVICIO  
Y TIPO EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO  
DR. ARNULFO ARIAS MADRID. AÑO 1993.

SERVICIO	TOTAL	ELECTIVAS		URGENCIAS
		INTERNOS	AMBULATORIOS	
ORTOPEDIA	1,132	974	44	114
GINECOLOGIA	1,883	1,367	9	507
OBSTETRICIA *	1,061	513	3	545
CIRUGIA CARDIOVASCULAR	415	346	3	66
PROCTOLOGIA	148	118	17	13
CIRUGIA GENERAL	2,104	1,610	32	462
CIRUGIA ORAL	60	54	2	4
CIR. RECONSTRUCTIVA	335	293	35	7
NEUROCIRUGIA	447	356	3	88
OPTALMOLOGIA	1,885	648	1,182	55
OTORRINO	865	725	19	121
CIRUGIA PEDIATRICA	627	151	406	70
UROLOGIA	3,144	1,148	1,914	82
<b>TOTAL</b>	<b>14,106</b>	<b>8,303</b>	<b>3,669</b>	<b>2,134</b>

FUENTE: DEPARTAMENTO DE ESTADISTICAS C.M.H.Dr.A.A.M.

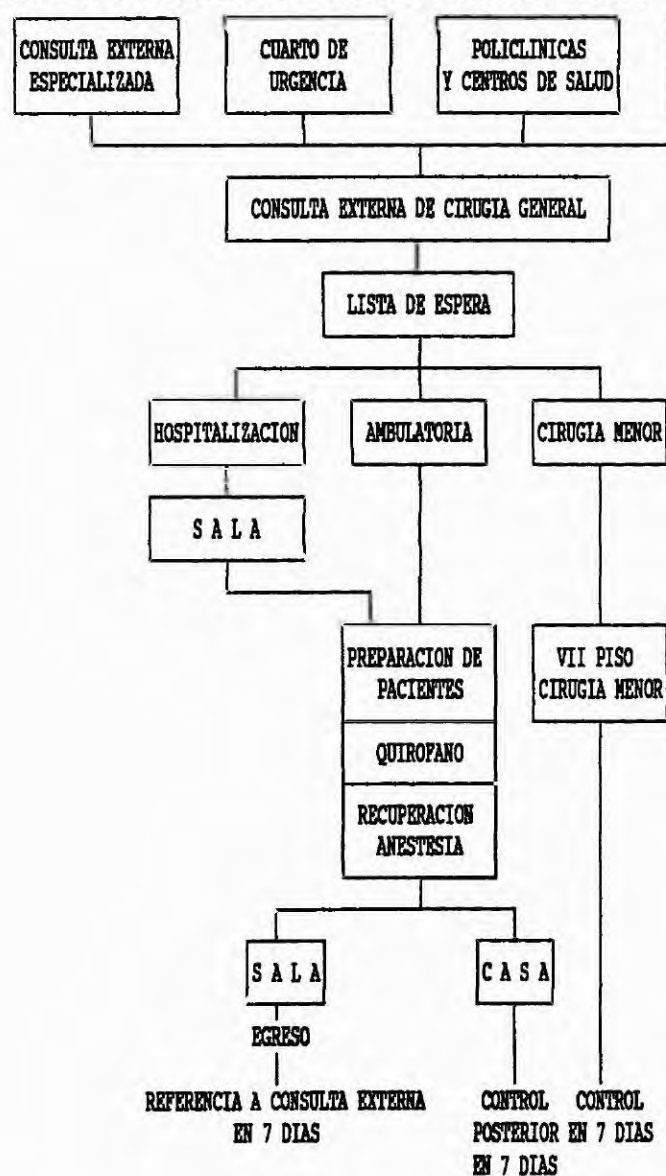
\* A partir de julio de 1993. Anteriormente se cuantificaba con las Cirugías de Ginecología.

Los pacientes que son operados por el Servicio de Cirugía General, son atendidos por los cirujanos que laboran en la

<sup>9</sup> DAVIS, J.E. and DETMER D. E. citado por Detmer, D.E. and Buchanan-Davidson, D.J. *Ambulatory Surgery*. Surg. Clin North Am 1982, 62: 685-704, p. 695.

Consulta Externa del Servicio (Figura 1), donde se les evalúa mediante examen físico y pruebas de laboratorios y posteriormente se les entrega una orden de Admisión para que sean

**FIGURA 1**  
**FLUJOGRAMA DE PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGIA**  
**COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO Dr. ARNULFO ARIAS MADRID**



hospitalizados y programados para la realización de la

cirugía. Estos pacientes engrosan una lista de espera y son llamados por teléfono por la secretaria del servicio para que se internen, sean programados y operados. Sin embargo, deben esperar por la disponibilidad del cirujano que le dio la orden de admisión al acceso a un quirófano, por lo general, por más de seis meses.

Actualmente el número de pacientes en lista de espera es elevado, y para Julio de 1994, existían en el Servicio de Cirugía General, 2,360 órdenes de admisión de pacientes, acumulada desde 1987 (Cuadro 2); y cuyas edades oscilan entre 17 y 79 años.

Desde el punto de vista administrativo y social, esta situación hace obligante la búsqueda de mecanismos efectivos que mejoren la oportunidad de atención a esas demandas.

El incremento en el número de cirugías ambulatorias podría convertirse en una alternativa de solución a estas largas listas de espera, luego de realizada una efectiva tamización de las necesidades quirúrgicas. Esto permitiría a la institución cumplir con la responsabilidad de dar respuesta oportuna a los asegurados, evitando complicaciones inherentes a patologías que ameriten una cirugía de urgencia, por los riesgos que la demora implica y evitando a su vez, el aumento en los costos de la atención, porque este procedimiento obvia el internamiento y permite también disminuir los períodos de incapacidad que estas demoras producen y los

costos sociales e institucionales a que esta situación conlleva.

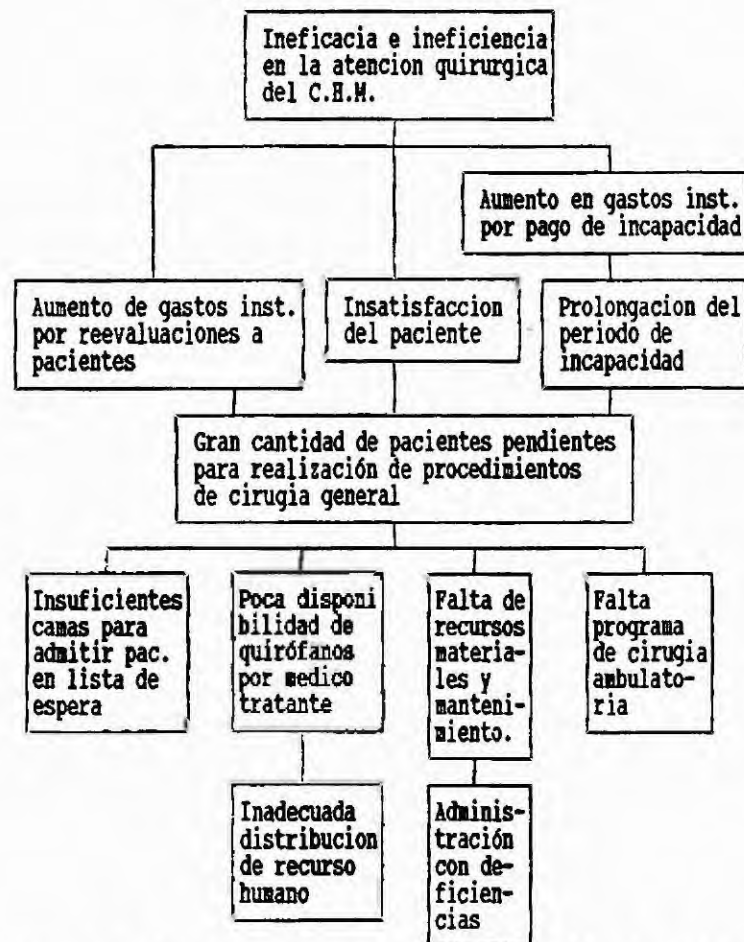
Lamentablemente en la actualidad, el sistema de información de la institución, no proporciona los elementos que permita a los gerentes institucionales conocer los costos producidos según las modalidades de atención quirúrgicas que de conocerse, seguro potenciarían la viabilidad para la implementación de procedimientos quirúrgicos ambulatorios en mayor proporción y la posibilidad de habilitar unidades que brinden esta facilidad a los asegurados, con la consiguiente desconcentración de los servicios y un incremento en los beneficios tanto para los usuarios como para la institución.

Por lo anterior, urge establecer una red de información oportuna, efectiva y confiable que demuestre los costos que representan las cirugías en los servicios quirúrgicos del Complejo Hospitalario Metropolitano "Dr. Arnulfo Arias Madrid", y en particular, en el servicio de Cirugía General, y de acuerdo a la modalidad quirúrgica utilizada.

Expuesto lo anterior, expresamos de manera resumida el problema que origina nuestra investigación con el siguiente planteamiento: ¿Qué beneficios, pudiera producir, para el usuario y la institución, el incremento de las cirugías ambulatorias con relación a las cirugías con internación en el Servicio de Cirugía General del Complejo Hospitalario Metropolitano "Dr Arnulfo Arias Madrid" de la Caja de Seguro Social?.

Una vez definido el problema, el objeto de estudio de la investigación, queda delimitado a: **Conocer los costos incrementales producidos por la cirugía con internamiento, factibles de efectuarse en forma ambulatoria y los beneficios sociales que dejaron de recibir los usuarios por esta opción en ese centro hospitalario. Agosto a octubre de 1993.**

FIGURA 2  
ARBOL DE PROBLEMAS



FUENTE: Vásquez de García, Julia. Abril de 1994

**B. JUSTIFICACION:**

En 1985, el Dr. Benigno Argote Director Nacional de Planificación del Ministerio de Salud, expresaba que "el costo de operación de la red de servicios de salud, sigue una espiral de aumento, y demanda medidas enérgicas para su contención...." <sup>10</sup>.

En la actualidad, el costo de los servicios de salud es cada vez más creciente e igualmente es difícil para el sector público sostener los programas de salud en el marco de los programas de ajuste. Esta situación hace necesario que se busquen mecanismos que incrementen la eficiencia y el impacto en la distribución del gasto público. Se han sugerido algunas políticas para lograr estos objetivos como la redefinición del paquete de servicios a ser producidos por las instituciones públicas <sup>11</sup>. "Es necesario dirigir los esfuerzos tendientes a buscar soluciones efectivas y eficaces que eviten el incremento en los costos de la atención médica"<sup>12</sup>.

En el área metropolitana, la C.S.S. ofrece servicios de cirugía general en el Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Aarnulfo Arias Madrid, hospital nacional de tercer nivel. Sin

---

<sup>10</sup> ARGOTE R., Benigno. La Economía del Sistema de Salud. Gastos, Rendimientos y Costos de los Servicios de Salud. p.1.

<sup>11</sup> ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD/ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Repercusiones de la Crisis Económica y los Programas de Ajustes sobre el Sector Salud en Centroamérica. p. 30.

<sup>12</sup> ARGOTE R., B. La Economía del Sistema de Salud. Gastos, Rendimientos y Costos de los Servicios de Salud. p. 25.

embargo, cada día se incrementan las listas de espera de pacientes pendientes para que se les realicen procedimientos quirúrgicos de cirugía general, como también en otros servicios quirúrgicos.

Para ser efectuados estos procedimientos, al paciente se le interna sin aplicar ningún criterio de selección para definir la modalidad quirúrgica de atención, a pesar que se ha demostrado que alrededor del 40% de las cirugías realizadas pueden efectuarse sin necesidad de hospitalización, mediante el desarrollo de un programa de cirugía en pacientes ambulatorios <sup>13</sup>. Este proceder agrava la difícil situación de las largas listas de espera para procedimientos quirúrgicos <sup>14</sup> en este centro hospitalario (Cuadro 2).

De no buscarse alternativas oportunas a la situación planteada, el problema se irá agudizando con el consiguiente aumento en los costos de la atención, incremento en los períodos de incapacidad por enfermedad y por la insatisfacción de los usuarios de los servicios quirúrgicos de esta instalación.

---

<sup>13</sup> MARKS, S.D. et al. Cirugía Ambulatoria en una organización para el mantenimiento de la Salud. p.771

<sup>14</sup> MORENO, L.A. y AROSEMENA, A. Cirugía Urológica Ambulatoria. Rev. Med. C.S.S. 21 (1): pág.39-58, 1989.

**CUADRO 2**  
**PACIENTES PENDIENTES DE CIRUGIA SEGUN SERVICIO QUIRURGICO\***  
**EN EL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA. COMPLEJO HOSPITALARIO**  
**METROPOLITANO Dr. ARNULFO ARIAS MADRID. JULIO 1994.**

SERVICIO	PACIENTES PENDIENTES
CIRUGIA GENERAL	2360
ORTOPEDIA	400
OFTALMOLOGIA	400
O.R.L.	500
UROLOGIA	500
CIRUGIA PLASTICA	100
CIRUGIA ORAL	144

FUENTE: C.H.M. Dr. A.A.M. Departamento de Cirugía, julio de 1994.

\*/ Servicios que efectúan procedimientos quirúrgicos posibles de realización ambulatoria.

La Dirección Nacional de Servicios y Prestaciones Médicas presentó en diciembre de 1991 el documento "Reestructuración de los Servicios de Salud de la Caja de Seguro Social" en el cual se menciona la necesidad de implementar programas de Cirugía Ambulatoria como parte de las estrategias para aumentar la oferta de servicios, buscando mejorar la eficiencia en la asignación y utilización de recursos<sup>15</sup>.

Tanto las autoridades de la C.S.S. a nivel Político directivo como en el nivel ejecutor, han demostrado interés en el sentido que la institución cuente con programas de cirugía

---

<sup>15</sup> CAJA DE SEGURO SOCIAL- DIRECCION NACIONAL DE SERVICIOS Y PRESTACIONES MEDICAS. Reestructuración de los Servicios de Salud diciembre, 1991.

en pacientes ambulatorios, como contribuyentes en la agilización de la realización de las operaciones, buscando a su vez, disminuir los tiempos de espera por estos servicios, y por ende, aumentar la capacidad de respuesta a los usuarios. Esos programas permitirían disminuir los períodos de incapacidad con la consiguiente disminución en los costos institucionales en la prestación de estos servicios, lo cual conllevaría a la postre, al aumento de la capacidad productiva de los asegurados, contribuyendo a aumentar sus ingresos y los niveles de bienestar en general.

El presente trabajo de investigación pretende constituirse en un eslabón importante entre el nivel técnico y el político de la institución, al proporcionar información confiable y pertinente para la toma de decisiones efectivas que contribuyan a disminuir los costos incrementales de la atención en salud, y a la satisfacción de los usuarios, al enfatizar sobre los costos de las intervenciones quirúrgicas realizadas con internamiento a pacientes cuyos procedimientos pudieran realizarse de forma ambulatoria.

### **C. HIPOTESIS DE TRABAJO:**

En el Servicio de Cirugía General del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid, se realizan cirugías con internación, muchas de las cuales se pudieran efectuar en forma ambulatoria, con mayores beneficios para la

salud y bienestar del asegurado y con la disminución de costos en los servicios quirúrgicos de la institución.

**CH. PROPOSITO:**

Proporcionar información sobre la demanda de atención quirúrgica no satisfecha y los costos que generan estos servicios, a las autoridades del nivel político decisorio y de conducción normativa y operativa de la Caja de Seguro Social, para la toma de decisiones tendientes a mejorar la eficiencia y eficacia de los servicios quirúrgicos de la institución en el Area Metropolitana.

**D. OBJETIVOS:**

**1. General:**

Demostrar los costos incrementales producidos mediante la realización de procedimientos quirúrgicos con internamiento, factibles de realizarse ambulatoriamente, efectuados en el Servicio de Cirugía General del Complejo Hospitalario Arnulfo Arias Madrid en el período de agosto a octubre de 1993.

**2. Específicos:**

2.1 Establecer comparaciones entre el número de cirugías ambulatorias y el número de cirugías con internamiento realizadas por los servicios quirúrgicos, en el C.H.M.Dr. A.A.M. durante el período

estudiado.

- 2.2 Determinar el número y tipo de cirugías que pudieron haberse realizado ambulatoriamente en el Servicio de Cirugía General durante el período.
- 2.3 Establecer el costo total por egresos, por días-cama-ocupados y por cirugías de los pacientes a los cuales se les efectuaron cirugía con internación factibles de realizarse ambulatoriamente.
- 2.4 Comparar costos de los egresos de los pacientes a los cuales se les efectuaron cirugías que actualmente se realizan con internación, con los costos esperados si estos procedimientos se realizaran en régimen ambulatorio, en el C.H.M.Dr. A.A.M.
- 2.5 Determinar la procedencia de pacientes operados por el servicio de cirugía general, que fueron hospitalizados para la realización de procedimientos quirúrgicos los cuales pudieron realizarse ambulatoriamente.
- 2.6 Señalar beneficios sociales y económicos de la Cirugía Ambulatoria.

## II. MARCO TEORICO

### A. GENERALIDADES SOBRE CIRUGIA.

Se ha clasificado el tipo de cirugía en base a:

- La complejidad de la patología a tratar
- Los recursos anestésicos y de monitorización transoperatoria necesarios
- Los cuidados del paciente en el post-operatorio inmediato, intermedio y tardío, con la consecuente necesidad de internación o no del paciente.

Con estos criterios, las cirugías se han clasificados como cirugía mayor y cirugía menor.

Existe un grupo de pacientes con cierto tipo de patologías, que necesitan de un procedimiento quirúrgico, que no pudiendo ser realizado en el consultorio, es decir como paciente externo, requieren de un quirófano y de diversos tipos de anestesia.

En la evolución de la atención a los pacientes, se han modificado grandemente los cuidados post-operatorios inmediatos, principalmente por la deambulación temprana y el retorno del paciente a su casa en el mismo día de la cirugía. Esto es, garantizando siempre los resultados adecuados por el acto quirúrgico y la recuperación sin peligro del paciente, con lo cual, esta última, casi que en su totalidad se realiza en la casa.

**1. Clasificación del paciente quirúrgico según el tipo de procedimiento a realizarse:**

**1.1 Externo:** Es el paciente que no es admitido en el hospital y el procedimiento que se le realiza puede ser efectuado en un consultorio, cuarto de urgencia o área diferente a un salón de operaciones.

**1.2 Ambulatorio:** Es el paciente al cual se le realiza el procedimiento en un quirófano y no es admitido o internado en el hospital.

**1.3 Interno:** Es el paciente a quien se le realiza el procedimiento quirúrgico en un salón de operaciones, ha sido hospitalizado previamente, y permanece internado después del procedimiento.<sup>16</sup>

**2. Clasificación de los Procedimientos Quirúrgicos:** En un estudio presentado por Detmer en 1982 <sup>17</sup> sistematizó los procedimientos quirúrgicos en clases de acuerdo a la intensidad así:

**2.1 CLASE I:** Corresponde a los procedimientos de cirugía menor. Son procedimientos quirúrgicos realizados en un consultorio, cuarto de urgencias o sala de procedimientos especiales diferentes de los quirófanos.

**2.1.1. SUB-CLASE A:** Incluye procedimientos

---

<sup>16</sup> MARKS, S.D. et al, Cirugía ambulatoria en una organización para el mantenimiento de la Salud, p.772

<sup>17</sup> DETMER, D.E. and BUCHANAN-DAVIDSON, D.J. Ambulatory Surgery. Surg. Clin North Am 1982; 62: 685-704, p.695

apropiados para la clase I o la clase II, según el caso particular.

**2.2 CLASE II:** Consiste en cirugías intermedias. Son procedimientos adecuados para efectuar en instalaciones apropiadas para realizar cirugías en pacientes que no son hospitalizados.

**2.2.1. SUB-CLASE B:** Incluye procedimientos apropiados para la clase II o clase III, según el caso particular.

**2.3 CLASE III:** Corresponde a cirugía mayor; son procedimientos adecuados para practicarlos en pacientes hospitalizados o internos (Figura 3).

## **B. LA CIRUGIA AMBULATORIA.**

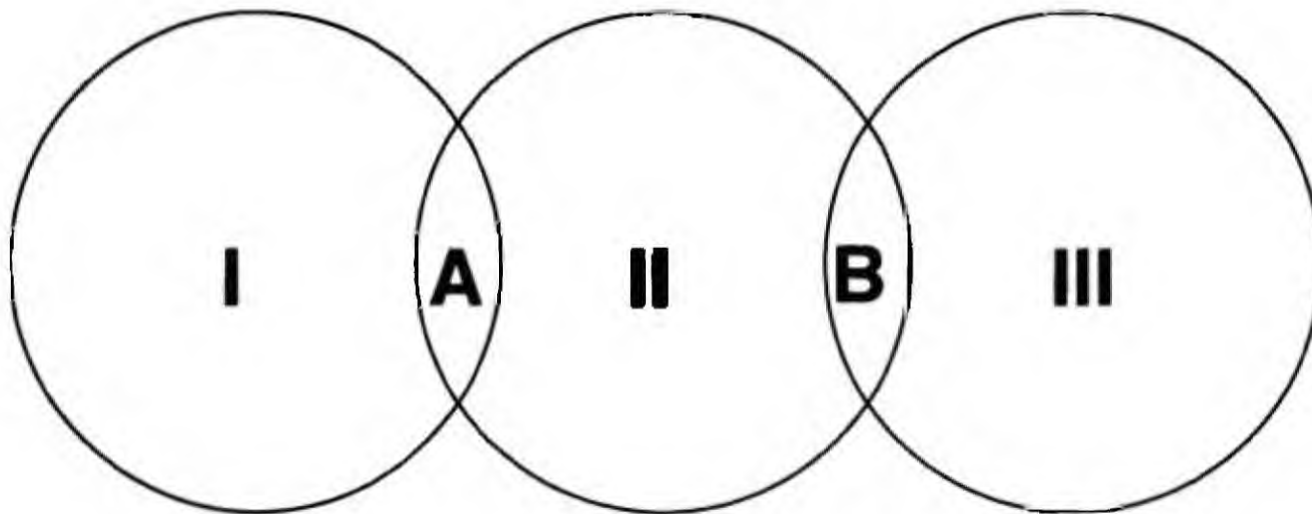
### **1. Definición**

Se ha denominado cirugía ambulatoria o cirugía en pacientes ambulatorios, a aquellos procedimientos quirúrgicos que deben ser realizados en un quirófano a pacientes que no ameritan internación previa, ni posterior al acto quirúrgico.

Incluye los procedimientos Clase II, y también algunos A y B (Figura 3). Se le conoce también como "Cirugía de un día", "Cirugía de entrada y salida" y "cirugía de externos". El paciente debe llegar y esperar ser dado de alta el mismo día.

El Colegio Americano de Cirujanos, define la cirugía

**FIGURA 3**  
**CLASIFICACION DE LAS CIRUGIAS SEGUN**  
**LA INTENSIDAD DEL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO**



**FUENTE: DETMER. CIRUGIAS EN PACIENTES AMBULATORIOS, 1982**

ambulatoria como "la cirugía que es más compleja que la realizada en el consultorio, pero menos compleja que la que requiere un monitoreo estricto post-operatorio e intensivo, y necesariamente, el paciente es dado de alta una vez concluye el acto operatorio y se recupera de la anestesia"<sup>18</sup>.

## **2. Antecedentes de la Cirugía en Pacientes Ambulatorios:**

" El siglo XX puede considerarse como el tiempo cuando la cirugía en pacientes ambulatorios se hizo viable; ésta ha sido poco a poco aceptada al irse tomando conciencia que la hospitalización no es el único medio de proporcionar atención de calidad" <sup>19</sup>.

Los hechos más sobresalientes en el desarrollo de la Cirugía en pacientes ambulatorios son los siguientes:

En 1909, J. H. Nicoll fue el primero en documentar la práctica de cirugía en pacientes ambulatorios, al presentar ante la Asociación Británica de Medicina los resultados de 8,988 cirugías en este tipo de pacientes, realizadas entre los años de 1899 y 1909, en el Hospital Infantil Royal Glasgow en Inglaterra <sup>20</sup>.

---

<sup>18</sup> DAVIS, J.E. y DETMER, D.E. **The ambulatory surgical unit.** citado por Detmer, D.E. and Buchanan-Davidson. *Ambulatory surgery*, p. 696.

<sup>19</sup> WETCHLER, B.V. **Outpatient Anesthesia Chap. 49 of Clinical Anesthesia**, Paul G. Barash. J. B. Lippincott C. 1989, p.1339.

<sup>20</sup> NICOLL J.H. citado por Wetchler, B.V. **Outpatient Anesthesia Chap. 49 of Clinical Anesthesia**, Paul G. Barash. J. B. Lippincott C. 1989, p.1339

R. M. Water, en 1919, estableció una Clínica de Anestesia en el Centro de la Ciudad, en Sioux City, Iowa; Estados Unidos para la realización de procedimientos de cirugía dental y cirugía menor. Puede considerarse el prototipo de los modernos centros de pacientes ambulatorios<sup>21</sup>. Para el año de 1923, se estableció un servicio quirúrgico externo en la ciudad de Kansas <sup>22</sup>.

En 1927, Churchil y McNeill en Inglaterra, observaron complicaciones post-operatorias en pacientes con estancias prolongada en cama, comparados con pacientes con deambulaci3n temprana <sup>23</sup>. En 1938, G.Hertzfeld en Edimburgo, Escocia reportó la realizaci3n de más de 1000 reparaciones ambulatorias de hernia en niños usando anestesia general <sup>24 25</sup>.

En Estados Unidos, el Hospital DeGraff Memorial en North Tonawanda, Nueva York, ha estado realizando cirugías ambulato-

---

<sup>21</sup> WETCHLER, B.V. *Outpatient Anesthesia* Chap.49 of *Clinical Anesthesia*, Paul G. Barach. J.B. Lippincott C. 1989, p.1339.

<sup>22</sup> MARKS, S.D. et al, *Cirugía Ambulatoria en una Organización para el Mantenimiento de la Salud*. Estudios de Costos, Calidad de la Atención y Satisfacción. *Medical Care* 18 (2): 127-146, 1980, J.B.p.777

<sup>23</sup> ICI PHARMACEUTICAL/JANSEN PHARMACEUTICA. *The Economics of Day Case Surgery*. 1991. p.8

<sup>24</sup> DONOVAN, O. apud. Marks, S.D. et al. *Cirugía Ambulatoria en una organización para el mantenimiento de la Salud*. Estudios de Costos, Calidad de la Atención y Satisfacción. *Medical Care* 18 (2): 127-146, 1980, J.B.p.771

<sup>25</sup> ICI PHARMACEUTICAL/JANSEN PHARMACEUTICAL. *The Economics of Day Case Surgery*. 1991.p.8

rias desde 1947.

A partir de la década de los sesenta, la realización de procedimientos quirúrgicos en pacientes ambulatorios ha tomado mayor interés. Varios factores han favorecido su avance, tales como el desarrollo de nuevas técnicas y agentes anestésicos que hicieron a la cirugía más segura y aceptable; así como la alta demanda de camas hospitalarias y el mayor interés en la pronta deambulaci3n de los pacientes operados <sup>26</sup>.

En 1962, en la Universidad de California, en Los Angeles, Estados Unidos se inici3n un programa formal de cirugía en pacientes ambulatorios <sup>27</sup>. En 1966, la Universidad George Washington, abri3n facilidades para cirugía en pacientes ambulatorios <sup>28</sup>. En 1968 se inaugur3n el primer centro quirúrgico autónomo para pacientes ambulatorios, en Providence, Rhode Island. En 1969, en Phoenix, Arizona, Estados Unidos se abri3n el Centro de Cirugía Phoenix, una instalaci3n para atender casos ambulatorios, en la cual se ofrecían "cuidados quirúrgicos de alta calidad en un ambiente personal,

---

<sup>26</sup> MARKS, S.D. et al. **Cirugía Ambulatoria en una Organizaci3n para el Mantenimiento de la Salud**. Estudios de Costos, Calidad de la Atenci3n y Satisfacci3n. Medical Care 18 (2): 127-146, 1980, J.B. Lippincott Co.p.771

<sup>27</sup> DILLON, J.B. **Personal Communication**, 1987. Citado por Wetchler p 1340.

<sup>28</sup> LEVY, M.L. **Personal Comunitation**, 1987. Citado por Wetchler p 1340.

a costos más bajos que otras alternativas" <sup>29</sup> <sup>30</sup>.

En el año de 1974, 2600 hospitales, de los 7000 existentes en Estados Unidos, habían establecido alguna forma de unidad quirúrgica ambulatoria. Ya para 1976, se estimaba que existían 20 centros de cirugía ambulatoria en ese país<sup>31</sup>. En el año de 1987, Wetchler reportó la existencia de 682 Centros de Cirugía Ambulatoria con participación en Medicare <sup>32</sup>.

Es necesario destacar, que las presiones por contener los costos contribuyeron a incentivar el desarrollo de la cirugía en pacientes ambulatorios. Puede mencionarse las siguientes:

- . Rechazo por las Compañías de Seguro, de cargos por habitación de hospital, en casos de cirugía en los cuales no se demuestre necesidad de internación.
- . Las compañías aseguradoras, condicionaron los pagos por procedimientos seleccionados, sólo si se realizaban ambulatoriamente.
- . Algunas compañías de seguro decidieron que ciertas

---

<sup>29</sup> WETCHLER, B.V. **Outpatient Anesthesia Chap. 49 of Clinical Anesthesia**, Paul G. Barach. J.B. Lippincott C. 1989,p.1339.

<sup>30</sup> MARKS, S.D. et al. **Cirugía Ambulatoria en una Organización para el Mantenimiento de la Salud. Estudios de Costos, Calidad de la Atención y Satisfacción.** Medical Care 18 (2): 127-146, 1980 J.B. Lippincott Co. p.772.

<sup>31</sup> ANONIMO. **Reluctance evident in slow growth of same day surgery. Same Day Surgery.** Employ Benefit plan rev 1976; 30-40 Citado por Marks (3). p.771

<sup>32</sup> WETCHLER, B.V. **Outpatient Anesthesia Chap. 49 of Clinical Anesthesia**, Paul G. Barach. J.B. Lippincott C. 1989, p.1339.

operaciones podían ser desarrolladas sin hospitalización.<sup>33</sup>

Propuesta de planificadores de salud, relativas a que un 20% de las cirugías se realicen ambulatoriamente <sup>34</sup>.

De acuerdo a la especialidad quirúrgica varía el número de procedimientos que pueden realizarse sin internación del paciente. Martí en Suiza, en 1991 publicó que de los 1,149 procedimientos quirúrgicos de proctología se realizaron entre 1986 y 1989, en el Hospital Cantonal de Ginebra, el 65% se realizaron ambulatoriamente <sup>35</sup>. Manrique y colaboradores encontraron en un estudio realizado entre 1984 y 1989 que el 92% de las cirugías para tratamiento de patología ano-rectal se realizaron ambulatoriamente con escasos riesgos en un Hospital de Argentina<sup>36</sup>.

### 3. Cirugía Ambulatoria en Panamá:

Podemos considerar al Hospital del Niño como pionero en la realización de procedimientos de cirugía ambulatoria en Panamá. Según el Dr. Edilberto Morales (Director de la

---

<sup>33</sup> HOLLANDER, L.F. et al. **Criteria for Selection and Contraindications of Ambulatory Surgery.** Chirurgie; 1990;116 (8-9),p.568-72. Fr. (extracto).

<sup>34</sup> MARKS, S.D. et al. **Cirugía Ambulatoria en una Organización para el Mantenimiento de la Salud.** p.771.

<sup>35</sup> MARTI, M.C. Laverniere C. **Ambulatory Proctology Surgery.** Helv-Chir Act; 1991, febrero, 57-5; p 705-8 (extracto).

<sup>36</sup> MANRIQUE, J.L. et al. **Factibilidad, Riesgo y Conveniencia de la Cirugía Ambulatoria para Patología Anorrectal.** Rev. Arg. Cir; 61 (3/4) 123-5 set-oct 1991 (extracto).

División de Investigación del Hospital del Niño, comunicación personal, septiembre de 1994), estas cirugías se comenzaron a realizar en 1963.

En la Caja de Seguro Social en 1985, el Servicio de Urología del C.H.M. Dr. A.A.M., implementó un programa de cirugía en pacientes ambulatorios. En un estudio realizado en 1989, Moreno y Arosemena encontraron que antes de iniciar este programa, el 41% de los casos quirúrgicos se realizaban ambulatoriamente, y luego de su implementación se incrementaron a un 65% los casos efectuados bajo esta modalidad <sup>37</sup>.

En 1987, el jefe del Servicio de Anestesia del C.H.M. Dr. A.A.M., le envía al Director Médico del hospital, las normas del servicio de Anestesiología para el desarrollo de las cirugías ambulatorias en este Centro <sup>38</sup> (Anexo 1).

En agosto de 1991, en el hospital Santo Tomás, se dio inicio al programa de Cirugía Ambulatoria del Servicio de Cirugía General. En una presentación realizada por el Dr. Gastón Dormoi, expuso resultados sobre 344 casos de Cirugía Ambulatoria efectuados desde el inicio del programa hasta diciembre de 1992. Entre sus conclusiones menciona que, "hay que resaltar las ventajas psicológicas para el paciente y

---

<sup>37</sup> MORENO, L.A. y AROSEMENA A. Cirugía Urológica Ambulatoria. Rev. Med. C.S.S. 21 (1):39-58, 1989, p.58.

<sup>38</sup> CROSTON, J.A. Comunicación al Director Médico del C.H.M. sobre normas del servicio de Anestesiología para pacientes de cirugía ambulatoria, mayo 1987.

económicas para la institución" que ofrece la cirugía ambulatoria <sup>39</sup>.

En otros centros hospitalarios y clínicas del sector privado también se realizan cirugías ambulatorias. Existen dos centros de cirugía ambulatoria, ubicados en la Clínica Metrópoli y el Centro Especializado de Cirugía Ambulatoria-Marbella, en el área de Paitilla la cual se anuncia como un centro de cirugía menor.

#### 4. Tipos de patologías que pueden operarse ambulatoriamente:

Los principales tipos de patologías que pueden resolverse mediante cirugía ambulatoria por un servicio de Cirugía General son:<sup>40 41</sup>

- . Lesiones superficiales de la piel.
- . Nódulos o quistes mamarios.
- . Hernias inguinales pequeñas y medianas; hernias umbilicales, hernias epigástricas, hernias ventrales pequeñas. No recidivantes.
- . Mamas supernumerarias pequeñas.
- . Quistes tenosinoviales.
- . Lipomas.

---

<sup>39</sup> DORMOI, G. Programa de Cirugía ambulatoria, Servicio de Cirugía General del Hospital Santo Tomás. 1993.

<sup>40</sup> HOSPITAL SANTO TOMAS. Listado del Programa de Cirugía Ambulatoria del Hospital Santo Tomás (anexo).

<sup>41</sup> DETMER, D. E. and BUCHANAN-DAVIDSON, D. J. Ambulatory Surgery, p.697.

- . Quistes de partes blandas.
- . Adenopatías.
- . Ginecomastias.
- . Quiste tirogloso.
- . Hemorroides internas II y III.
- . Fisuras anales.
- . Fístulas anales.
- . Quiste pilonidal.
- . Prolapso de mucosa anal.

Según Epstein, los procedimientos quirúrgicos mejor tolerados por pacientes ambulatorios son aquéllos con una duración corta, entre 15 a 90 minutos; los cuales deben estar asociados con sangrado y/o desórdenes fisiológicos mínimos, que no sean muy dolorosos <sup>42</sup>.

#### 5. Criterios para la selección de pacientes para cirugía ambulatoria:

Al establecer los criterios para la selección de los pacientes a los cuales se les realizará cirugía ambulatoria, los autores enfatizan en la necesidad de seleccionarlos de manera adecuada <sup>43 44 45 46</sup>.

---

<sup>42</sup> EPSTEIN, B. Anestesia en Pacientes Externos. Rev. Arg. Anest. 42 (1): 1-7, 1984, p.1.

<sup>43</sup> FARQUHARSON, E.L. Early Ambulation. Lancet 1955; 2:517-9. citado por The Economic Case Day Surgery, 1991, p.9.

<sup>44</sup> STEPHEN, F.O., Dudley Haf. An Organization for Outpatient Surgery. Lancet 11961, 1:1042-6, p.1,042.

Los principales criterios establecidos para la selección de pacientes son:

- . Pacientes clase I o clase II, según la clasificación de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA)<sup>47</sup>.
- . Paciente cooperador y de actitud mental positiva. Esto implica la aceptación de la modalidad ambulatoria por el paciente <sup>48</sup>.
- . Paciente que sea apoyado adecuadamente por una persona responsable en las 24 horas del pos-operatorio inmediato.
- . Que tenga teléfono
- . Que viva acompañado
- . Que resida o tenga familiares dentro de la ciudad o áreas periféricas con fácil acceso a la unidad donde se practique el procedimiento.
- . Pacientes mayores de 6 meses de edad <sup>49</sup> <sup>50</sup> y menores de

---

<sup>45</sup> ICI PHARMACEUTICAL/JANSEN PHARMACEUTICAL. *The Economics of Day Surgery*. 1991, passim. p.11

<sup>46</sup> DORMOI, G. Programa de Cirugía Ambulatoria, Servicio de Cirugía General del Hospital Santo Tomás.

<sup>47</sup> BARASH, PG. *Clinical Anesthesia*. p.418

<sup>48</sup> EPSTEIN, B. *Ibid.* pág. 1

<sup>49</sup> LAWRIE, R. *Operating on Children as Day Cases*. Citado por *The Economic of Day surgery*. p.9

<sup>50</sup> EPSTEIN, B. *Anestesia en Pacientes Externos*, p.2.

70 años de edad <sup>51</sup>.

En niños, se espera que los padres tengan suficiente capacidad para poder seguir las instrucciones y cuidar adecuadamente el pos-operatorio en casa.

**a. Clasificación del estado físico de los pacientes:**

La Sociedad Americana de Anestesiología clasifica a los pacientes que van a ser intervenidos quirúrgicamente en cinco clases A.S.A., según condición física, de la siguiente forma:

- . A.S.A. I : Paciente normal
- . A.S.A. II: Paciente con enfermedad sistémica leve controlada
- . A.S.A. III: Paciente con enfermedad sistémica severa, que limita la actividad pero no es incapacitante.
- . A.S.A. IV : Paciente con enfermedad sistémica incapacitante
- . A.S.A. V : Paciente moribundo sin expectativa de sobrevivir 24 horas con o sin cirugía <sup>52</sup>.

**6. Tipo de Anestesia a utilizarse en pacientes ambulatorios:**

Otro aspecto importante a ser considerado en la selección

---

<sup>51</sup> BURDEN N. Handle With Care. The geriatric patient in the ambulatory surgery environment. Citado por The Economic of Day case surgery p.12

<sup>52</sup> BARASH, PG. Clinical Anesthesia. p.418

de los pacientes es el tipo de anestesia que se va a utilizar. Arlia<sup>53</sup>, menciona el énfasis que hacen diversos autores en la necesidad y conveniencia de la participación temprana del anestesiólogo en la evaluación y selección de pacientes para cirugía ambulatoria <sup>54</sup>. En este tipo de pacientes, la anestesia tiene como requisito fundamental una rápida recuperación.

En cuanto a la premedicación, se recomienda evitar su uso en pacientes ambulatorios, y su reemplazo por una buena preparación en el aspecto emocional, así como con información objetiva de la cirugía <sup>55</sup>. Cuando es posible, se prefiere la anestesia local; se evita la anestesia espinal por el peligro de hipotensión secundaria; la anestesia peridural puede usarse, pero requiere de mayor tiempo de permanencia en la sala de recuperación de anestesia. La anestesia preferida en la mayoría de los centros es la general inhalatoria <sup>56</sup>. Dormoi<sup>57</sup> informó durante su presentación del programa de Cirugía Ambulatoria del Hospital Santo Tomás, que de los 344

---

<sup>53</sup> ARLIA, R. Editorial. Revista Argentina de Anestesiología. Volumen 42-Nº1, 1984, p. sin número.

<sup>54</sup> ARLIA, R. Editorial. Revista Argentina de Anestesiología.

<sup>55</sup> LEITE, A. Anestesia Para Pacientes de Corta Permanencia Hospitalaria, p.12.

<sup>56</sup> EPSTEIN, B. Anestesia en Pacientes Externos, p.4.

<sup>57</sup> DORMOI, G. Programa de Cirugía Ambulatoria, Servicio de Cirugía General del Hospital Santo Tomás.

casos realizados, en 146 casos se utilizó anestesia general (42.4%); en 143 anestesia local (41.5%) y en 55 anestesia regional o epidural (15.9%)

a. **Criterios de alta después de la Cirugía:**

Corresponde al anesthesiólogo la evaluación de las condiciones de alta, debe tomar en cuenta la recuperación física y psíquica, y utiliza una escala para evaluar el estado del paciente <sup>56</sup>, el cual debe ser sometido a un examen clínico final sobre estabilidad cardiocirculatoria en posición erguida, cuadro térmico, función ventilatoria por lo menos dos horas después de la administración de cualquier droga.

El servicio de Anestesiología del C.H.M. Dr. A.A.M. cuenta con una hoja impresa (Anexo 2), llamada Registro de Recuperación de Anestesia utilizada para evaluar los parámetros: actividad, respiración, circulación, conciencia y color, en escala de 0 a 2; el paciente es evaluado cada 15 minutos durante la primera hora y luego cada 30 minutos hasta que tenga una puntuación de 2 en cada renglón. El paciente debe completar una puntuación de 10, reiniciar la ingesta de líquidos y presentar micción

---

<sup>56</sup> STEWARD, D.M. A Simplifind Scoring System for the Post Operative Recovery Room Canad Ancesth. Soc. J.22:111-113, 1975, p.20.

espontánea antes de darle de alta <sup>59</sup> y enviarlo a casa.

Ante la posibilidad de una recuperación retardada o cualquier complicación clínica o quirúrgica, el paciente debe ser hospitalizado.

#### 7. Tipos de Unidades:

La atención quirúrgica en pacientes ambulatorios puede ser ofrecida en diferentes tipos de unidades; éstas se clasifican de acuerdo con su ubicación en relación con un hospital:

##### a. Unidades con base hospitalaria no dedicada:

En éstas unidades el paciente no ocupa una cama del hospital en una unidad definida. La cirugía se practica bajo anestesia general o raquídea, y el paciente es dado de alta directamente de la sala de recuperación de anestesia cuando su estado lo permite. Los primeros centros de este tipo fueron el de la Universidad de California en Los Angeles en 1962 <sup>60</sup>, el Centro Médico George Washington, en Washington en 1966, y el Church Home and Hospital en Baltimore <sup>61</sup>, en Estados Unidos de América.

---

<sup>59</sup> LEITE A. Anestesia para Pacientes de Corta Permanencia Hospitalaria, Rev. Arg. Anestesia: 42-Nº1 p.18.

<sup>60</sup> DETMER, D.E. y BUCHANAN-DAVIDSON, D.J. Ambulatory Surgery, p.692.

<sup>61</sup> WETCHLER, B.V. Outpatient Anesthesia, p. 1,339.

**b. Unidades con base hospitalaria dedicada o definida:**

Es una unidad dentro de la estructura hospitalaria definida para la realización de cirugía ambulatoria. Según Detmer, son las unidades más frecuentes, pues los hospitales pueden establecer un programa con poca inversión de capital y usar los recursos humanos, instalaciones y servicios auxiliares con que cuenta. En 1971, se estableció una unidad de este tipo en el hospital de la Comunidad de Watts en Durham, Carolina del Norte <sup>62</sup>, Estados Unidos.

**c. Unidades libres:**

Estas unidades están físicamente separadas de las demás instalaciones de asistencia de salud. La primera unidad de este tipo se fundó en Providence, Rhode Island en Estados Unidos de América. Actualmente, se considera que facilitan la asistencia de los pacientes y son más cómodas, ya que cuentan con áreas separadas de registro, procedimientos pre-operatorios, quirófanos y áreas de pos-operatorio. Los costos directos parecen ser menores que en una unidad de base hospitalaria. Se han planteado dificultades con éstas ante la posibilidad de asistencia inadecuada por la falta de acceso rápido a los servicios hospitalarios de urgencias. Hay que considerar que

---

<sup>62</sup> DETMER, D.E. y BUCHANAN-DAVIDSON, D.J. *Ambulatory Surgery*, p.692.

actualmente los costos de construcción son elevados <sup>63</sup>.

**8. Etapas de atención en una unidad de cirugía ambulatoria:**

Los pacientes a los cuales se les realizará cirugía ambulatoria deberán cumplir las siguientes etapas

**a. Evaluación clínica:**

Es realizada por el cirujano quien solicitará los exámenes complementarios, regularmente se solicitan hemograma y análisis de orina, en pacientes mayores de 40 años también se solicita un electrocardiograma y una radiografía de tórax.

**b. Evaluación pre-operatoria:**

El paciente debe acudir al consultorio del servicio de anestesiología mínimo 24 horas antes del acto quirúrgico, para ser evaluado. Debe llevar solicitud del cirujano, con aclaración del procedimiento a efectuar, así como la hora y lugar sugeridos; también el resultado de los exámenes complementarios. Se le instruirá por escrito acerca del tiempo de ayuno, premedicación (en caso de requerirla), hora y fecha de presentación en la unidad. Deberá constar información en relación con la necesidad de acudir acompañado por un adulto, que no conduzca vehículos después de la cirugía, ni ingiera bebidas alcohólicas ni drogas tranquilizantes el día de

---

<sup>63</sup> MARKS, S.D. et al, *Cirugía Ambulatoria en una Organización para el Mantenimiento de la Salud*, p.771.

la cirugía. El paciente debe firmar una copia de este instructivo, la cual debe anexarse al expediente.

**c. Preparación del paciente:**

El día de la Cirugía (Figura 4) el paciente debe presentarse en la fecha y hora determinadas, por lo menos 30 a 60 minutos antes de la hora prevista para la cirugía. La secretaria solicitará la documentación y luego que el paciente firme la hoja de consentimiento de la cirugía, encaminará al paciente a la sala de preparación. La enfermera le tomará los signos vitales, efectuará la antisepsia y rasurado necesarios y sugerirá la evacuación vesical e intestinal. El anesthesiólogo revisará el examen físico y la historia clínica anterior y certificará el ayuno. Evaluará el estado de psicomotricidad basal. En niños, la madre lo acompañará hasta la sala de preparación.

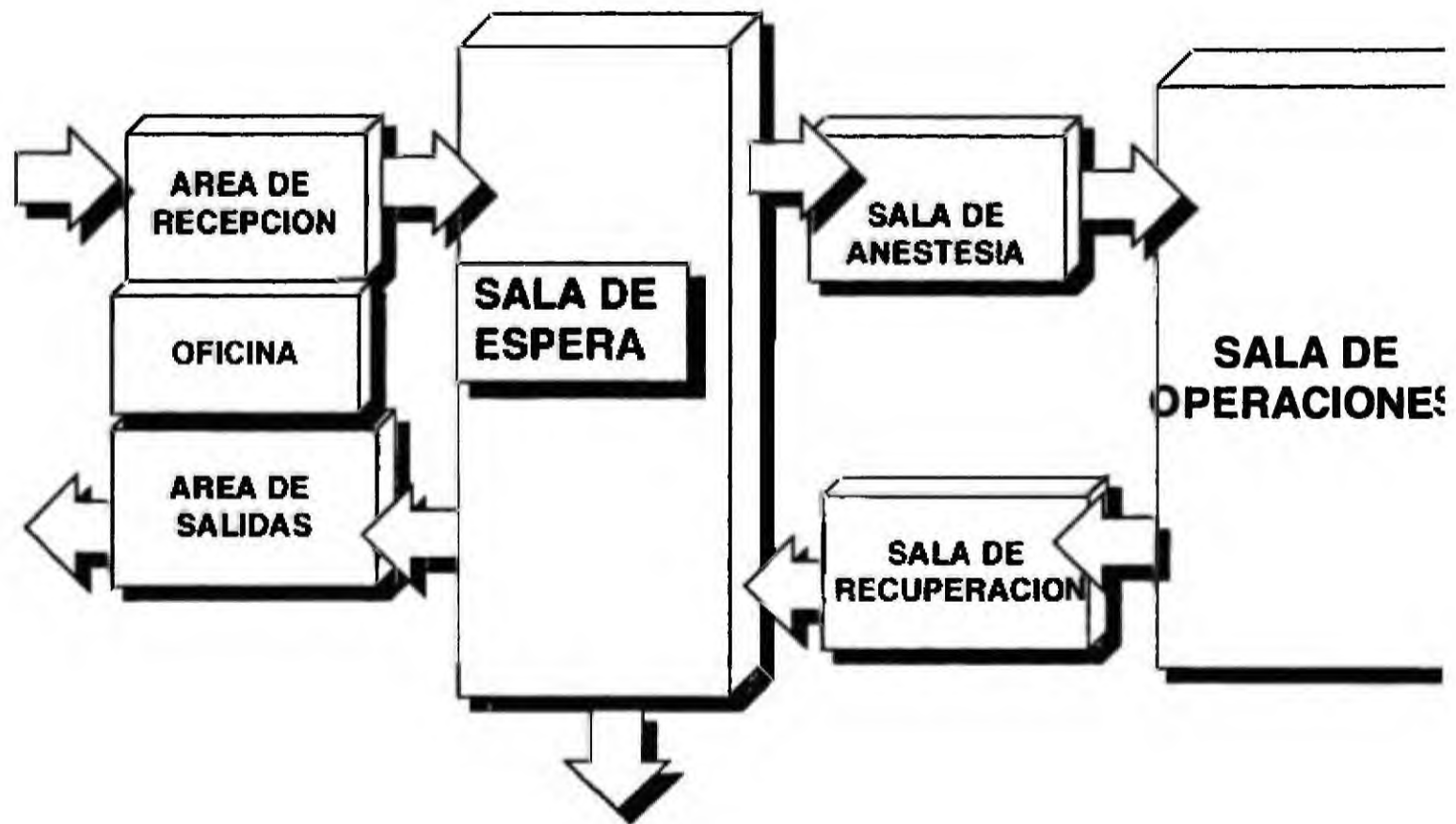
**ch. Se realiza el acto quirúrgico:**

Conforme a lo programado y el paciente es llevado a la sala de recuperación.

**d. Recuperación:**

El paciente es evaluado cada 15 minutos, hasta que esté en condiciones de alta (retorno al estado basal). Recibirá instrucciones para el período post-anestésico, donde se le instruirá sobre la realimentación, medicamentos, y teléfono donde llamar en caso de dudas o

**FIGURA 4**  
**FLUJO DE PACIENTES EN UNA UNIDAD DE CIRUGIA AMBULATORIA**



FUENTE: BURN, J. ANESTESIA AMBULATORIA. CLIN. ANEST. 7/1 SALVAT 1983

complicaciones <sup>64</sup>. Los programas de cirugía ambulatoria deben contar con personal asignado y teléfonos donde los pacientes puedan llamar ante cualquier situación que se presente en relación con la cirugía. El servicio de enfermeras comunitarias, es el encargado de esta función.

#### 9. Beneficios de la cirugía en pacientes ambulatorios:

En la literatura revisada, se mencionan los beneficios que proporciona un programa de cirugía ambulatoria, tanto para los pacientes como para la institución <sup>65</sup> <sup>66</sup>.

Entre los beneficios mencionados tenemos:

- 9.1 Disminuye los tiempos de espera para la cirugía electiva.
- 9.2 Disminuye el tiempo de incapacidad del paciente por la deambulacion temprana.
- 9.3 Proporciona mayor estabilidad emocional al no separar al paciente de sus familiares por tiempo prolongado.

---

<sup>64</sup> LEITE A. Anestesia para Pacientes de Corta Permanencia Hospitalaria, Rev. Arg. de Anestesia Vol 41 N° p.20, 21.

<sup>65</sup> VAUHAN, R. Wetal. Ambulatory Surgery and the Hospital. Heath Care manege Rev. 1991 Summer; 16 (3), p. (5-26) (extracto)

<sup>66</sup> ICI PHARMACEUTICAL/JANSEN PHARMACEUTICAL. The Economic of Day Case Surgery. p.19

- 9.4 Reduce el riesgo de infección adquirida en el hospital.
- 9.5 El paciente se recupera en la comodidad de su hogar,
- 9.6 Reduce los costos institucionales, mediante la disminución de la utilización de las camas hospitalarias,
- 9.7 Mayor seguridad del paciente al recibir orientación del equipo (médico, enfermera) <sup>67</sup>.
- 9.8 Potencial disminución de los errores de medicación que ocurre en los pacientes hospitalizados.

#### **10. Complicaciones de la cirugía ambulatoria:**

A pesar de la adecuada selección de los pacientes, del tipo de anestesia utilizado y del procedimiento a realizarse, tanto en la cirugía ambulatoria, como en el resto de los procedimientos quirúrgicos existe el riesgo y pueden presentarse complicaciones tanto en el trans-operatorio, como en el post-operatorio inmediato y tardío. En un estudio presentado por Natof en 1981, en 13,433 casos revisados de Cirugía en pacientes ambulatorios, encontró un total de 106 complicaciones de las cuales, las principales fueron: Hemorragia 74 casos, infección 10 casos y persistencia de náuseas y vómitos

---

<sup>67</sup> DORMOI, G. Programa de Cirugía Ambulatoria. Hospital Santo Tomás. 1993.

4 <sup>68</sup>. Moreno, en el servicio de Urología del C.H.M.Dr.A-A.M., encontró que las náusea y vómitos fueron las complicaciones más frecuentes observadas en una revisión de los casos ambulatorios realizados en 1985 <sup>69</sup>.

Dormoi, encontró en 344 operados en el hospital Santo Tomás, de agosto de 1991 a diciembre de 1992, solamente 7 casos complicados (2.03%), siendo la principal complicación, la infección en 5 casos <sup>70</sup>.

#### C. CIRUGIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS:

Corresponde a los procedimientos quirúrgicos que debido a la magnitud y tipo de patología a ser tratada, al mayor riesgo de complicaciones graves asociadas a la patología o al estado clínico pre-operatorio del paciente, o a situaciones que se puedan presentar en el trans-operatorio, y/o en el post-operatorio inmediato, y que pueden potencialmente poner en peligro la vida del paciente, deben ser realizadas en un quirófano que cuente con el personal suficiente, debidamente entrenado, con el equipo e instrumental adecuados.

---

<sup>68</sup> NATOF, H.E. Complication Associated with Ambulatory Surgery, J.Am Med. Assoc. 1980; 244:1116-8.

<sup>69</sup> MORENO, L.A. y AROSEMENA A. Cirugía Urológica Ambulatoria, p.43.

<sup>70</sup> DORMOI, G. Informe de Visitas a Instituciones de Costa Rica y Colombia y del Proyecto de Programa de Cirugía Ambulatoria del Servicio de Cirugía General del Hospital Santo Tomás. N° de nota 22-91.

De igual forma y en virtud que el paciente requiere una vigilancia adecuada durante determinado tiempo pos-operatorio, con la finalidad de prevenir o tratar adecuadamente las complicaciones, el paciente debe permanecer hospitalizado después de realizada la cirugía.

El tipo de procedimientos realizados corresponde a aquellos tipo III o B<sup>71</sup>. Para ofrecer los servicios de cirugías con internamiento, los hospitales cuentan con facilidades como la sala de hospitalización, el centro quirúrgico con sus respectivas áreas: preparación, quirófanos y recuperación de anestesia, servicios auxiliares de diagnóstico y terapéutica, así como los servicios generales y administrativos.

Los pacientes a los cuales se les realiza una cirugía con internación, pueden proceder del Cuarto de Urgencias, de la Consulta Externa y de las salas, a la cual pueden llegar de una Policlínica, u otra instalación de Salud.

Con el progreso alcanzado en el aspecto tecnológico, la tendencia actual está orientada a disminuir las estancias hospitalarias, y a ofrecer facilidades ambulatorias a los pacientes, como una manera de hacer más eficientes los servicios.

---

<sup>71</sup> DETMER, D.E. and BUCHANAN-DAVIDSON, D.J. *Ambulatory Surgery*, p.695.

## **CH. LA ADMINISTRACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD:**

### **1. Servicios de salud:**

Son los elementos y recursos (humanos, materiales y financieros) que la sociedad formal e institucionalmente dedica al cuidado de la salud de la población <sup>72</sup>.

### **2. Concepto de Gerencia de Servicios de Salud:**

El gerente es el responsable de crear las condiciones que permitan al personal desarrollar un trabajo efectivo, logrando un mejor aprovechamiento de los recursos y de esta manera, aumentar la productividad de éstos.

Ya que los servicios de salud son considerados como empresas productivas, su gerencia se realiza en base a conceptos científicos de la Administración .

La gerencia debe alcanzar el objetivo de la empresa logrando la contribución eficiente de cada individuo; es decir, a un menor costo, menor esfuerzo y menos recursos materiales.

#### **2.1 Funciones y objetivos de la gerencia:**

Las principales funciones del gerente son las de:

. Planificar, donde debe decidir los objetivos y metas a alcanzar, cuándo se llevarán a cabo las actividades y cómo serán utilizados los recursos;

---

<sup>72</sup> ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Administración Estratégica Local.** Citado por el Dr. Basabe, en Análisis Sectorial ponencia presentada en el Seminario de Sistema de Atención de Salud del Canadá, Panamá. marzo 1994 p.2.

. Organizar, donde estructura las funciones enumerando o agrupando las actividades necesarias para el logro de los objetivos y metas que ha fijado, los asigna y delega autoridad, coordina la realización de las actividades, así como las relaciones en sentido horizontal y vertical de comunicación, en la estructura de la organización;

. Seleccionar el personal, debe dotar y mantener el recurso humano en los cargos establecidos en la estructura de personal, suple las necesidades para realizar las diferentes tareas, este proceso incluye inventario, evaluación y selección, así como compensación, y el entrenamiento para un mejor desempeño de las tareas;

. Dirigir: guía, motiva y corrige las actividades que realiza el personal, para asegurar el cumplimiento de las metas o planes que estableció;

. Controlar: mide y corrige las actividades del personal y del proceso productivo y asegura el cumplimiento de los planes <sup>73</sup>. Cuando los principios previamente enunciados se llevan a cabo, la eficiencia debe aumentar. Los niveles gerenciales más elevados, para un mejor control requieren de medidas de control de costos.

Una medida de evaluación del proceso y de las

---

<sup>73</sup> KOONTZ, HAROLD y O'DINELL. Elementos de Administración Moderna, México, C.V. libros McGraw Hill de México, S.A. 1975 p.26, 28.

salidas son los costos promedios, que comparan y miden las variaciones de costos, o eficiencia de lo producido respecto a lo planeado y a lo presupuestado <sup>74</sup>.

**b. La toma de decisiones:**

Las decisiones que toma el gerente deben estar precedidas de alguna forma de planeamiento (formal o informal) para lo cual debe existir información confiable y oportuna, para que sea de utilidad en la gestión.

**3. Conceptos de eficiencia y eficacia:**

El objetivo del sistema demanda considerar dos aspectos, el alcance de los objetivos (eficacia) con la menor inversión de recursos (eficiencia). La relación de eficiencia-eficacia se expresa mediante los términos costo-beneficio y costo-efectividad.

La eficiencia y la eficacia son conceptos relacionados; se es eficaz cuando se logran los objetivos y metas establecidos; se es eficiente cuando este proceso se realiza a un menor costo de producción. Los aspectos de eficiencia y eficacia son utilizados en el análisis del sistema de salud. Siendo el objetivo del sistema producir salud, su eficacia está determinada por el impacto de las acciones de salud en el medio ambiente y en las personas y su eficiencia, por el logro de estas acciones a un menor costo sin olvidar la calidad. Ambas

---

<sup>74</sup> TRICKER, R. I. *Sistemas de control gerencial*, p.66, 67.

se miden por medio de indicadores.

**a. Eficiencia:**

La eficiencia es la relación insumo/producción, donde el insumo está expresado en término de costos; será elevada, a mayor producción de salud con igual consumo de recursos. Al analizar la eficiencia, se deben revisar las siguientes variables:

1. **Producción:** Representa el cumplimiento de los objetivos de las instituciones de Servicios de Salud y sus centros de producción <sup>75</sup>. En un hospital, la producción puede medirse en términos de egresos, consultas, cirugías realizadas, raciones servidas, libras de ropa lavadas, reparaciones y otras.

2. **Costo:** Expresa el valor monetario de la producción de los servicios. Depende de la cantidad de producción, tecnología utilizada, y nivel de rendimiento y productividad de los recursos <sup>76</sup>. Los costos de la producción se incrementan por la utilización de equipos más caros, por los cambios en la tecnología y las medidas que implican aumento

---

<sup>75</sup> ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD/PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO. Sistema de Información Gerencial, p. 38

<sup>76</sup> IBID. p.43.

del personal. En los hospitales es importante establecer costo promedio unitario por egreso. Estos costos varían según el tiempo de permanencia y la atención de casos complicados, los cuales incrementan los costos.

**3. Productividad:** Es la relación producción/insumos. Es la resultante de dividir la cantidad producida entre la cantidad de recursos (humanos, físicos y financieros) utilizados en su producción.

**4. Recursos:** Existen diferentes tipos de recursos, humanos, físicos y financieros. Son los elementos que van a permitir el alcance de las metas.

Un aumento en la productividad ocurre al producir más con el mismo consumo de recursos o al producir igual con menos recursos.

**b. Eficacia:**

Es el logro de los objetivos y metas propuestos. Se mide en términos del resultado deseable o del objetivo del servicio. Es válido inferir eficacia de resultados generales obtenidos en términos de logro de metas a través del análisis de la relación entre lo programado y lo ejecutado <sup>77</sup>.

---

<sup>77</sup> VARGAS F., M. Gerencia de los Servicios de Salud, p.84.

#### **D. GASTOS EN LA ATENCION EN SALUD**

Existe una tendencia generalizada al incremento en los costos de los servicios de salud. El necesario cumplimiento de los compromisos de la deuda externa con los organismos financieros internacionales limita la capacidad de los gobiernos para hacerle frente a las crecientes necesidades de los sectores sociales <sup>78</sup>.

Es insoslayable la responsabilidad de los sectores proveedores de atención en salud, de buscar mecanismos que permitan racionalizar la utilización de los recursos para ofrecer servicios con eficiencia, eficacia, equidad y de calidad.

En este sentido, deben buscarse modalidades de prestación de los servicios de salud que permitan atender las crecientes necesidades de la población, así como mecanismos de financiamiento de los costos que faciliten el acceso de la población a paquetes básicos de servicios.

##### **1. Contexto Regional:**

El acelerado incremento en la utilización y en los costos de los Servicios de Salud, le da relevancia creciente al Gasto Nacional en Salud (gasto del sector público, gasto de los seguros sociales y gasto privado de los hogares) en relación

---

<sup>78</sup> ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Repercusiones de la Crisis Económica y los Programas de Ajuste sobre el Sector Salud en Centroamérica. Desafíos para la década de los noventa.** Doc. IX, p.30.

al Producto Interno Bruto (P.I.B.) de los países.<sup>79</sup>

En relación con los países de América Latina y el Caribe, Panamá tiene un elevado gasto público en salud, el cual representa una parte importante del Gasto Nacional en Salud. Según estimaciones efectuadas por organismos internacionales, en el año 1990, el gasto público en salud representó el 63% del Gasto Nacional en Salud y el gasto privado 37% (gasto directo de los hogares en la compra de bienes y servicios de salud) <sup>80</sup>.

El promedio del gasto público como parte del gasto nacional de salud en la región, es de 43%, lo cual resalta que en Panamá este gasto es mayor que el privado. Nuestro país posee un sistema de seguridad social de amplia cobertura, similar al de Costa Rica y Argentina <sup>81</sup>.

En 1990, el Gasto Nacional en Salud como porcentaje del P.I.B. representaba 8.7% lo cual pone de relieve que se gastan cifras elevadas en salud. En la región, este gasto es de los más elevados, junto con Argentina y Costa Rica; se ubican en niveles ligeramente superiores al de los países industrializados que es del 7.8% y al promedio de la región

---

<sup>79</sup> ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Repercusiones de la Crisis Económica y los Programas de Ajuste sobre el Sector Salud en Centroamérica.** p.28.

<sup>80</sup> LUCIANI, René. **Financiamiento del Sector Salud en la República de Panamá.** OPS. Panamá agosto 1994. p.18.

<sup>81</sup> IBID, p.28

que es del 5.7% <sup>82</sup>.

Para el mismo año, el Gasto Nacional en Salud per cápita en la región era los equivalente de B/ 122.10; en Panamá asciende a B/.172.50, comparado con B/.155.80 en Costa Rica y B/.85.50 en Méjico <sup>83</sup>.

#### **E. IMPACTO DE LOS SERVICIOS QUIRURGICOS AMBULATORIOS SOBRE LOS COSTOS Y LA EFICIENCIA**

La valoración del impacto de las unidades de cirugía ambulatoria sobre los costos y la eficiencia es muy compleja.

A nivel de microsistema, es posible comprobar ahorros directos para los pacientes <sup>84</sup>.

Wolcott en 1981, indicó que el 25% del costo de 200,000 millones de dólares de la asistencia sanitaria en Estados Unidos correspondió a la atención quirúrgica y entre el 60 al 70% de los costos de la asistencia sanitaria estaban bajo control del médico <sup>85</sup>.

Según expresa Detmer, los procedimientos realizados a pacientes hospitalizados son más costosos y es necesario

---

<sup>82</sup> IBID, p.28

<sup>83</sup> IBID, p.28

<sup>84</sup> DETMER, D.E. y BUCHANAN-DAVIDSON, D.J. *Ambulatory Surgery*, p.696.

<sup>85</sup> WOLCOTT, M.W. *Ambulatory and the Basic of Emergency Surgical Care*, citado por Detmer, D.E. and Buchanan-Davidson, D.J. *Ambulatory Surgery* p.704.

contar con mejores datos para poder comparar costos.

Diferentes estudios han demostrado disminución de los costos por la realización de cirugías ambulatorias. En una unidad libre se encontró una disminución de 55% comparados con los costos en pacientes hospitalizados; en dos centros hospitalarios los costos fueron 11% menos y en centros quirúrgicos afiliados a hospitales, los pacientes ambulatorios pagaron 46% menos que los hospitalizados<sup>86</sup>.

En este mismo orden, en Estados Unidos, Putnam encontró una disminución de 25% de los costos hospitalarios y ahorros en la utilización de camas de aproximadamente dos días por paciente, al efectuar las cirugías en pacientes ambulatorios<sup>87</sup>. Un estudio del Programa de Asistencia Médica Permanente de Oregón demostró que si los procedimientos ambulatorios se incrementaran del 10 al 30% se produciría un ahorro anual de por lo menos 773,947,200 dólares y el ahorro promedio por pacientes sería de 192.19 dólares. En un estudio realizado en Carolina del Norte, Estados Unidos los resultados demostraron un aumento de 15.6% del número de procedimientos en externos que se practicaron de 1979 a 1980, produciendo un ahorro de

---

<sup>86</sup> MILLER, J.C. *Ambulatory Surgical Centers*. citado por Detmer, D.E. and Buchanan-Davidson, D.J. *Ambulatory Surgery*, p. 704.

<sup>87</sup> PUTNAM, L.P. and LANDEEN, F.H. *Outpatient Anesthesia at the Ambulatory Surgery Center*. citado por Detmer, D.E. and Buchanan-Davidson, D.J. *ambulatory Surgery*, p.704.

328,871 dólares <sup>88</sup>.

El departamento de Servicios Sanitarios y Humanos de Estados Unidos informó que son realizados alrededor de 200 millones de procedimientos quirúrgicos anualmente. El informe Orkand y Search (Rhode Island, Blue Cross-Blue Shield) ha comprobado que incluso 40% de la cirugía puede efectuarse sin peligro con base ambulatoria, sin comprometer la calidad de la asistencia, los ahorros podrían ser hasta de un 60% y se economizaría aproximadamente 1,000 dólares por pacientes y 5,000 millones de dólares al año, a nivel nacional <sup>89</sup>.

Es difícil precisar cuánto se ahorra el sistema de salud; al analizar el costo en esta perspectiva, deben considerarse las variables ampliamente, tales como políticas de reembolso, disponibilidad y necesidad de servicios quirúrgicos, nivel del personal local y del suministro de camas, revisión de los índices de cirugías, costos de capital, conducta de precios, estilos cambiantes de la práctica médica <sup>90</sup>.

Se considera adecuado incentivar las unidades de base hospitalaria, ya que los costos de capital que implica la

---

<sup>88</sup> **Outpatient Surgery Program Results in Increased Procedures.** Same Day surgery, 5:57, 1981. citado por Detmer, D.E. and Buchanan-Davidson, D.J. ambulatory Surgery, p.704.

<sup>89</sup> **Ambulatory Surgery Promoted at National Surgeons Congress.** citado por Detmer, D.E. and Buchanan-Davidson, D.J. Ambulatory Surgery Same Day surgery 4:125, 1980, p.705.

<sup>90</sup> **GROSSMAN, R.M. Is Ambulatory Surgery Less Expensive Hospital,** 53:112, 1979. citado por Detmer, D.E. and Buchanan-Davidson, D.J. Ambulatory Surgery, p.705.

creación de nuevas unidades libres son elevados <sup>91</sup>.

En Estados Unidos, según expresa Detmer, las compañías de seguro han estado revalorando sus sistemas de reembolsos, y establecieron procedimientos a los cuales se les harán pagos si se realizan de forma ambulatoria, medida que produjo una disminución importante en los costos de la asistencia de la salud. Luego de implementar esta política se encontró que hubo disminución en el número de casos que implicaba tres días o menos de estancia hospitalaria.

Los hospitales también ofrecieron incentivos a los pacientes para fomentar la cirugía ambulatoria, así como compañías privadas que animaban a sus empleados para que se sometieran a estos procedimientos. Algunas compañías aseguradoras grandes establecieron políticas que aconsejaban que las cirugías sean efectuadas "de la manera menos costosa que permita ofrecer asistencia de alta calidad a los pacientes" y que fomenten "el crecimiento adecuado de la cirugía en pacientes ambulatorios y el uso más selectivo de la hospitalización de pacientes para cirugías" <sup>92</sup>.

En 1974, en Estados Unidos, la Ley de Planeación y

---

<sup>91</sup> DETMER, D.E. and BUCHANAN-DAVIDSON, D.J. *Ambulatory Surgery*, p.705.

<sup>92</sup> BURNS, L.A. and FERBER, M.S. *Ambulatory Surgery in the United States*. Citado por Detmer, D.E. and Buchanan-Davidson, D.J. *Ambulatory Surgery*, p.705.

Recursos Sanitarios (PL 93-641), promovió la asistencia de pacientes ambulatorios, lo cual estimuló el crecimiento de este tipo de asistencia <sup>93</sup>; otros aspectos que han contribuido son las innovaciones de la práctica quirúrgica, la deambulacion temprana, nueva técnicas y agentes anestésicos.

En 1981, Detmer expresó "cabe predecir que la cantidad de cirugías en pacientes ambulatorios aumentará a causa de la necesidad de reducir los costos y de la aceptación por los médicos y los pacientes <sup>94</sup>.

---

<sup>93</sup> FONTAINE, S. *Marketing Concepts Same Day Surgery* 4: 109, 1980. citado por Detmer, D.E. and Buchanan-Davidson, D.J. *Ambulatory Surgery*, p. 705.

<sup>94</sup> IBID, p.705.

### **III. MARCO DE REFERENCIA:**

#### **A. EL SISTEMA DE SALUD DE PANAMA:**

##### **1. Definición y componentes:**

El Sistema de Salud está formado por el conjunto de organismos que desarrollan actividades o son prestatarias de los servicios de salud, manteniendo un mayor o menor grado de autonomía. Son elementos del sistema social que se han diferenciado formal o informalmente para brindar acciones de salud entre las cuales destacan:

- . Instituciones públicas (Ministerio de Salud, Caja de Seguro Social, IDAAN, DIMA);
- . Instituciones privadas (hospitales y clínicas privadas con fines de lucro);
- . Instituciones sin fines de lucro (organizaciones no gubernamentales, iglesias etc.)
- . La medicina tradicional (curanderos, parteras empíricas y otros.)

#### **B. EL SECTOR SALUD PANAMEÑO:**

Definido como "el conjunto de organizaciones que tienen como objetivo principal, el brindar servicios de salud, ya sea en forma de actos, o normas y procedimientos"<sup>95</sup>. El sector

---

<sup>95</sup> ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Administración Estratégica Local, citado por el Dr. Basave Vladimir, Análisis Sectorial, ponencia presentada en el

salud panameño está constituido por el Ministerio de Salud, la Caja de Seguro Social, el Instituto de Acueductos y Alcantarillados Nacionales (IDAAN), la Dirección Metropolitana de Aseo (DIMA) y el sub-sector privado.

**C. LA CAJA DE SEGURO SOCIAL:**

La existencia y acciones de la Caja de Seguro Social, se fundamentan en el artículo 109 de la Constitución de la República de Panamá, el cual dice:

**"Todo individuo tiene derecho a la seguridad de sus medio económicos de subsistencia en caso de incapacidad para trabajar u obtener trabajo retribuido. Los servicios de seguridad social serán prestados o administrados por entidades autónomas y cubrirán los casos de enfermedad, maternidad, invalidez subsidios de familia, viudez, vejez, orfandad, paro forzoso, accidentes de trabajo, enfermedad profesional y las demás contingencias que puedan ser objetos de previsión, y seguridad social. La Ley proveerá la implantación de tales servicios a medida que las necesidades lo exijan."**<sup>96</sup>

Creada según el Decreto Ley 23 de 1941. El artículo 1 de su estatuto orgánico la define así:

**"Es una entidad de Derecho Público, Autónoma en lo administrativo, en lo funcional, en lo económico, con personería jurídica y patrimonio propio....Tiene a su cargo la administración y dirección del Régimen de Seguridad Social, de conformidad con la Constitución Nacional, las Leyes y Reglamentos",** <sup>97</sup>.

---

Seminario "Sistema de Atención del Canadá", Panamá, Mayo 1994, p.2

<sup>96</sup> CAJA DE SEGURO SOCIAL. Ley Orgánica N° 14, p.9.

<sup>97</sup> CAJA DE SEGURO SOCIAL. Ley Orgánica n° 14 de 1954, subrograda por la Ley 30 del 26 de diciembre de 1991, p.11

Su principal fuente de financiamiento la constituyen las cuotas obrero-patronales.

La institución ofrece prestaciones económicas y prestaciones médicas mediante tres programas a través de los cuales ejecuta sus acciones:

- . Invalidez, Vejez y Muerte
- . Maternidad y Enfermedad
- . Riesgos Profesionales

Como parte del sector público de salud, ofrece atención médica, quirúrgica, farmacéutica, odontológica y de hospitalización financiada por el Programa de Enfermedad y Maternidad. Desde su creación, ha ido incrementando su presupuesto para la atención de la salud de los trabajadores y sus beneficiarios propiciando la extensión de la cobertura de los servicios.

Para la prestación de los servicios de salud cuenta actualmente con 27 policlínicas y 8 hospitales.

#### 1. El Complejo Hospitalario Metropolitano

La Caja de Seguro Social inició la prestación de servicios de salud, en sus instalaciones, a partir de 1962, con la puesta en funcionamiento de la Policlínica Presidente Remón y el Hospital General de la C.S.S., hoy Complejo Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid, clasificado como hospital especializado de tercer nivel de atención en la red de servicios de la C.S.S. Cuenta con la mayor cantidad de equipo especializado, así como de recursos humanos capacitados y el prespues-

to más elevado de todas las Unidades Ejecutoras (poli-clínicas y hospitales) de la institución y del país para las prestaciones de servicios de salud.

El Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid está compuesto por tres edificios:

- el Hospital General,
- el Edificio de la Consulta Externa Especializada, y
- el edificio de Centralización.

El Hospital General cuenta con 9 pisos, y en él están ubicados:

- Servicios de Urgencias de Adultos, Pediatría y Filtro de Gineco-Obstetricia;
- Salas de hospitalización de los Departamentos de Medicina, Gineco-Obstetricia, Psiquiatría;
- El servicio de Neurocirugía; y área de procedimiento de Otorrinolaringología y Gastroenterología.

En el Edificio de la Consulta Externa Especializada están ubicadas:

- La atención de Riesgos Profesionales, consulta externa de Ortopedia, de Medicina Física y Rehabilitación con el área de Fisioterapia; los Departamentos de Registros Médicos y Estadísticas de Salud, Orientación y Comunicación.
- Los servicios de apoyo: Farmacia, Radiología Médica e Imágenes (Tomografía Axial Computarizada,

Ultrasonido y Medicina Nuclear), Patología y Laboratorios Clínicos y el Banco de Sangre;

- El Centro Quirúrgico y los Cuidados Intensivos de Coronarias, Medicina y Cirugía;
- Las Consultas Externas de los Departamentos de Cirugía, Medicina, Pediatría, Psiquiatría y del Servicio de Ginecología,
- las Salas de Hospitalización de los Departamentos de Pediatría y de Cirugía,
- Las Oficinas de Docencia, Enfermería, Dirección Médica, Biblioteca y Auditorios.

**En el Edificio de Centralización están ubicados:**

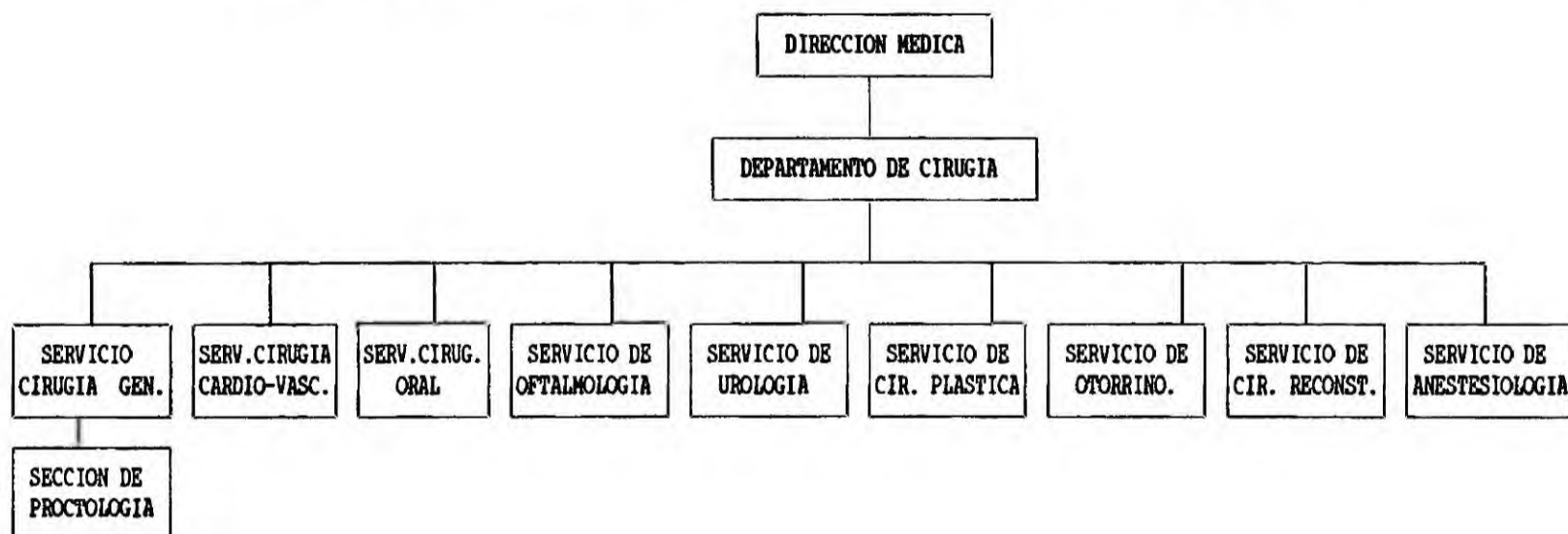
- La Administración con todos sus departamentos,
- Servicios Generales,
- Nutrición y Dietética.
- Auditoría de la Contraloría,
- La oficina de la coordinación de proyectos de Infraestructuras.

**a. El Servicio de Cirugía General.**

Forma parte del Departamento de Cirugía del Hospital (Figura 5). El área física donde se ofrece la atención se encuentra distribuida así:

. **Salas de hospitalización:** son dos, una de mujeres y una de hombres, ubicadas en la parte posterior del séptimo piso del edificio de la Consulta Externa especia-

FIGURA 5  
ESTRUCTURA ORGANICA DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA DEL  
COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID



**FIGURA 6**  
**ESTRUCTURA FUNCIONAL DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL**  
**COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID**



lizada. Cuenta con un total de 69 camas.

. **Consulta Externa de Cirugía General:** ubicada en el séptimo piso del edificio de la Consulta Externa especializada. Cuenta con un total de seis consultorios y dos salones pequeños donde se realizan los procedimientos de Cirugía Menor.

. **Salón de operaciones:** el servicio de cirugía general tiene asignados tres quirófanos los lunes, martes, jueves y viernes, dos en horario de 7:00am 3:00pm y uno de 7:00am a 6:00pm, (108 horas-quirófano semanales).

. Recursos humanos:

.. Médicos:

La distribución del recurso humano médico en el Servicio de Cirugía General se muestra en el siguiente cuadro:

CUADRO 3

RECURSO MEDICO SEGUN NUMERO Y CARGO EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL. COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO. DR. ARNULFO ARIAS MADRID. JULIO 1994

CARGO	NUMERO
ESPECIALISTAS	22
RESIDENTES	8
INTERNOS	4

FUENTE: Servicio de Cirugía General y Sub-dirección de Docencia del C.H.Dr. A.A.M.

Cuenta con 22 médicos especialistas (incluye dos funcionarios que laboran en el área de Cuidado Intensivo de Cirugía), los 20 médicos restantes dividen sus labores en Consulta Externa, trabajo en Salas de Internación y Salón de operaciones, además realizan turnos de 2:00pm a 7:00am de lunes a viernes y 24 horas sábados, domingos y feriados. Este grupo incluye además ocho médicos residentes y cuatro médicos internos asignados por la Subdirección de Docencia.

Los médicos se dividen en dos grupos A y B, para efectos de la distribución del trabajo en el Salón de Operaciones y en las diferentes salas del servicio (Figura 6).

.. Personal de Enfermería:

La distribución del recurso humano de Enfermería en el servicio de Cirugía General se muestra en el cuadro que a continuación se presenta:

**CUADRO 4**  
**DISTRIBUCION DEL RECURSO DE ENFERMERIA SEGUN CARGO**  
**EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL**  
**COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO Dr. ARNULFO ARIAS MADRID.**  
**JULIO 1994**

CARGO	SALA	CONSULTA EXTERNA
ENFERMERAS	25	1
AUXILIARES DE ENF.	22	5
ASISTENTES CLINICA	-	5
TEC. QUIRURGICO	-	1
TOTAL	47	12

FUENTE: Departamento de Enfermería del CHMAAM.

El personal de Enfermería del Servicio de Cirugía General que está asignado a la Consulta Externa labora en horario de 7:00 am a 3:00 pm, y el que labora en las Salas de Hospitalización se distribuyen en tres (3) turnos de 7:00 am a 3:00

pm, de 3:00 pm a 11:00 pm y de 11:00pm a 7:00am.

.. Personal administrativo: Laboran en horario de 7:00 a.m. a 3:00 p.m.

.. Secretarias: Labora una en sala y una en la jefatura del servicio.

.. Recepcionista: Labora una en la consulta externa.

Producción:

El Servicio de Cirugía General en 1993 produjo consultas, actos quirúrgicos, egresos y procedimientos de cirugía menor según se muestra en el Cuadro 5.

CUADRO 5  
PRODUCCION DEL SERVICIO DE CIRUGIA. COMPLEJO HOSPITALARIO  
METROPOLITANO Dr. ARNULFO ARIAS MADRID. 1993

PRODUCCION	TOTAL
CONSULTAS	16,265
EGRESOS	3,372
ACTOS QUIRURGICOS	2,195
CIRUGIA MENOR	1,259

FUENTE: Complejo Hospitalario Metropolitano.  
Departamento de Registros Médicos y Estadísticas

1. Sección de Cirugía Menor: Pertenece a la consulta externa del servicio de Cirugía General; en esta sección se realizan procedimientos quirúrgicos para tratamiento y diagnóstico en los cuales

puede utilizarse anestesia local y el paciente no amerita internación (externos), aunque pueden realizar procedimientos a pacientes hospitalizados.

Cuenta con dos salones ubicados en el área de consulta externa del servicio. Realizan ocho casos por día, seis son programados electivamente (tres casos grandes como lipomas, biopsias y tres pequeños como extracción de uñas, incisión y drenajes), y dos casos de urgencias. Laboran cuatro días a la semana, en horario de 10:00am a 2:00pm.

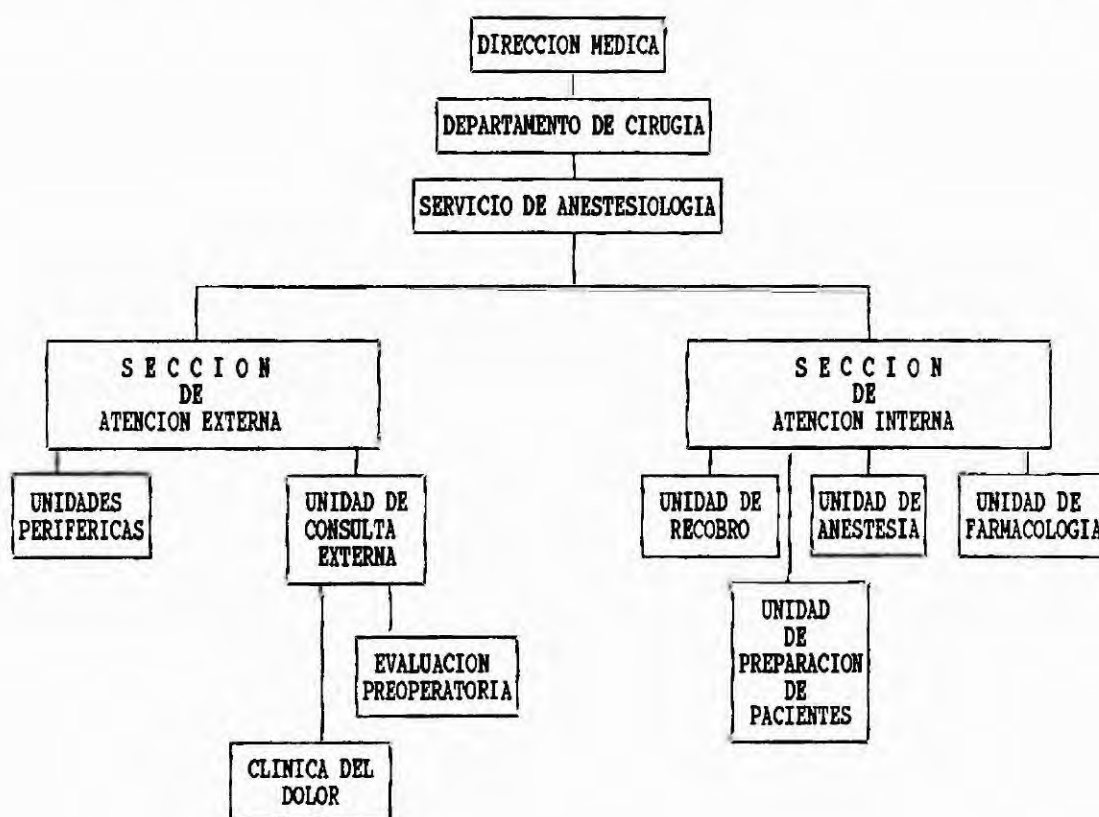
Los principales procedimientos realizados son: biopsias de músculos, excisión de quistes sebáceos, papilomas, fibromas péndulos, quistes de inclusión, incisión y drenaje de absceso, extracción de uñas, cauterización de verrugas, extracción de cuerpo extraño, cierre de fístulas, ginecomastias, incisión y drenaje de hemorroides. Esta sección cuenta con Normas de Funcionamiento. Durante el año de 1993 el Servicio de Cirugía General realizó 1,259 procedimientos de Cirugía Menor (Depto de Estadísticas C.H.M.)

**b. Servicio de Anestesiología**

El Servicio de Anestesiología del C.H.M. Dr. A.A.M. pertenece al Departamento de Cirugía. Forman parte de este servicio, un total de 37 médicos especialistas y

siete médicos residentes. Laboran en las siguientes áreas:

FIGURA 7  
ESTRUCTURA ORGANICA DEL SERVICIO DE ANESTESIOLOGIA  
COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO Dr. ARNULFO ARIAS MADRID



Quirófanos: En esta área laboran 17 anesthesiólogos en jornada regular en horario de 7:00 am a 1:00pm y nueve funcionarios en horario de 1:00 pm a 7:00 pm de lunes a viernes. Se labora en jornada nocturna donde se asignan tres funcionarios los cuales permanecen en el

hospital uno por día, cada tercer día, en horario de 6:00pm a 7:00 am.de lunes a viernes y 24 horas fines de semana y feriado; y en los turnos de lunes a viernes de 6:00 pm a 7:00am, dos funcionarios, uno de primera llamada y uno de segunda llamada.

Además del quirófano, los anesthesiólogos son asignados a las áreas periféricas: Ortopedia y Hemodinámica; Consulta Externa de Anestesiología (evaluación preoperatoria de pacientes ambulatorios) y a la Clínica del Dolor.

**c. Salón de Operaciones del Complejo Hospitalario Metropolitano:**

Según la Lic. Marcia Barsallo<sup>98</sup>, las áreas donde se realizan procedimientos quirúrgicos en el Complejo Hospitalario Metropolitano son: El Salón de Operaciones, (el área central) y las áreas periféricas.

El Salón de Operaciones está ubicado en el tercer piso del edificio de la Consulta Externa Especializada y cuenta con un total de 18 quirófanos de los cuales, actualmente funcionan 17, distribuidos según el servicio (Cuadro 6).

---

<sup>98</sup> BARSALLO, Marcia. Entrevista personal a la Enfermera Jefa del Salón de Operaciones del Complejo Hospitalario Metropolitano. Julio de 1994.

CUADRO 6

DISTRIBUCION DE QUIROFANO SEGUN SERVICIO EN  
EL SALON DE OPERACIONES. COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO  
DR. ARNULFO ARIAS MADRID. JULIO 1994

SERVICIO	NUMERO DE QUIROFANO
NEUROCIRUGIA	2
CIRUGIA CARDIOVASCULAR	3
UROLOGIA	4 y 18 (AREA A,B,C)
CIRUGIA GENERAL	5, 6 y 7 (4 días a la semana)
CIRUGIA PEDIATRICA	8 (tres días por semana)
CIRUGIA PLASTICA	8 (dos días por semana)
OBSTETRICIA	9
GINECOLOGIA	10 y 11
OFTALMOLOGIA	12
OTORRINOLARINGOLOGIA	13 y 14
ORTOPEDIA	16 y 17
TOTAL	17

FUENTE: Salón de Operaciones. C.H.M. Dr. A.A.M.

1. **Area Central:** El salón de operaciones, además de los 18 quirófanos y tres cuartos de Urología, cuenta con las siguientes áreas:

a) **Area de evaluación pre-operatoria:** En ésta se evalúan los pacientes que serán programados como casos ambulatorios.

b) **Preparación de pacientes:** funciona de 6:00am - 2:00pm. Aquí se recibe y prepara al paciente antes de entrar al quirófano. El tiempo de permanencia es variable y depende

del desarrollo y avance del programa en los quirófanos.

c) **Recuperación de anestesia:** a esta área llegan los pacientes, luego de ser intervenidos y se le vigilan cada 15 minutos los signos vitales y estado de conciencia según parámetros pre-establecidos hasta que puedan ser enviados a la sala, si el paciente está hospitalizado, o a su casa, si es paciente ambulatorio. Esta área cuenta con una capacidad de 16 camas. Existen pacientes que no pasan a esta área sino que van directamente a Cuidados Intensivos de Cirugía: Pacientes para operados de prótesis valvular, gran politraumatizado, Craneotomías, Cirugías mayores programadas (Laringectomías, Colectomías)

ch) **Depósitos de material médico quirúrgico:** Son alrededor de diez, donde se guarda material para las cirugías de acuerdo a las especialidades.

d) **Depósito de suturas:** donde se guardan y custodian principalmente los hilos de sutura.

e) **Áreas administrativas:** en éstas, se distribuyen las oficinas del Jefe del Salón, Jefe del Servicio de Anestesiología, Supervi-

sora de Enfermería.

Existen además los vestidores para el personal médico y paramédico; un salón de reuniones y la recepción.

2. **Areas periféricas:** Está constituida por:
  - a) **Hemodinámica:** posee dos quirófanos de los cuales uno está funcionando. Allí se realizan procedimientos tales como colocación de marcapasos, catéteres de filtración, arteriografía femoral, braquial, renal; angioplastias periféricas y cateterismos cardíacos a niños y a adultos.
  - b) **Cirugía Menor de Ortopedia:** Cuenta con un quirófano. Allí se realizan las cirugías menores de Ortopedia, y algunas cirugías ambulatorias.
  - c) **Neuro-radiología:** Cuenta con un quirófano, está bajo la responsabilidad del servicio de Neurocirugía. Allí realizan las arteriografías carotídeas diagnósticas.
  - ch) **Ginecología:** Con área donde se realizan principalmente salpingectomías. El salón de operaciones apoya con instrumentistas.

En el cuadro N°7 se detalla el recurso humano que labora en el salón de operaciones.

## CUADRO 7

RECURSO HUMANO SEGUN CARGO Y NUMERO EN EL SALON DE OPERACIONES  
COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID  
JUNIO 1994.

CARGO	NUMERO
JEFE DEL SALON DE OPERACIONES	1
ENFERMERA SUPERVISORA	1
ENF. JEFE DE SECTOR	3
ENF. ENC. DE SECTOR	6
ENF. INSTRUMENTISTA	19
ENF. EN ORIENTACION	4
ENF. ANESTESISTAS	4
ENF. EN PREPARACION DE ANESTESIA	9
ENF. EN PREPARACION DE PACIENTES	2
AUX. EN SALA DE PREPARACION	4
AUX. DE ENF. INSTRUMENTISTA	33
AUX. EN RECUPERACION DE ANESTESIA	1
AUX. DE ANESTESIA	1
ASISTENTES CLINICAS	6
TECNICOS QUIRURGICOS	19
CAMILLEROS	9
MENSAJEROS	3
OFICINISTA	1
SECRETARIAS	5
TOTAL	132

FUENTE: Informe Salón de Operaciones, julio 1994

**CH. CIRUGIA AMBULATORIA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO Dr. ARNULFO ARIAS MADRID:**

La Dra. Sara Moscoso, médico especialista en Anestesiología, encargada de las evaluaciones pre-operatorias de pacientes para cirugía ambulatoria en el C.H.M. Dr. A.A.M. <sup>99</sup>, ha manifestado que los servicios de cirugía ambulatoria se comenzaron a ofrecer desde 1985; al inicio la frecuencia con que se daban estos casos era baja, pero la misma se incrementa cada día.

Los servicios quirúrgicos que ofrecen esta modalidad a los pacientes son: UROLOGIA, CIRUGIA PEDIATRICA, OFTALMOLOGIA, ORTOPEdia, CIRUGIA PLASTICA, CIRUGIA GENERAL, OTORRINOLARINGOLOGIA, y la Sección de PROCTOLOGIA.

No se cuenta con días específicos, ni quirófanos asignados para cirugía ambulatoria, excepto el Servicio de Ortopedia, el cual tiene un quirófano en el área de consulta externa con personal asignado para resolver estos casos. Los casos de cirugía ambulatoria se incluyen en el programa regular del servicio correspondiente. Los procedimientos que se realizan bajo la modalidad ambulatoria son principalmente endoscopías, procedimientos diagnósticos y cierto tipo de cirugías dependiendo del servicio (Cuadro 8).

---

<sup>99</sup> MOSCOSO, Sara. Entrevista Personal junio 1994.

**CUADRO 8**  
**SERVICIOS QUE REALIZAN CIRUGIA AMBULATORIA SEGUN**  
**PROCEDIMIENTO Y DIAS ASIGNADOS. COMPLEJO HOSPITALARIO**  
**METROPOLITANO Dr. ARNULFO ARIAS MADRID. JULIO DE 1993.**

SERVICIO	PROCEDIMIENTO	DIA ASIGNADO
CIRUGIA GENERAL	MASTECTOMIAS SUBCUTANEAS, NODULOS MAMARIOS, BIOPSIAS DE GANGLIOS.	LUNES, MARTES, JUEVES, VIERNES
PEDIATRIA	BIOPSIAS DE GANGLIOS, E.B.A (EXAMEN BAJO ANESTESIA), HERNIAS EPIGASTRICAS, UMBILICALES E INGUINALES, EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO, BIOPSIA DE MAMAS, CIRCUNCISION, HIDROCELECTOMIAS, CRIPTORQUIDEAS, HEMANGIOMAS.	LUNES, MIERCOLES, JUEVES
OFTALMOLOGIA	PTERIGIO, ESTRABISMO, CATARATAS, COLOCACION DE LENTE INTRAOCULAR, OBSTRUCCION DE CONDUCTO NASO LACRIMAL, GLAUCOMA, EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO.	LUNES A VIERNES
UROLOGIA	E.B.A. (EXAMEN BAJO ANESTESIA) CISTOSCOPIAS, CIRCUNCISION, LIGADURAS DE VENAS ESPERMATICAS, ORQUIDECTOMIAS,	LUNES-MARTES-JUEVES-VIERNES
ORTOPEDIA	QUISTES TENOSINOVIALES, QUISTES POPLITEOS, EXTRACCION DE CLAVOS, TENORRAFIAS, TUNEL CARPAL, EXTRACCION DE CUERPO EXTRAÑO, AMPUTACION DE DEDOS, EXPLORACION DE HERIDAS.	LUNES-MARTES-JUEVES-VIERNES
NEUROCIRUGIA	CIRUGIA DEL TUNEL CARPAL.	NO TIENE DIA ESPECIFICO
CIRUGIA PLASTICA	REDUCCION DE FRACTURAS DE ARCO ZIGOMATICO, MASTECTOMIAS SUBCUTANEAS, RESECCION DE LUNARES.	MARTES-VIERNES
GINECOLOGIA	NO REALIZA.	
CIRUGIA MAXILO FACIAL	REDUCCION DE FRACTURAS DEL ARCO ZIGOMATICO.	MIERCOLES
PROCTOLOGIA	HEMORROIDECTOMIAS, FISTULAS Y FISURAS ANALES.	2 DIAS X SEMANA

FUENTE: Moscoso, Sara. Entrevista personal. Junio 1994.

La frecuencia de las evaluaciones pre-operatorias oscila entre 5-16 casos cada día, aunque lo programados por día sea mayor, ya que los casos una vez evaluados por Anestesiología se programan para la semana siguiente, excepto los casos de Cirugía Pediátrica que deben ser evaluados el día anterior a la Cirugía. Algunos casos no son evaluados. Ej. Cirugía Plástica.

Para la evaluación pre-anestésica, el servicio de Anestesiología tiene un consultorio con escritorio, archivador, dos sillas y una mesa de examen; el cual está ubicado en el 3º piso del edificio de la Consulta Externa Especializada cerca al área central del salón de operaciones.

Cuenta además con un Médico Especialista en Anestesiología que trabaja en horario de 7:00 am a 2:00 pm y destina una hora para interconsultas en el hospital, y un auxiliar de enfermería que trabaja ocho horas (7:00 a 3:00 pm).

Los impresos utilizados en este servicio son: Hoja de Evaluación y Premedicación (Anexo 3), órdenes de exámenes de laboratorio y gabinete.

El límite de validez de los exámenes de laboratorios es de tres meses; si el paciente no es operado en ese período, debe repetirlos para su actualización.

En relación a los pacientes en lista de espera, el servicio de Cirugía General, tiene pacientes pendientes con más de dos años y el de Urología tiene gran cantidad de

pacientes pendientes ya que la demanda es alta.

Los servicios tienen formularios para referir pacientes de Cirugía ambulatoria a Evaluación Pre-operatoria por Anestesiología, como es el caso de Urología y Ortopedia; otros servicios utilizan la hoja de referencia de pacientes o un recetario.

Después de la evaluación pre-operatoria, los pacientes pueden ser omitidos pero es poco frecuente.

La edad de los pacientes evaluados va desde lactantes a 90 años (Oftalmología y Urología principalmente).

La Dra. Moscoso considera que la realización de Cirugía ambulatoria en el C.H.M.Dr. A.A.M. es factible, además, puede aumentarse el número, si se asignaran cuartos y días específicos para procedimientos bajo esta modalidad.

A los pacientes evaluados se les entrega la orden de hospitalización con los resultados de exámenes, se retiene la hoja de evaluación pre-operatoria, la cual se envía a la secretaria del salón para incluir a los pacientes en el programa, excepto los de Cirugía Menor de Ortopedia.

Se le da recomendaciones y el médico tratante le entrega una hoja con instrucciones generales para antes y después del procedimiento.

El Dr Enero Avilés <sup>100</sup> ha manifestado que el servicio de Cirugía General realiza pocos casos de Cirugía en pacientes

---

<sup>100</sup> DR.AVILES, Enero. Entrevista Personal julio 1994.

ambulatorios, ya que el paciente asegurado tiende a rechazar los procedimientos ambulatorios porque consideran que ya han pagado a la institución por ese servicio y que tienen derecho al uso de una cama.

**1. Proyecciones Futuras:**

Actualmente, las autoridades del C.H.M.Dr.A.A.M. tienen proyectada la remodelación a un costo de 3.500 balboas del área donde funciona la Consulta Externa de Riesgos Profesionales (planta baja del edificio de la Consulta Externa especializada), para la implementación y desarrollo de un Programa de Cirugía en pacientes ambulatorios, en procura disminuir las listas de espera de los pacientes.

**D. Gastos en el Sector Salud Panameño.**

El gasto total en salud del gobierno central, muestra una tendencia creciente, según el análisis presentado por la Organización Panamericana de la Salud. Ese gasto, a través del Ministerio de Salud y de la Caja de Seguro Social pasó de 4.4% en 1989 a 5.4% en 1990 <sup>101</sup>.

El presupuesto asignado por el gobierno central al Ministerio de Salud (incluye transferencias a instituciones del sector), corresponde al 5.2% del P.I.B. <sup>102</sup> para 1994.

Según informes suministrados por el Banco Interamericano

---

<sup>101</sup> ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **Repercusiones de la Crisis Económica y los Programas de Ajuste sobre el Sector Salud en Centroamérica.** p.28

<sup>102</sup> IBID, p.28

de Desarrollo, la Caja de Seguro Social en la última década aunque ha mantenido una mayor participación en los gastos del sector público de salud, ésta ha decrecido, ya que a partir de 1985, el Ministerio de Salud ha mejorado su participación pasando de 32.9% en ese año a 37.0% en 1992 <sup>103</sup>.

Los gastos de funcionamiento del Ministerio de Salud, han representado 1.5% de P.I.B en los últimos diez años y se espera que llegue al 2% en 1994, lo cual se considera favorable.

En 1992 la asignación de recursos al Ministerio de Salud (MINSAL) para su funcionamiento representaba cerca del 88% del gasto total. Los servicios personales consumieron el 63%, materiales y suministros 23% y mantenimiento 2%.

Los recursos del MINSAL, provienen de las asignaciones del Gobierno Central provenientes de sus ingresos corrientes; los establecimientos del MINSAL reciben asignaciones de éste ente, y de los ingresos por el cobro de los servicios que ofrece (aproximadamente 10%).

Los ingresos de la Caja de Seguro Social (CSS), provienen de las contribuciones de los trabajadores y de los patronos.<sup>104</sup>

---

<sup>103</sup> LUCIANI, René. **Financiamiento del Sector Salud en la República de Panamá.** Agosto 1994. p.18

<sup>104</sup> IBID, p.28

## 1. Financiamiento de la Caja de Seguro Social:

### a. Presupuesto:

El presupuesto aprobado para la Caja de Seguro Social en el año 1993 fue de 598.6 millones de balboas, de los cuales 588.2 millones fueron gastos corrientes y 10.4 millones compromisos de Inversiones Físicas<sup>105</sup>.

De los compromisos en Gastos Corrientes, 137.6 millones de balboas corresponden a Salarios, Remuneraciones y Prestaciones Sociales al personal que labora en la Caja de Seguro Social (23 %); Servicios no personales sumaban 14.7 millones, en éstos los servicios básicos totalizaron 5.6 millones, otros servicios 6.3 millones y Mantenimiento y Recuperación de Edificios y Equipos 2.8 millones.

Los compromisos en materiales y suministros totalizaron B/ 49.0 millones; de los cuales B/32.3 millones fueron para medicinas y artículos farmacéuticos; B/4.8 millones en instrumental médico y B/. 3.9 millones en artículos de Laboratorios y Rayos X. En equipos médicos se comprometieron recursos por aproximadamente B/12.0 millones.<sup>106</sup>

---

<sup>105</sup> CAJA DE SEGURO SOCIAL. Memorias 92-93. Julio 1993. p.46-

<sup>106</sup> IBID, p.46

**b. El Presupuesto para Prestaciones en Salud:**

Para el año de 1993, se observó un crecimiento marcado en el Presupuesto de la institución y para los gastos de las instalaciones de salud, el presupuesto fue de 182.3 millones de balboas de los cuales el 64% se destinó a las instalaciones de salud del Area Metropolitana.

**c. Presupuesto de C.H.M. "Dr. Arnulfo Arias Madrid"**

Esta instalación de salud tiene el presupuesto más elevado de todas las Unidades Ejecutoras de la Institución (32%). En el año de 1993, ascendió a 58.5 millones de balboas, los principales rubros de gastos corresponden a servicios personales 38.8 millones de balboas y a materiales y suministros 17.4 millones de balboas.<sup>107</sup>

**ch. Presupuesto del Departamento de Cirugía del C.H.M. "Dr. A.A.M."**

Para la vigencia fiscal de 1993, el presupuesto del Departamento de cirugía del C.H.M. Dr A.A.M. totalizó 6.9 millones de balboas. Esta cifra no incluye artículos de prótesis, ya que se carga directamente al Salón de Operaciones.

---

<sup>107</sup> CAJA DE SEGURO SOCIAL. Presupuesto de Unidades Ejecutoras del Area Metropolitana de 1993.

#### IV. MARCO METODOLOGICO

##### A. TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio realizado es aplicado, de análisis intermedio ya que se compara la realización de un procedimiento utilizando dos facilidades de atención (internación y ambulatorio).

En cuanto a la profundidad y alcance temporal, el estudio es de tipo descriptivo, transversal, ya que se efectúa un corte trimestral, de los pacientes operados por el servicio de Cirugía General del C.H.M. de agosto a octubre de 1993.

El carácter de este trabajo está determinado por el tipo de técnica utilizada en la recolección de datos, que es cuantitativo <sup>108</sup>.

##### B. UNIVERSO DE ESTUDIO

El universo de estudio lo constituyen 221 pacientes de un total de 653 que fueron programados para cirugías en el Servicio de Cirugía General del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid de agosto a octubre de 1993, y que fueron seleccionados en base a la patología quirúrgica que presentaban de acuerdo a este criterio de selección encontrado en la literatura consultada.

---

<sup>108</sup> JIMENEZ S. S. Guía para la elaboración y presentación del anteproyecto de graduación. 1993:13

Al aplicársele los criterios de selección para cirugía ambulatoria adoptados para este estudio (edad, ASA, acceso a teléfono, procedencia, y tiempo quirúrgico), clasificaron un total de 130 pacientes que constituye la muestra para el presente trabajo de investigación.

### C. VARIABLES

En el estudio realizado, se identifican las siguientes variables:

Eficiencia: Variable dependiente.

Cirugía Ambulatoria: Variable independiente.

Cirugía con Internación: Variable independiente.

Servicio de Cirugía General del C.H.M.: Variable interviniente.

### CH. DEFINICION DE TERMINOS

1. **Cirugía con internación:** Procedimiento quirúrgico, el cual por el tipo de cirugía y o el estado físico del paciente, debe ser realizado en un quirófano, y el paciente debe ser admitido por lo menos el día antes de la Cirugía y permanece internado después de realizada. (Tipo III y algunos B).
2. **Cirugía ambulatoria:** Procedimiento quirúrgico que por el tipo de cirugía y el estado del paciente, debe efectuarse en un quirófano; el paciente no es admitido y una vez recuperado de la anestesia es

enviado a su casa.

3. **Costo:** Valor monetario de producción de los servicios.
4. **Estrategia:** Alternativa para el desarrollo de una política.
5. **Servicio de Cirugía General:** Unidad médico administrativa responsable de la atención de cirugía general en el C.H.M. Dr.A.A.M.
6. **Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid:** Principal Centro Hospitalario de la Caja de Seguro Social, de 3er. nivel de atención, el cual ofrece servicios de atención medico-quirúrgica a los asegurados del Area Metropolitana y del interior de la República.
7. **Beneficios:** Provecho, utilidad.
8. **Eficiencia:** Es la relación costo-beneficio.

#### **D. FUENTES DE INFORMACION**

Las fuentes de información utilizados para este trabajo de investigación consisten en:

1. **Documentos primarios:** expedientes clínicos de pacientes, programas quirúrgicos del Salón de Operaciones, listados de cirugías realizadas.
2. **Documentos secundarios:** abstractos, artículos de revistas científicas, informes y cuadros estadísticos, cuadros del Sistema de Información Gerencial

de Producción, Rendimiento, Recursos y Costos  
(SIG/PRRC) del C.H.M.Dr.A.A.M.

3. Referencias bibliográficas.

**E. TECNICA DE RECOLECCION DE DATOS:**

Como técnica de recolección de datos, se utilizaron las guías de análisis de contenido de documentos elaborados por el investigador como instrumentos facilitadores (Apéndice 1) del registro de la información.

. **Guía 1:** Se utilizó para hacer el listado de los pacientes programados y operados por el Servicio de Cirugía General, de acuerdo al tipo de procedimiento realizado en el período de estudio.

Para determinar el número y tipo de Cirugía que se pudo realizar de forma ambulatoria, en el servicio de Cirugía General, se revisaron los programas de Cirugía del Salón de Operaciones y se hizo un listado con el nombre y Seguro Social de cada uno. Se solicitaron los expedientes de los pacientes al Departamento de Registros Médicos y Estadísticas.

. **Guía 2:** Se aplicó a los expedientes de los pacientes que se les efectuaron procedimientos por el servicio de Cirugía General, factibles de realizarse ambulatoriamente, según criterios de selección (edad, tipo de Cirugía, acceso a teléfono, procedencia, ASA, tiempo en quirófano).

. **Guía 3:** Permitted obtener los costos del Departamento de

Cirugía del C.H.M.Dr.A.A.M., en el período investigado a través del Sistema de Información Gerencial de Producción, Rendimiento, Recursos y Costos (Cuadros 1 y 4).

Otra técnica utilizada fue la entrevista dirigida. Se entrevistó a la Enfermera Jefe del Salón de Operaciones, al Jefe de los Servicios de Cirugía General, y de Anestesiología y a la encargada de la Clínica de Evaluación Pre-Operatoria. Mediante esta técnica se pudo conocer el funcionamiento de los diferentes Servicios que son de interés para este estudio.

#### F. PROCESAMIENTO DE LA INFORMACION

Los datos obtenidos al aplicar la Guía 2 se utilizaron para el cálculo de la distribución de frecuencia. Se utilizó promedio como medida de tendencia central. Estos datos fueron procesados haciendo uso del programa computarizado EXCEL 4.0.

Para el cálculo de los costos, se utilizó la siguiente información obtenida: Número de pacientes a los cuales se les efectuaron cirugías factibles de realizarse ambulatoriamente, y se efectuaron los cálculos tomando como base la información de costos del SIG/PRRC del Departamento de Cirugía del C.H.M.Dr.A.A.M.

Los datos suministrados en los Cuadros 1 y 4 del SIG/PRRC, fueron procesados en el programa de computadora SIG. Versión 2.20, en una unidad procesadora 386SX CPU, de 33.3

Mhz. El SIG 2.20 puede ejecutarse en cualquier microcomputador compatible con IBM-PC de memoria RAM, Disco Duro de 20 MB, impresora de carro ancho, Sistema Operativo MS-DOS o IBM-DOS ver 5.0 este programa, se carga en memoria alta. Para ejecutar este programa se requiere tener un archivo CONFIG.SYS con las siguientes instrucciones: DEVICE=C:\DOS\HIMEN.SYS, DOS=HIGH UMB, FILES= 64, BUFFERS=25. Luego de modificar la configuración existente en la computadora donde se va instalar el programa, hay que reiniciar todo el sistema.

El costo total por egreso y días-cama ocupados por los pacientes a los cuales se les efectuó cirugías factibles de ser realizadas ambulatoriamente, se calculó tomando como base la información de costos, del Cuadro No. 1 de PRRC, obtenida mediante la aplicación del Sub-Programa de Producción, Rendimiento, Recursos y Costos del Sistema de Información Gerencial versión 2.2, durante los meses de agosto, septiembre y octubre de 1993 y la información obtenida del Listado de Cirugías realizadas en el período.

Para calcular los costos de las cirugías factibles de efectuarse ambulatoriamente, se utilizó la información del costo de los actos quirúrgicos con internación previamente obtenida del Cuadro 1 del Sig/PRRC y se compararon con los costos que se obtendría al realizar estos procedimientos en régimen ambulatorio (sin internación).

Para determinar la relación entre el número de cirugías

ambulatorias y el número de Cirugías en pacientes hospitalizados que fueron realizadas en los servicios quirúrgicos del C.H.M "Dr. A.A.M.. se tomó como base la información registrada en los listados de cirugías del Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del Complejo Hospitalario Metropolitano en 1993.

**G. LIMITACIONES DE ESTUDIO:**

- El Sistema de Información que se utiliza en el Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid no suministra, en la actualidad, información de costos por egreso o día-cama-ocupada por especialidad quirúrgica; ofrece costos promedios del Departamento de Cirugía. Para obtener el costo del Servicio de Cirugía General se asume una relación directa proporcional entre el promedio de D-C-O por el servicio y los costos en el departamento.
- Falta de confiabilidad en la información de los gastos y de la producción de los servicios del Sistema de Información Gerencial/Producción, Rendimiento, Recursos y Costos por su estimación en forma global y no desagregado por servicios.
- Utilización de información relativa a costos promedios del departamento de Cirugía y no de los costos de cada Servicio del Departamento.
- Dificultad para encontrar todos los expedientes corres-

pendientes a los pacientes que fueron programados para Cirugía con internación factible de realizarse ambulatoriamente, durante el período estudiado.

- La información del costo de un acto quirúrgico que proporciona el Sistema de Información Gerencial de Producción, Rendimiento, Recursos y Costos no discrimina la complejidad de los procedimientos efectuados.

#### **H. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS**

Los resultados del estudio, se presentan con la siguiente secuencia:

1. **Revisión de órdenes de admisión:** se revisan las órdenes de admisión de pacientes pendientes de Cirugías en el servicio de Cirugía General y los resultado se muestran en el Cuadro 9.
2. **Cirugías realizadas en el C.H.M.Dr. A.A.M.:** se presentan las cirugías realizadas por los servicios quirúrgicos del Complejo Hospitalario Metropolitano "Dr.Arnulfo Arias Madrid" durante los meses de agosto, septiembre y octubre de 1993, y se comparan luego aquellas realizadas con internamiento y las realizadas de forma ambulatoria durante el mismo período (Cuadro 11).
3. **Revisión de historias clínicas:** se presentan los resultados de la revisión de las historias clínicas de los

pacientes a los cuales se les programó para realizarles cirugías posibles de efectuarse ambulatoriamente, según los criterios de: Cirugía realizada, edad, estado físico del paciente(ASA), acceso a un teléfono, procedencia, tiempo en el salón de operaciones (Cuadro 12 y 13).

4. **Cirugías factibles de realizarse ambulatoriamente:** se hace explícito el número y tipo de cirugías factibles de efectuarse ambulatoriamente, que fueron realizadas con internamiento en el período estudiado en el Cuadro 9 y se resumen las características de los pacientes que calificaron para el estudio: Edad media, distribución por sexo, procedencia (Cuadro 14); promedio días-cama, total de días-estancia.

También la clasificación del estado físico, el tipo de anestesia utilizado y los tiempos promedio de permanencia en las áreas del salón de operaciones (preparación, quirófano y recuperación).

5. **Producción y costos del Depto. de Cirugía :** los costos de funcionamiento, el total de egresos y el total de días-cama ocupados del departamento de cirugía del C.H.M. se muestran en los Cuadros 15 y 16. Esta información se utilizó para hacer los cálculos de los costos unitarios por egreso y por día-cama ocupados y los costos totales de los egresos y de los días-estancia de los pacientes del estudio.

6. **Costos de cirugías:** Se calculan los costos de los D-C-O por los pacientes a los cuales se les efectuaron cirugías en el Servicio de Cirugía General factible de realizarse ambulatoriamente, luego se calculan los costos de las cirugías de estos pacientes y se comparan los costos resultantes.
7. Finalmente, se señalan los beneficios sociales esperados cuando se realiza Cirugía Ambulatoria.

## V. PRESENTACION Y ANALISIS DE RESULTADOS

### A. LISTAS DE ESPERA

En julio de 1994, se revisaron las órdenes de admisión de pacientes pendientes para ser operados en el Servicio de Cirugía General. Se constató que en la secretaría del servicio, existe un cartapacio para el cirujano con las órdenes de admisión de sus pacientes quirúrgicos, agrupadas por órganos o patologías. Estas órdenes de admisión datan, la más antigua de 1987 y la más reciente, de la primera semana de julio de 1994. Se le preguntó al personal de secretaría si se realizaba alguna depuración o actualización de las mismas y la respuesta fue negativa.

El resultado de la revisión se muestra en el siguiente cuadro:

**CUADRO 9**  
**CASOS PENDIENTES DE ADMISION, SEGUN ORGANO O PATOLOGIA**  
**EN EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL**  
**COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID.**  
**JULIO 1994.**

ORGANO O PATOLOGIA	Nº DE CASOS	PORCENTAJE
HERNIAS	1209	51.2
VESICULAS	402	17.0
MAMAS	298	12.6
HERNIAS VENTRALES	167	7.0
TIROIDES	128	5.4
OTROS	156	6.6
<b>TOTAL</b>	<b>2360</b>	<b>100.0</b>

FUENTE: Servicio de Cirugía C.H.M. Dr. A.A.M.

El número de cirugías pendientes en el servicio de Cirugía General es elevado, tal como lo demuestran las cifras (2,360). Si sumamos las 1,209 hernias pendientes (51.2%) y las 298 patología de mamas (12.6%) el resultado es de 1,507 (63.8%) del gran total y que pueden ser operadas ambulatoriamente según el criterio diagnóstico.

De los 130 casos revisados como muestra para este estudio, el paciente que más tiempo tardó para ser intervenido demoró 3 años, 3 meses y 26 días y el de menor tiempo tardó, una semana, destacándose en este último grupo los procedimientos quirúrgicos para nódulos mamarios.

El tiempo de espera ideal para la realización de una cirugía electiva, no debe ser mayor de 90 días, ya que es el tiempo de validez que tienen los resultados de los exámenes de laboratorio, según lo expresado por el especialista que realiza la evaluación pre-operatoria de los pacientes que van a ser sometidos a Cirugía Ambulatoria en el C.H.M.Dr. A.A.M.. Pasado este tiempo, todos los exámenes pre-operatorio se repiten con los costos incrementales que este proceder conlleva y las molestias a que se somete a los usuarios de estos servicios.

#### **B. CIRUGIAS REALIZADAS POR LOS SERVICIOS QUIRURGICOS DEL C.H.M. Dr. A.A.M. EN AGOSTO, SEPTIEMBRE Y OCTUBRE DE 1993.**

Durante el trimestre estudiado, los servicios quirúrgicos

del C.H.M. "Dr.A.A.M." realizaron un total de 3,908 operaciones según la sección de codificación del Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud del hospital.

El cuadro 10 muestra la distribución de las operaciones realizadas en los diferentes servicios quirúrgicos de ese hospital, en el período estudiado.

Los servicios quirúrgicos que efectuaron la mayor cantidad de cirugías ambulatorias, en el período estudiado fueron: Cirugía Pediátrica con 97.6%, Oftalmología con 67.7%, y Urología con 61.9% del total de las cirugías realizadas en cada servicio. En un porcentaje muy pequeño, los servicios de Ortopedia 5.7%, Cirugía Reconstructiva 4.6%, Otorrinolarinología (O.R.L) 2.7% y Cirugía General 1.7%; y los servicios de Ginecología, Obstetricia, Neurocirugía y Cirugía Cardiovascular realizaron una Cirugía Ambulatoria o no realizaron ninguna en el período estudiado (Cuadro 11).

El total de Cirugías Ambulatorias realizadas en los servicios quirúrgicos de C.H.M. Dr. A.A.M., que ascienden a 1,084, efectuadas en el período estudiado, representan el 27.7% del total de cirugías realizadas en el hospital. Este porcentaje, se ubica dentro del rango del 20% al 40% de cirugías ambulatorias esperadas del gran total, según revelan estudios anteriormente citados.

## CUADRO 10

CIRUGIAS SEGUN TIPO Y SERVICIO  
COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID  
AGOSTO A OCTUBRE 1993

SERVICIO	TOTAL	ELECTIVAS		URGENCIAS
		INTERNOS	AMBULA-TORIOS	
ORTOPEDIA	331	296	19	16
GINECOLOGIA	259	242	1	16
OBSTETRICIA	480	315	1	164
CIR. CARDIOVASC.	124	102	0	22
CIR. GENERAL	627	535	11	81
*PROCTOLOGIA	53	43	9	1
CIRUGIA ORAL	25	23	1	1
CIR. RECONST.	108	100	5	3
NEUROCIRUGIA	133	105	0	28
OFTALMOLOGIA	660	176	446	4
OTORRINO	256	213	7	36
CIR. PEDIATRICA	172	3	168	1
UROLOGIA	680	238	421	21
TOTAL	3,908	2,391	1,084	395
PORCENTAJE	100.0	61.1	27.7	10.1

FUENTE: Sección de Codificación del Depto. de Registros Médicos del CHMAAM.

\*/ Sección del servicio de Cirugía General

CUADRO 11  
CIRUGIAS TOTALES Y AMBULATORIAS SEGUN SERVICIO  
COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID  
AGOSTO A OCTUBRE 1993.

SERVICIOS	TOTALES	AMBULATORIAS	PORCENTAJES
ORTOPEDIA	331	19	5.7
GINECOLOGIA	259	1	0.3
OBSTETRICIA	480	1	0.2
CIR. CARD. VASC.	124	0	0.0
CIR. GENERAL	627	11	1.7
PROCTOLOGIA *	53	9	16.9
CIRUG. ORAL	25	1	4.0
CIR. RECONST.	108	5	4.6
NEUROCIRUGIA	133	0	0.0
OFTALMOLOGIA	660	446	67.5
OTORRINO.	256	7	2.7
CIR. PEDIATRIC.	172	168	97.6
UROLOGIA	680	421	61.9
<b>TOTAL</b>	<b>3,908</b>	<b>1,804</b>	<b>--</b>

FUENTE: Departamento de Registros Médicos y Estadísticas del C.H.M. DR. A.A.M.

Los servicios de Cirugía General y Otorrinolaringología, desarrollan programas de Cirugía Menor en áreas específicas para esta modalidad quirúrgica; sin embargo, existen procedimientos que deben realizarse en un quirófano, pero el paciente no amerita internación ni antes ni después de la cirugía, los cuales no están realizando (Clase II según Detmer).

Según el informe denominado "Principales Indicadores del Departamento de Gineco-Obstetricia" (Anexo 5) elaborado por el Departamento de Registros Médicos y Estadísticas del C.H.M.DrA.A.M.", en 1993, se atendieron un total de 607 abortos, cifra que representa el 14.1% del total de partos atendidos en el hospital, ya que se considera el aborto como una interrupción del embarazo en ese centro hospitalario. Observada la escasa cantidad de Cirugías Ambulatorias efectuadas en un trimestre por el servicio de obstetricia y considerando que el tratamiento quirúrgico utilizado para la atención del aborto (legrado), constituye un criterio de clasificación para la cirugía ambulatoria en casos no complicados, y por lo tanto no requiere que se interne a la paciente, como en la actualidad se realiza. Cumplida esta sugerencia aumentaría el número de casos quirúrgicos ambulatorios realizados por el servicio de Obstetricia de ese hospital.

**C. DETERMINACION DEL NUMERO Y TIPO DE CIRUGIA FACTIBLE DE REALIZARSE AMBULATORIAMENTE.**

De los 221 pacientes que calificaron para que se les realizara Cirugía Ambulatoria de acuerdo al criterio diagnóstico, solamente 130 (58.8%) de los mismos clasificaron de acuerdo a los criterios de selección adoptados para este estudio (edad, acceso a un teléfono, ASA, procedencia (que vivan en el Distrito de Panamá, San Miguelito, Arraiján o La

tiempo en el Salón de Operaciones igual o menor de 90 minutos). Establecidos estos criterios, no clasificaron el 41.18% debido a los detalles que se muestran en el Cuadro 12.

CUADRO 12  
CLASIFICACION DE EXPEDIENTES DE PACIENTES PROGRAMADOS  
PARA PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS FACTIBLES DE REALIZARSE  
AMBULATORIAMENTE. COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO  
DR. ARNULFO ARIAS MADRID  
AGOSTO A OCTUBRE 1993.

CLASIFICACION	TOTAL	PORCENTAJE
CRITERIOS DE SELECCION	130	58.82
NO CLASIFICADOS	54	24.43
EXPEDIENTES NO LOCALIZADOS	17	7.69
PACIENTES PROGRAMADOS NO ADMITIDOS	2	0.90
CASOS OMITIDOS	10	4.52
EXPEDIENTES INCOMPLETOS	8	3.61
TOTAL	221	100.00

FUENTE: Expedientes clínicos del C.H.M. Dr.A.A.M.

Al revisar estos 130 casos seleccionados y clasificarlos según el procedimiento quirúrgico realizado, resultó la siguiente distribución de frecuencias (Cuadro 13).

Estos 130 pacientes operados por el Servicio de Cirugía General constituye el 20.7% del total de pacientes intervenidos (627) por ese servicio en el período estudiado, a los cuales se les realizó cirugías con internamiento cuando todas eran factibles de efectuarse ambulatoriamente según los criterios de selección encontrados en la literatura revisada.

De estos 130 casos seleccionados, los procedimientos quirúrgicos realizados con mayor frecuencia fueron: 75 (57.69%) herniorrafias (58 inguinales, 13 umbilicales, 2 epigástricas y 2 ventrales), 43 (33.07%) biopsia excisión de nódulos mamarios; las restantes cirugías alcanzaron un 9.2%.

**CUADRO 13**  
**PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS FACTIBLES DE REALIZARSE**  
**AMBULATORIAMENTE POR TIPO**  
**COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID**  
**AGOSTO A OCTUBRE 1993.**

PROCEDIMIENTO	TOTAL	PORCENTAJE
HERNIORRAFIA INGUINAL	58	44.61
BIOPSIA EXCISION DE NODULO MAMARIO	43	33.07
HERNIORRAFIA UMBILICAL	13	10.00
HERNIORRAFIA EPIGASTRICA	2	1.53
HERNIORRAFIA VENTRAL	2	1.53
BIOPSIA EXCISION DE TUMORACION SUBCUTANEA	4	3.07
BIOPSIA EXCISION DE MAMA SUPERNUMERARIA	3	2.30
RESECCION DE QUISTE PILONIDAL	3	2.30
MASTECTOMIA SUBCUTANEA	1	0.76
EXPLORACION AXILAR	1	0.76
<b>TOTAL</b>	<b>130</b>	<b>100.00</b>

FUENTE: Expedientes Clínicos C.H.M.DR.A.A.M..

Características encontradas en los pacientes estudiados:

**1. Edad, Sexo y Procedencia de los Pacientes:**

La edad promedio de la muestra (130 casos) fue de 41.4 años, y todos eran menores de 70 años, siendo esta edad la máxima encontrada en la literatura revisada, como criterio de selección y utilizada en este estudio. Según su distribución por sexo, 61 eran hombres (46.9%) y 69 mujeres (53.1%).

Procedencia de los pacientes: de los corregimientos del distrito de Panamá 84 (64.6%), del distrito de San Miguelito 35 (26.9%) y 11 (8.4%) de Arraiján y Chorrera. Todas estas áreas geográficas son de fácil acceso al C.H.M.Dr. A.A.M. por los medios habituales de transporte utilizados por la población (Cuadro 14).

CUADRO 14  
NUMERO DE PACIENTES OPERADOS SEGUN DISTRITO Y CORREGIMIENTO,  
COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID.  
AGOSTO A OCTUBRE 1993

DISTRITO	CORREGIMIENTO	Nº	%
PANAMA	CHORRILLO	4	3.07
	SANTA ANA	10	7.69
	SAN FELIPE	3	2.30
	CALIDONIA	1	.76
	BETHANIA	5	3.84
	PUEBLO NUEVO	4	3.07
	SAN FRANCISCO	3	2.30
	PARQUE LEFEBRE	6	4.61
	RIO ABAJO	4	3.04
	JUAN DIAZ	13	10.00
	PEDREGAL	7	5.38
	CHILIBRE	3	2.30
	LAS CUMBRES	10	7.69
	TOCUMEN	9	6.92
PACORA	2	1.53	
SAN MIGUELITO	AMELIA D. DE ICAZA	5	3.84
	BELISARIO PORRAS	20	15.38
	JOSE D. ESPINAR	5	3.84
	VICTORIANO LORENZO	3	2.30
	MATEO ITURRALDE	2	1.53
LA CHORRERA		5	3.84
ARRAIJAN		6	4.61
TOTAL		130	100.00

FUENTE: Expedientes clínicos C.H.M.Dr.A.A.M.

Al revisar la procedencia de los pacientes de este estudio, y usando como referencia un documento presentado por la Comisión del Sistema de Atención Médico Integral de la Caja de Seguro Social, en junio de 1991, el cual muestra la sectorización de las comunidades según las Policlínicas de la Institución a la cual tienen acceso los pacientes (Anexo 6),

sectorización de las comunidades según las Policlínicas de la Institución a la cual tienen acceso los pacientes (Anexo 6), se observa que existe la posibilidad de que los usuarios de los servicios quirúrgicos del CHMDr.AAM y que clasifiquen para que se les realice cirugía ambulatoria; pudieran recibir esta atención en instalaciones periféricas, posterior a la construcción y/o habilitación de las instalaciones físicas en esos sectores geográficos para ese propósito.

**2. Indicadores de Producción:**

El total de días estancia de los 130 paciente fue de 367 días, y el promedio de días de hospitalización por paciente fue de 2.82 días. El total de egresos y el número de cirugías corresponde a los mismos 130 pacientes de nuestro estudio ya que a cada uno se le realizó un acto quirúrgico y generó un egreso hospitalario.

**3. Clasificación del Estado Físico ASA:**

De acuerdo a la clasificación, de la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA), 78 pacientes clasificaron de acuerdo a los criterios ASA I y 52 de acuerdo a los criterios ASA II lo cual representa el 60 y 40 % respectivamente de los 130 pacientes estudiados.

**4. El tipo de anestesia utilizado:**

De los 130 pacientes estudiados, el tipo de anestesia utilizado corresponde a la siguiente frecuencia: anestesia general 68 (52.3%), anestesia epidural al 46 (35.3%), anestesia raquídea 13 (10%) y anestesia local 3 (2.3%). La anestesia general es la de mayor aceptación para la realización de cirugía ambulatoria según lo encontrado en la revisión bibliográfica.

**5. Tiempo promedio de estancia en áreas del Salón de Operaciones:**

El tiempo promedio de los pacientes estudiados en el

operaciones 44 minutos y en recuperación de anestesia fue de 55 minutos. En cuanto al tiempo en el área de preparación de pacientes, se espera que sea lo suficiente para que al paciente se le prepare el área donde se le va a efectuar la cirugía (rasurado), se canalice una vena y se premedique cuando está indicado. El paciente internado es enviado de la sala de internamiento al área de preparación y debe esperar de acuerdo al orden en el programa quirúrgico, el momento en que le corresponde ir al salón, lo cual explica los largos períodos de tiempo encontrados.

El tiempo promedio del paciente en el Salón de Operaciones, guardó estrecha relación con lo investigado en la literatura de referencia en relación a la cirugía ambulatoria. Los tiempos promedio en el área de preparación, y en la de recuperación distan mucho de los que la literatura recomienda. En el caso del tiempo en el área de preparación los promedios son superiores a los esperados, mientras que en recuperación, estos promedios son menores a los recomendados en consideración a criterios de la Cirugía Ambulatoria.

El tiempo en el área de recuperación depende del tipo de anestesia utilizada, en los casos revisados, el tiempo encontrado está de acuerdo a lo esperado en un paciente internado. Sin embargo, los criterios para dar de alta a un paciente de Cirugía Ambulatoria indican que el tiempo en esta área debe ser mayor, pues el paciente debe estar totalmente restablecido antes de ser enviado a casa.

#### **CH. COSTOS RESULTANTES:**

Tomando como base los cuadros del Sistema de Información Gerencial de Producción, Rendimientos, Recursos y Costos (SIG/PRRC) del C.H.M.Dr.A.A.M de los meses de agosto, septiembre, octubre de 1993, se obtuvo información del costo total del Departamento de Cirugía en el trimestre estudiado (Cuadro

4 SIG/PRRC). Por no disponer de información desagregada de los costos de los servicios quirúrgicos, se utilizaron los días-cama ocupados, para obtener el costo del Servicio de Cirugía General mediante ponderación. El cálculo se efectuó en base al porcentaje de días-cama ocupados por este Servicio en relación al total de días-cama ocupados por todos los Servicios del Departamento de Cirugía y el costo total del Departamento (Cuadro 15).

## CUADRO 15

COSTO DE FUNCIONAMIENTO DEL DEPARTAMENTO DE CIRUGIA  
COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR. ARNULFO ARIAS MADRID  
AGOSTO A OCTUBRE, 1993.  
(EN BALBOAS)

MES	COSTO
AGOSTO	1,114,525.75
SEPTIEMBRE	1,081,767.34
OCTUBRE	1,040,815.87
TOTAL	3,237,108.96

FUENTE: Cuadro 4 del SIG/PRRC del C.H.M. Dr. A.A.M. Agosto, septiembre y octubre de 1993.

El total de días-cama ocupados del Departamento de Cirugía ascendió a 26,111 y los días-cama ocupados del servicio de Cirugía General 6,831 lo cual corresponde al 26.1% del total de días (Cuadro 16).

Efectuando la siguiente operación matemática:

$$26.1\% \times 3,237,108 = 844,885 \text{ balboas}$$

obtenemos el valor monetario del costo del servicio de cirugía en el período.

El total de egresos producidos y días-cama ocupados por

el Departamento de Cirugía se tomó del cuadro 1 SIG/PRRC.

CUADRO 16  
DIAS-CAMAS OCUPADOS Y EGRESOS EN EL DEPARTAMENTO Y SERVICIO DE  
CIRUGIA GENERAL COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO DR.  
ARNULFO ARIAS MADRID AGOSTO A OCTUBRE 1993.

MES	DIAS-CAMAS		EGRESOS	
	DEPTO.	SERV.	DEPTO.	SERV.
AGOSTO	8,937	2,344	793	293
SEPTIEMBRE	8,303	2,294	736	321
OCTUBRE	8,871	2,193	772	283
TOTAL	26,111	6,831	2,301	897

FUENTE: SIG/PRRC y Depto. de Registros Médicos y Estadísticas del C.H.M.Dr. A.A.M. AGOSTO, SEPT. OCT. 1993.

#### 1. Costos Día-Cama-Ocupados:

Para obtener el costo promedio por día-cama ocupado, se dividió el costo obtenido del servicio de Cirugía General en el período, entre el total días-cama ocupados del Servicio de Cirugía General (Fórmula 1).

Fórmula 1:

$$\begin{aligned} \text{COSTO PROMEDIO DIA-CAMA-OCUPADO SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL} &= \\ \text{COSTO del SERVICIO CIRUGIA GENERAL/ DIAS-CAMA-OCUPADO} &= \\ &= 844,885 / 6,831 \\ &= 123.68 \text{ balboas} \end{aligned}$$

Obtenido el costo promedio día-cama-ocupado (123.68 balboas) del servicio de Cirugía General, se procedió a calcular el costo total de los 367 días-cama ocupados correspondientes a los pacientes encontrados en nuestro estudio.

Fórmula 2:

$$\begin{aligned} \text{COSTO TOTAL PFCA} &= \text{DIA-CAMA-OCUPADO PFCA.} \times \text{COSTO PROMEDIO} \\ \text{D-C-O CIRUGIA GEN.} &= 367 \times 123.68 \\ &= 45,390 \text{ balboas} \end{aligned}$$

Donde PFCA significa Pacientes Factibles de Cirugía Ambulatoria y d-c-o Días Cama Ocupado.

## 2. Costo promedio por Egreso:

El costo promedio por egreso se obtiene utilizando la siguiente fórmula:

Fórmula 3:

$$\begin{aligned} \text{COSTO PROMEDIO POR EGRESO PFCA} &= \text{COSTO TOTAL PFCA} / \text{EGRESOS} \\ \text{PFCA} &= 45,390 / 130 \\ &= 349 \text{ balboas por egreso.} \end{aligned}$$

Durante el período estudiado, el costo total de los pacientes a los cuales se les realizaron cirugías con internación factibles de efectuarse ambulatoriamente (PFCA) en el Servicio de Cirugía resultó 45,390 balboas, que corresponde al 5.3% del costo total estimado para el servicio de Cirugía General en el período.

## 3. Costos por cirugías realizadas:

El cálculo de los costos de las cirugías generales realizadas en el Salón de Operaciones del C.H.M.Dr.A.A.M. durante el período estudiado, resulta de dividir el costo del Salón de Operaciones entre el total de cirugías realizadas por los Servicios que utilizaron el Salón de Operaciones en el trimestre. (Cuadro 1 SIG/PRRC)

El Cuadro 17 muestra los costos del Salón de operaciones en cada mes del estudio y el gran total en el trimestre.

**CUADRO 17**  
**COSTO POR MES EN EL SALON DE OPERACIONES**  
**COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO Dr. ARNULFO ARIAS MADRID**  
**AGOSTO-OCTUBRE DE 1993.**

MES	COSTO (Balboas)
AGOSTO	441,957.86
SEPTIEMBRE	497,599.61
OCTUBRE	371,188.39
<b>TOTAL</b>	<b>1,310,746.86</b>

FUENTE: Cuadro 1 SIG/PRRC del C.H.M.DR.A.A.M. Agosto a octubre de 1994.

Se realizaron 4468 actos quirúrgicos, según el Cuadro 1 del SIG/PRRC: Producción, Rendimiento, Recursos y Costos de los meses correspondientes al estudio (cirugías es igual a acto quirúrgico en este estudio). Para obtener el costo de los actos quirúrgicos del Servicio de Cirugía General, se estimaron ponderando según porcentaje a que corresponde el total de cirugías realizadas por este Servicio del total de cirugías efectuadas en el período en el Salón de Operaciones según el siguiente cálculo:

**ACTOS QUIRURGICO SERVICIO CIRUGIA GENERAL / ACTOS QUIRURGICOS REALIZADOS EN EL SALON DE OPERACIONES**

$$= 627 / 4468 = 14.0\%$$

Es conveniente hacer del conocimiento que el SIG/PRRC estima los costos de operaciones por igual, sin tomar en cuenta la complejidad de las mismas (ej.: el costo de una herniorrafia no se diferencia del de un reemplazo de válvula cardíaca).

De manera que el costo de las operaciones del servicio de Cirugía General es igual al 14.0% del costo total del Salón de Operaciones en el trimestre:

Fórmula 4

**COSTO DE CIRUGIAS**

**SERV. C. GENERAL = % CIRUGIAS SERV. C. GENERAL x COSTO SALON DE OPERACIONES**

$$= 14 \times 1,310,746$$

$$= 183,504$$

El costo de las cirugías realizadas por el servicio de Cirugía General resultó 183,504 balboas.

Para calcular el costo de cada cirugía se aplicó la Fórmula 5:

**COSTO POR ACTO QUIR.= COSTO DE CIRUGIAS SERV. C. GEN. / ACTOS QUIRURGICOS SERV. C. GEN.**

$$= 183,504 / 627$$

$$= 292.66(\text{balboas})$$

Una vez obtenido el costo por acto quirúrgico del Servicio de Cirugía General, (292.66 balboas), aplicando la siguiente fórmula obtenemos el costo por acto quirúrgico de estos pacientes. (para efectos de este estudio el total de acto quirúrgico es igual al los 130 pacientes operados)

Fórmula 6:

**COSTO ACTOS QUIRURGICOS PFCA = COSTO ACTO QUIR.x ACTOS QUIR.PFCA**

$$= 292.66 \times 130$$

$$= 38.047 \text{ balboas}$$

En el C.H.M.A.A.M., las cirugías realizada a pacientes ambulatorios, tienen un costo que corresponde a la realización del acto quirúrgico en esta unidad. Tanto el paciente internado, como el paciente ambulatorio hacen uso del área de preparación de pacientes, el salón o cuarto donde se le opera y el de recuperación; sin embargo, en la información de costos del salón de operaciones suministrada por el SIG/PRRC no están desagregadas estas áreas.

**D. COMPARACION DE LOS COSTOS SEGUN MODALIDAD QUIRURGICA:**

Los costos obtenidos por cirugías con internación de los 130 casos seleccionados y que ascendieron 45,390 balboas, de acuerdo D-C-O; al compararlos con relación a los costos obtenidos si estos procedimientos se realizaran ambulatoriamente y que totalizaron 38,047 balboas, se obtuvo una diferencia de 7,343 balboas en el trimestre estudiado. Esta cantidad

puede interpretarse como el costo incremental incurrido en el Servicio de Cirugía del C.H.M.Dr.A.A.M., cantidad que corresponde al 0.86% del costo total de ese Servicio en el trimestre estudiado y que podría constituirse en un ahorro sustancial para el Hospital, si utilizados los criterios de selección apropiados se hubiera priorizado las cirugías ambulatorias en relación a las cirugías con internamiento en el período de agosto, septiembre y octubre de 1993 y que corresponde al tiempo en que se enmarca el estudio de los 130 casos seleccionados para este trabajo de investigación.

#### **E. BENEFICIOS SOCIALES:**

Los costos quirúrgicos en un servicio público no pueden ser analizados sin considerar los beneficios que su decremento pudiera ofrecer a los demandantes de esos servicios. Esta concepción articula el costo-beneficio que se traduce en la eficiencia de los servicios de salud.

De haberse optado por los procedimientos quirúrgicos ambulatorios sobre los actos quirúrgicos con internamiento, en el período estudiado, los beneficios sociales para el paciente se verían incrementados y traducidos en:

- un menor período de recuperación de la salud por una cirugía realizada en un menor tiempo de espera;
- disminución de los días de incapacidad física real y artificial;
- menor desarrollo del proceso mórbido sujeto a cirugías, lo cual disminuye el riesgo quirúrgico,
- favorece la reintegración laboral y por ende a la vida productiva económica y social en forma expedita;
- tranquilidad mental personal y familiar,
- menor tiempo de dolencia física y una entera satis-

facción de los servicios quirúrgicos del C.H.M.Dr.  
A.A.M.,

- demanda satisfecha y oportuna, sentimiento que refuerza el impacto social (eficacia) de la C.S.S.

Todos estos beneficios potenciales mencionados, se han consolidado en este acápite bajo la denominación de beneficios sociales ya que incluyen las necesidades de los usuarios y de los servicios quirúrgicos de la institución; además, por encontrarse latentes o a punto de ser logrados hacia el futuro, sólo en espera de una decisión técnica política en los niveles correspondientes de la C.S.S., ya que son altamente factibles de realizarse, tal como lo demuestra el estudio efectuado.

Los beneficios potenciales de los procedimientos quirúrgicos realizados ambulatoriamente, de incorporarse al régimen político-administrativo del Servicio de Cirugía General del C.H.M.Dr.A.A.M., de acuerdo a los criterios técnicos para su selección, podrían entonces, mitigar el efecto negativo en todos los ámbitos que producen las largas listas de espera a que se ven sometidos los pacientes que demandan los servicios quirúrgicos en este hospital. Esta premisa se demuestra a través de este trabajo de investigación realizado en el servicio de Cirugía General de ese nosocomio, con datos obtenidos en el período comprendido entre los meses de agosto a octubre de 1993.

## VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### A. CONCLUSIONES

- Durante el período comprendido entre agosto a octubre de 1993, en el Servicio de Cirugía General del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid, se realizaron cirugías con internamiento a pacientes quirúrgicos las cuales eran factibles de efectuarse bajo la modalidad quirúrgica ambulatoria.
- El Servicio de Cirugía General del C.H.M.Dr.A.A.M. carece de una orientación técnico-administrativa que norme la modalidad quirúrgica a adoptarse y por ende, esta decisión radica netamente en el cirujano tratante del momento.
- La rutina en los procedimientos quirúrgicos pareciera ser el factor principal para la adopción de la modalidad quirúrgica en el C.H.M.Dr.A.A.M., salvo contadas excepciones.
- Las cirugías con internamiento en el C.H.M.Dr.A.A.M. constituyen la principal modalidad quirúrgica de elección según datos recabados en este estudio.
- La ausencia de un programa de Cirugía Ambulatoria en el C.H.M.Dr.A.A.M. es un factor altamente contribuyente a las largas listas de espera de usuarios que demandan servicios quirúrgicos en el Servicio de Cirugía General.

- El procedimiento administrativo utilizado en la actualidad para la admisión de un paciente para Cirugía General en el C.H.M.Dr.A.A.M. no representa ninguna garantía para acelerar este proceso, debido a la falta de confiabilidad en los registros para ese fin y el difícil acceso del cirujano al quirófano.
- Pese a las largas listas de espera, los procedimientos quirúrgicos en patologías que implican mayores riesgos para la salud del que demanda el servicio, han sido prontamente atendidas en el Servicio de Cirugía General del C.H.M.Dr.A.A.M. Ej. Nódulos mamarios.
- Las largas listas de espera para procedimientos quirúrgicos en el Servicio de Cirugía General del C.H.M. Dr. A.A.M. constituyen un factor condicionante de los costos incrementales de la atención y es causa de irritabilidad y de protesta de los demandantes.
- La procedencia de los pacientes a los cuales se les efectuaron cirugías con internamiento factibles de realizarse ambulatoriamente permite ubicarlos en sectores bajo responsabilidad de las policlínicas de la Caja de Seguro Social del área metropolitana, San Miguelito y La Chorrera.
- Los costos quirúrgicos incrementales observados en el período de estudio son la resultante de los días estancia producidos por las cirugías realizadas con internamiento, cuando eran factibles de efectuarse ambulatoriamente según criterios de selección.

- Los beneficios sociales e institucionales que ofrece la cirugía ambulatoria, no pudieron concretarse en el período estudiado, por la opción prioritaria de la modalidad quirúrgica con internamiento sobre este procedimiento quirúrgico en ese lapso.
  
- La modalidad de atención quirúrgica ambulatoria constituye un mecanismo factible para limitar los costos incrementales de la atención en el Servicio de Cirugía General del C.H.M.Dr.A.A.M. y para incrementar los beneficios a los pacientes, lo cual contribuye a fortalecer la eficiencia, la eficacia y efectividad de las prestaciones médicas que dispensa la Caja de Seguro Social, si se le confiere la viabilidad necesaria.

**B. RECOMENDACIONES**

- Presentar los resultados de este trabajo de investigación a las autoridades políticas-normativas y operativas de la Caja de Seguro Social y en particular, a las del Servicio de Cirugía General del CHMDrAAM con la finalidad que dispongan de información confiable y pertinente sobre el costo beneficio de los procesos quirúrgicos que se desarrollan en esa institución para la toma de decisiones y acciones sub-secuentes para el fortalecimiento de los servicios quirúrgicos institucionales.
  
- Exhortar a las Autoridades Técnico-Administrativas del C.H.M. Dr. A.A.M. y de los Servicios Quirúrgicos en General, a que desarrollen y adopten un programa permanente de Cirugía Ambulatoria en la institución, por la demostrada eficiencia y eficacia de esa modalidad quirúrgica en la reducción de los costos quirúrgicos y la satisfacción del usuario.
  
- Extender el alcance de este estudio a otras instancias de salud con competencia en la prestación de los servicios quirúrgicos, como una contribución específica de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Panamá, en la reducción de los costos crecientes de la atención de salud y una colaboración concreta en la satisfacción de las necesidades de atención expedita, oportuna y eficiente de los demandantes de servicios de salud en el país.
  
- Realizar estudio sobre la factibilidad de crear unidades de Cirugía Ambulatoria en las áreas periféricas para descentralizar los servicios del Complejo Hospitalario

Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid.

- Promover la desconcentración operativa de los servicios quirúrgicos ambulatorios del CHMDrAAM a través de la conformación de unidades de Cirugía Ambulatoria periféricas en las áreas de mayor demanda corroboradas en este estudio.
  
- Instar a las autoridades administrativas y de decisión del CHMDrAAM a que establezcan los mecanismos necesarios tendientes a mejorar y fortalecer el desarrollo de Sistema de Información Gerencial en procura de precisar los costos de atención para la decisión-acción.

## GLOSARIO

**Ambulatoria:** Procedimiento que se realiza a un paciente en un quirófano sin ser admitido en un hospital.

**Costo Unitario:** Es el resultado de la división de los costos totales incurridos durante un período determinado entre el número de unidades producidas.

**Costo:** Cantidad que se paga o precio que resulta un determinado bien o servicio. Puede ser fijo, que no cambia con el volumen de producción; o variable, que sí cambia con el volumen de producción.

**Día-paciente:** Los servicios dados a un paciente hospitalizado durante 24 horas que corresponde a un día del censo diario. Por ejemplo, una cama que estuvo ocupada durante siete días de un mes de treinta días, tuvo una capacidad potencial de uso de treinta días-cama, pero en totalidad brindó siete días paciente.

**Eficacia:** El logro de los objetivos sin reparar en el costo, sin tomar en cuenta los recursos, pero organizando cuatro determinantes: Producción, satisfacción, adaptación y desarrollo.

**Eficiencia:** Se refiere al logro de los objetivos utilizando el mínimo de recursos materiales, humanos, económicos y de tiempo, es decir, al mismo costo. Una característica de un proceso de producción. La eficiencia aumenta cuando menos recursos son necesarios para producir una cantidad y/o calidad de servicios de salud, o cuando una cantidad determinada de recursos se utilizan para producir una mayor cantidad o calidad de atención de salud.

**Egreso:** Salida del paciente del establecimiento donde hizo uso de tal recurso. El egreso puede ser por alta o defunción. Implica la conclusión de una tarea de internación y la desocupación de una cama.

**Equidad:** Es compartir los beneficios y responsabilidades de una sociedad en forma proporcional a las necesidades y capacidades de la población, dando un trato igual.

**Externa:** Paciente que no es admitido en el hospital para la realización de un procedimiento quirúrgico.

**Gasto:** Son costos que se han aplicado contra el ingreso de un período determinado.

**Interno:** Paciente al cual se le realiza a un procedimiento en un salón de operación y es admitido en el hospital.

**Preparación de Anestesia:** Area del Salón de operaciones en la cual se prepara el paciente para ser ingresado al quirófano.

**Productividad:** Es la relación entre producción e insumo. Es el cociente entre la cantidad producida y la cuantía de los recursos usados en la producción. Aumentar la productividad significa producir más con el mismo consumo de recursos o producir igual cantidad pero utilizando menos recursos.

**Promedio de días estancia:** Días que en promedio permaneció un paciente hospitalizado en un determinado período. Se obtiene

de la relación = Día-cama utilizados/Número de egresos.

**Recuperación de Anestesia:** Area del Salón de operaciones destinada a recibir los pacientes operados procedentes del quirófano.

## BIBLIOGRAFIA

- ARGOTE R., B. La Economía del Sistema de Salud (Gastos, Rendimiento y Costos de los Servicios de Salud). Ponencia presentada en el I Congreso Iberoamericano de Informática y Salud. Panamá, 4-12-1986.
- BARASH, P.G. Clinical Anesthesia. J.B. Lippincott C. 1989.
- CAJA DE SEGURO SOCIAL. Reestructuración de los Servicios de Salud de la Caja de Seguro Social. Documento presentado a Junta Directiva de la Caja de Seguro Social por la Dirección Nacional de Servicios y Prestaciones Médicas, diciembre 1991.
- CAJA DE SEGURO SOCIAL. Informe de Gestión 90-94, Dirección Nacional de Servicio y Prestaciones Médicas.
- CAJA DE SEGURO SOCIAL. Ley Orgánica N° 14 subrogada por la Ley 30 de 26 de diciembre 1991.
- COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO Dr. ARNULFO ARIAS MADRID. Ordenes de Admisión de los Funcionarios del Servicio de Cirugía General.
- COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO Dr. ARNULFO ARIAS MADRID. Informes Estadísticos Producidos por el Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.
- CROSTON, J.A. Comunicación al Director Médico del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid sobre normas del servicio de anestesiología para pacientes de cirugía ambulatoria, mayo 1987.
- DETMER, D. E. and BUCHANAN-DAVIDSON, D.J. Ambulatory Surgery, surg. Clin. North Am 1982;62:685-704.
- DORMOI, G. Programa de Cirugía Ambulatoria, Servicio de Cirugía General del Hospital Santo Tomás, presentado en las Jornadas Médicas del Hospital Santo Tomás, septiembre 1993.
- DORMOI, G. Informe de Visitas a Instituciones de Costa Rica y Colombia y del Proyecto de Programa de Cirugía Ambulatoria del Servicio de Cirugía General del Hospital Santo Tomás. Comunicación al Dr. Oscar Fallas, representante de la Organización Panamericana de la Salud. N° 22-91. Panamá, 10-4-1991.
- EPSTEIN, B. Anestesia en Pacientes Externos. Rev. Arg. Anest.42 (1): 1-7, 1984.
- ESPINOZA, O. D. Cómo Hacer Referencias Bibliográficas y Notas de Pie de Páginas. ICAP San José, Costa Rica. 1989.
- GOODWIN, A.P. and OGG, T. Preoperative Preparation for day Surgery. Br. J. Hosp. Med. 1992. 5-18, 47(3); 197-201
- HARO, A.S. Estrategias para el Desarrollo de los Índices de Salud. En: Holland, Walter W. y otros editores. Mediciones de los niveles de salud. Mallorca, Barcelona Salvat Editores S.A., 1982.
- HOLLANDER, L.F. et al. Criteria for Selection and Contraindi-

- cation of Ambulatory Surgery. Chirurgie; 1990 116 (8-9), p.568-72 Fr.
- ICI PHARMACEUTICAL/JANSEN PHARMACEUTIC. The Economics of Day Case Surgery. 1991.
- JIMENEZ S. S. y ROJAS G, E. Guía para la Elaboración y Presentación del Anteproyecto de Graduación ICAP, 1993.
- KOONTZ, H. y O'DONELL. Elementos de Administración Moderna. México, C.V. libros Mcgraw Hill de México, S.A., 1975.
- LEITE, A. Anestesia para Pacientes de Corta Permanencia Hospitalaria, Anestesia Ambulatoria. Revista Argentina de Anestesia. 1984. 42 (1), 9-24
- LIEBER, J. G. Managing Health Records. Germantown, Maryland Aspen System Corporation, 1990.
- LOPEZ, L. Trabajo de Graduación e Informes. 3 edic. 1983 Universidad de Panamá.
- LUCIANI, R. Financiamiento del Sector Salud en la República de Panamá. Organización Panamericana de la Salud. Panamá, agosto 1994, fotocopiado 18 páginas.
- MANRIQUE, J. L. et al. Factibilidad, Riesgo y Conveniencia de la Cirugía Ambulatoria para Patología Anorrectal. Revista Argentina de Cirugía, 61 (3/4) 123-5, set-oct., 1991.
- MARKS, S.D. et al. Cirugía Ambulatoria en una Organización para el Mantenimiento de la Salud. Estudios de Costos, Calidad de la Atención y Satisfacción. Medical Care 18 (2): 127-146, 1980.
- MARTI, M. C. y LAVERNIERE C. Ambulatory Proctology Surgery. Helv-Chir Act. 1991, feb. 57-5, p. 705-8
- MORENO, L.A. y AROSEMENA A. Cirugía Urología Ambulatoria. Rev. Med.Caja de Seguro Social 21 (1):39-58, 1989.
- NATOF, H.E. Complication Associated with Ambulatory Surgery. J. Am Med assoc., 1980.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD/PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO. Sistema de Información Gerencial, Marco de Referencia de Desarrollo, Documento Técnico Número psdcg-t12.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD/ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Repercusiones de la Crisis Económica y los programas de Ajuste sobre el Sector Salud en Centroamérica. Desafíos para la Década de los Noventa, Documento de IX Reunión del Sector Salud en Centroamérica. Tegucigalpa, Honduras, septiembre 1993.
- RIIGS, J. L. Sistemas de Producción, Planeación, Análisis y Control. traducido de Lorenzo Razo Morales, México, D.F. Editorial Limusa, 1976.
- STEPHEN, F.O., DUDLEY, H. An Organization for Outpatient Surgery. Lancet 1961; 1:1042-62

VARGAS, F.M. Gerencia de Servicios de Salud, San José, Costa Rica : ICAP, 1990.

VAUGHAN, R. W. et al. Ambulatory Surgery and the Hospital Health Care-Manage. Revista. 1991 Summer; 16 (3), p.15-26.

WETCHLER, B.V. Outpatient Anesthesia Chap.49 of Clinical Anesthesia, Paul G. Barash. J.B. Lippincott C., 1989.

**APENDICES**

**1. INSTRUMENTOS PARA EL ANALISIS DE DOCUMENTOS:**

**Guía 1:** Aplicada a los Programas de Cirugías del Salón de Operaciones del C.H.M.

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_  
 Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_  
 Cirugía programada: \_\_\_\_\_

**Guía 2:** Aplicada a los expedientes de los pacientes que fueron programados para procedimientos factibles de realizarse ambulatoriamente.

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_  
 Seguro Social: \_\_\_\_\_  
 Procedencia: \_\_\_\_\_  
 edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Acceso a teléfono: \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico Pre-operatorio: \_\_\_\_\_  
 Cirugía realizada: \_\_\_\_\_  
 Fecha de registro: \_\_\_\_\_  
 Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_  
 Fecha de Cirugía: \_\_\_\_\_  
 Fecha de egreso: \_\_\_\_\_  
 Días estancia: \_\_\_\_\_  
 # de Exámenes de Laboratorios: \_\_\_\_\_  
 Tiempo en preparación: \_\_\_\_\_  
 Tiempo en el Salón de operaciones: \_\_\_\_\_  
 ASA: \_\_\_\_\_ Anestesia utilizada: \_\_\_\_\_  
 Tiempo en recuperación: \_\_\_\_\_

**Guía 3:** (aplicada a los cuadros del SIG/PRRC)

Mes: \_\_\_\_\_  
 Costos del Departamento de Cirugía: \_\_\_\_\_  
 Egresos del Depto de Cirugía: \_\_\_\_\_  
 Días-cama ocupado Depto de Cirugía: \_\_\_\_\_  
 Costos del Salón de operaciones: \_\_\_\_\_  
 Número de Actos quirúrgicos realizados: \_\_\_\_\_

**Guía 4:** (entrevistas a jefes de servicios)

Nombre del servicio: \_\_\_\_\_  
 Ubicación en la estructura organizativa: \_\_\_\_\_  
 Existe organigrama: \_\_\_\_\_  
 Ubicación física: \_\_\_\_\_  
 Horario de Funcionamiento: \_\_\_\_\_  
 Recursos: \_\_\_\_\_  
 Producción mensual: \_\_\_\_\_  
 Relación con otros servicios: \_\_\_\_\_  
 Impresos utilizados: \_\_\_\_\_  
 Información pertinente al respecto: \_\_\_\_\_

**BIBLIOGRAFIA**

- Argote R., B. La Economía del Sistema de Salud (Gastos, Rendimiento y Costos de los Servicios de Salud). Ponencia presentada en el I Congreso Iberoamericano de Informática y Salud. Panamá, 4-12-1986.**
- Barash, P.G. Clinical Anesthesia. J.B. Lippincott C. 1989.**
- Caja de Seguro Social. Reestructuración de los Servicios de Salud de la Caja de Seguro Social. Documento presentado a Junta Directiva de la Caja de Seguro Social por la Dirección Nacional de Servicios y Prestaciones Médicas, diciembre 1991.**
- Caja de Seguro Social. Informe de Gestión 90-94, Dirección Nacional de Servicio y Prestaciones Médicas.**
- Caja de seguro Social. Ley Orgánica Nº 14 subrogada por la Ley 30 de 26 de diciembre 1991.**
- Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid. Ordenes de Admisión de los Funcionarios del Servicio de Cirugía General.**
- Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid. Informes Estadísticos Producidos por el Departamento de Registros Médicos y Estadísticas de Salud.**
- Croston, J.A. Comunicación al Director Médico del Complejo Hospitalario Metropolitano Dr. Arnulfo Arias Madrid sobre normas del servicio de anestesiología para pacientes de cirugía ambulatoria, mayo 1987.**
- Detmer, D. E. and Buchanan-Davidson, D.J. Ambulatory Surgery, surg. Clin. North Am 1982;62:685-704.**

- Dormoi, G. **Programa de Cirugía Ambulatoria, Servicio de Cirugía General del Hospital Santo Tomás**, presentado en las Jornadas Médicas del Hospital Santo Tomás, septiembre 1993.
- Dormoi, G. **Informe de Visitas a Instituciones de Costa Rica y Colombia y del Proyecto de Programa de Cirugía Ambulatoria del Servicio de Cirugía General del Hospital Santo Tomás**. Comunicación al Dr. Oscar Fallas, representante de la Organización Panamericana de la Salud. Nº 22-91. Panamá, 10-4-1991.
- Epstein, B. **Anestesia en Pacientes Externos**. Rev. Arg. Anest.42 (1): 1-7, 1984.
- Espinoza, O. D. **Cómo Hacer Referencias Bibliográficas y Notas de Pie de Páginas**. ICAP San José, Costa Rica. 1989.
- Goodwin, A.P. y Ogg, Tw. **Preoperative Preparation for day Surgery**. Br. J. Hosp. Med. 1992. 5-18, 47(3); 197-201
- Härö, A.S. **Estrategias para el Desarrollo de los Indices de Salud**. En: Holland, Walter W. y otros editores. **Mediciones de los niveles de salud**. Mallorca. Barcelona Salvat Editores S.A.. 1982.
- Hollander. L.F.et al. **Criteria for Selection and Contraindication of Ambulatory Surgery**. Chirurgie; 1990 116 (8-9), p.568-72 Fr.
- Jiménez S. S., Rojas G, E. **Guía para la Elaboración y Presentación del Anteproyecto de Graduación ICAP**, 1993.
- Koontz, H. y O'Donell. **Elementos de Administración Moderna**. México, C.V. libros Mcgraw Hill de México, S.A., 1975.
- Leite, A. **Anestesia para Pacientes de Corta Permanencia Hospitalaria, Anestesia Ambulatoria**. Revista Argentina de Anestesia. 1984. 42 (1), 9-24

- Lieber, J. G. **Managing Health Records**. Germantown, Maryland Aspen System Corporation, 1990.
- López, L. **Trabajo de Graduación e Informes**. 3 edic. 1983 Universidad de Panamá.
- Luciani, R. **Financiamiento del Sector Salud en la República de Panamá**. Organización Panamericana de la Salud. Panamá, agosto 1994, fotocopiado 18 páginas.
- Manrique, J. L. et al. **Factibilidad, Riesgo y Conveniencia de la Cirugía Ambulatoria para Patología Anorrectal**. Revista Argentina de Cirugía, 61 (3/4) 123-5, set-oct., 1991.
- Marks, S.D. et al. **Cirugía Ambulatoria en una Organización para el Mantenimiento de la Salud**. Estudios de Costos, Calidad de la Atención y Satisfacción. Medical Care 18 (2): 127-146, 1980.
- Martí, M. C., Laverniere C. **Ambulatory Proctology Surgery**. Helv-Chir Act. 1991, feb. 57-5, p. 705-8
- Moreno, L.A. y Arosemena A. **Cirugía Urología Ambulatoria**. Rev. Med.Caja de Seguro Social 21 (1):39-58, 1989.
- Natof, H.E. **Complication Associated with Ambulatory Surgery**. J. Am Med assoc., 1980.
- Organización Panamericana de la salud/Organización Mundial de la Salud/Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. **Sistema de Información Gerencial, Marco de Referencia de Desarrollo, Documento Técnico Número psdcg-t12**.
- Repercusiones de la Crisis Económica y los programas de Ajuste sobre el Sector Salud en Centroamérica. **Desafíos para la Década de los Noventa**. Documento de IX Reunión del Sector Salud en Centroamérica. Tegucigalpa, Honduras, septiembre 1993.

Riigs, J. L. **Sistemas de Producción, Planeación, Análisis y Control.** traducido de Lorenzo Razo Morales, México, D.F. Editorial Limusa, 1976.

Stephen, F.O., Dudley Haf. **An Organization for Outpatient Surgery.** Lancet 1961; 1:1042-62

**The Economics of Day Case Surgery.** Ici Pharmaceutical/Jansen Pharmaceutica, 1991.

Vargas, F.M. **Gerencia de Servicios de Salud,** San José, Costa Rica : Icap, 1990.

Vaughan, R. W. et al. **Ambulatory Surgery and the Hospital Heath Care-Manage.** Revista. 1991 Summer; 16 (3), p.15-26.

Wetchler, B.V. **Outpatient Anesthesia Chap.49 of Clinical Anesthesia,** Paul G. Barach. J.B. Lippincott C., 1989.

## GLOSARIO

**Ambulatorio:** Procedimiento que se realiza a un paciente en un quirófano sin ser admitido en un hospital.

**Costo Unitario:** Es el resultado de la división de los costos totales incurridos durante un periodo determinado entre el número de unidades producidas.

**Costo:** Cantidad que se paga o precio que resulta un determinado bien o servicio. Puede ser fijo, que no cambia con el volumen de producción; o variable, que sí cambia con el volumen de producción.

**Día-paciente:** Los servicios dados a un paciente hospitalizado durante 24 horas que corresponde a un día del censo diario. Por ejemplo, una cama que estuvo ocupada durante siete días de un mes de treinta días, tuvo una capacidad potencial de uso de treinta días-cama, pero en totalidad brindó siete días paciente.

**Eficacia:** El logro de los objetivos sin reparar en el costo, sin tomar en cuenta los recursos, pero organizando cuatro determinantes: Producción, satisfacción, adaptación y desarrollo.

**Eficiencia:** Se refiere al logro de los objetivos utilizando el mínimo de recursos materiales, humanos, económicos y de tiempo, es decir, al mismo costo. Una característica de un proceso de producción. La eficiencia aumenta cuando menos recursos son necesarios para producir una cantidad y/o calidad de servicios de salud, o cuando una cantidad determinada de recursos se utilizan para producir una mayor cantidad o calidad de atención de salud.

**Egreso:** Salida del paciente del establecimiento donde hizo uso de tal recurso. El egreso puede ser por alta o defunción. Implica la conclusión de una tarea de internación y la desocupación de una cama.

**Equidad:** Es compartir los beneficios y responsabilidades de una sociedad en forma proporcional a las necesidades y capacidades de la población, dando un trato igual.

**Externo:** Paciente que no es admitido en el hospital para la realización de un procedimiento quirúrgico.

**Gasto:** Son costos que se han aplicado contra el ingreso de un periodo determinado.

**Interno:** Paciente al cual se le realiza a un procedimiento en un salón de operación y es admitido en el hospital.

**Preparación de Anestesia:** Area del Salón de operaciones en la cual se prepara el paciente para ser ingresado al quirófano.

**Productividad:** Es la relación entre producción e insumo. Es el cociente entre la cantidad producida y la cuantía de los recursos usados en la producción. Aumentar la productividad significa producir mas con el mismo consumo de recursos o producir igual cantidad pero utilizando menos recursos.

**Promedio de días estancia:** Días que en promedio permaneció un paciente hospitalizado en un determinado periodo. Se obtiene de la relación = Día-cama utilizados/Número de egresos.

**Recuperación de Anestesia:** Area del Salón de operaciones destinada a recibir los pacientes operados procedentes del quirófano.

**ANEXOS**



Doctor  
Giuseppe Corcione  
Jefe del Departamento de Cirugía  
E. S. D.

Estimado Dr. Corcione:

Actualmente el 40% del programa quirúrgico diario consiste en Cirugía Ambulatoria, siendo los Servicios de Cirugía Pediátrica, Urología, Ortopedia, Otorrino y Oftalmología los que más usan este tipo de facilidades. A partir del primero de abril el Servicio de Cirugía General incorporó a su práctica quirúrgica el de la Cirugía Ambulatoria.

Hasta la fecha el Servicio de Anestesia venía atendiendo la evaluación preoperatoria de estos pacientes, prácticamente en los pasillos, y la falta de normas nos ha llevado a que buena cantidad de estos pacientes sean omitidos por causa médica, no bien precisada justamente a su llegada al quirófano.

Tomando en cuenta esto, Dr. Corcione, el Servicio de Anestesia ha decidido normar la práctica de anestesia ambulatoria y a partir del 15 de mayo todo paciente programado para Cirugía Ambulatoria con anestesia general y local con sedación vigilada deberá pasar por la Consulta Externa de Anestesia.

Se deberán considerar candidatos para recibir anestesia ambulatoria los siguientes:

- 1.- En los casos de adultos: ser menores de 70 años, no obeso, no fumador y sin antecedentes patológicos (Hipertensión, Diabetes, Reumatismo, Enfermedad Pulmonar Crónica, Cardiopatía).
- 2.- En casos de pacientes pediátricos: que no sean menores de 6 meses con antecedentes de producto de gestación múltiples, de parto prematuro, bajo peso al nacer y síndrome de insuficiencia respiratoria.
- 3.- Que el lugar donde residen les permita obtener rápido acceso a las facilidades quirúrgicas de ser requeridas y se garantice la

.../...

Pag-2-  
Dr. Guiseppe Corciones  
Jefe del Departamento de Cirugía :

128

compañía de un adulto por los menos las primeras 24 horas Post-anestesia.

4.- En cuanto a exámenes de laboratorio, se exigirá :

- A.- Hemograma, Urinálisis, Electro cardiograma y Rayos X de Tórax ( estos dos últimos hasta 6 meses de antigüedad ) para pacientes adultos mayores de 40 años.
- B.- Hemograma y Urinálisis con máximo de un mes de antigüedad para pacientes pediátricos y adultos menores de 40 años.

Una vez programado el paciente quirúrgico debe ser referido a la Consulta Externa de Anestesiología ubicada en el tercer piso del Hospital 16 de Diciembre al lado de Citoscopia; donde se le dará la cita, procurando que ésta se realice por lo menos 48 horas ante del día de la Cirugía en el caso de los adultos, y el día anterior para los pediátricos. El horario de la Consulta Externa será de Lunes a Viernes de 10:00 a.m. a 1:00 p.m..

Este programa procura evitar las omisiones por causas médicas en la Sala de Operaciones, por lo tanto el paciente que no llene este requisito no será admitido para la Cirugía programada.

Se adjunta la hoja de indicaciones que se le dará al paciente por el Cirujano.

De usted atentamente,

*croston*  
Dr. José A. Croston A.  
Jefe Titular del Serv. de Anestesia  
Y Reanimación.-



cc : Dr. Manuel E. Guerra B.  
Dr. Ernesto Triana

Dirección De Atención Médica  
Dirección De La Consulta Externa.

COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO  
SERVICIO DE ANESTESIA Y REANIMACION  
CONSENTIMIENTO PARA ANESTESIA AMBULATORIA

Yo \_\_\_\_\_ acepto que el procedimiento  
quirúrgico \_\_\_\_\_  
sea llevado a cabo a mi persona con anestesia general / local.

He sido instruido y comprendido :

- 1.- No comer ni tomar alimentos o líquidos ocho horas antes.
- 2.- No conducir automovil, bicicleta ni operar maquinaria alguna por 24 horas después de la anestesia.
- 3.- No ingerir bebidas alcohólicas por 24 horas después de la anestesia.
- 4.- Debo ser acompañado en casa por una persona responsable.
- 5.- Debo retornar a casa acompañado por una persona responsable.
- 6.- Debo contactar a mis médicos tratantes en caso de surgir alguna complicación Pos-operatoria.
- 7.- En caso de complicación y los médicos tratantes consideren la necesidad, quedaré hospitalizado en el CHMCSS.-

FECHA : \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE : \_\_\_\_\_

TESTIGO MEDICO : \_\_\_\_\_

FIRMA DEL PACIENTE O ACUDIDO : \_\_\_\_\_

DR. JACA/amc.-

COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO  
SERVICIO DE ANESTESIA Y REANIMACION  
EVALUACION PRE-OPERATORIA DEL PACIENTE AMBULATORIO

A ser completado por el paciente	Subraye lo correcto
Ha comido o tomado algo en las últimas ocho horas.	SI / NO
Lo acompañará alguien de vuelta a casa.	SI / NO
Estará acompañado en casa por lo menos en las 24 horas Post- anestesia.	SI / NO
Esta será su primera anestesia	SI / NO
Padece alguna enfermedad	SI / NO
Ha tenido algún problema con anestesia	SI / NO
Ha tenido algún familiar problemas con anestesia.	SI / NO
Esta resfriado actualmente	SI / NO
Le falta la respiración al ejercicio o en las noches.	SI / NO
Tiene edema (hinchazón) en los tobillos	SI / NO
Ha tenido enfermedad cardiaca, fiebre reumática o presión alta.	SI / NO
Tiene Bronquitis, asma, dolor en el pecho o otros problemas del Tórax.	SI / NO
Fuma. Cuantos cigarrillos / día _____	SI / NO
Tiene convulsiones	SI / NO

.../...

Evaluación Pre-operatoria del paciente ambulatorio :

A ser completado por el paciente	Subraye lo correcto
Toma bebidas alcohólicas cada semana	SI / NO
Tiene artritis o enfermedad muscular	SI / NO
Tiene anemia u otro problemas sanguíneos	SI / NO
Sangra fácilmente	SI / NO
Tiene alergias o reacciones a medicamentos	SI / NO
Toma medicinas actualmente ? (tabletas, capsulas, inyecciones, liquido o inhalación).	SI / NO
Ha estado icterico	SI / NO
Ha tenido problemas urinarios o de los riñones.	SI / NO
Ha tenido diabetes o azúcar en la orina	SI / NO

## COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO

## SERVICIO DE ANESTESIA Y REANIMACION

## INDICACIONES PARA PACIENTES PROGRAMADOS PARA CIRUGIA AMBULATORIA.

NOMBRE : \_\_\_\_\_ S.S. \_\_\_\_\_

EDAD : \_\_\_\_\_.

- 1.- Usted ha sido seleccionado para cirugía ambulatoria. Debe acudir al tercer piso de la Policlínica Especializada a solicitar cita en Consulta Externa de Anestesia.
- 2.- Al acudir a la cita en la Consulta Externa de Anestesia deberá traer los siguientes exámenes de laboratorio :
 

	Hemograma		RX de Tórax
	Urinálisis		ECG.
- 3.- Durante esta evaluación se le hará un interrogatorio, un examen físico y además se ordenarán otros exámenes, si se considera necesario.
- 4.- Si usted no puede acudir a la cita, sírvase llamar al teléfono \_\_\_\_\_ para cancelarla y ser reprogramado.
- 5.- El día previo a la cirugía debe cenar solo alimentos líquidos.
- 6.- El día de la cirugía debe estar en ayuno. El ayuno debe iniciarse desde las 9:00 p.m. de la noche anterior. Es importante no haber ingerido alimentos en las últimas ocho horas.
- 7.- Si en el periodo transcurrido entre la cita con anestesia y el día de la cirugía usted presenta tos, fiebre, expectoración dolor de garganta u otro síntoma o signo de enfermedad aguda respiratoria debe informarlo a su llegada a la recepción del tercer piso igualmente debe notificar si tiene vómitos y diarrea.
- 8.- El día de la cirugía usted debe acudir acompañado de un adulto responsable a las 7:00 a.m.. Los pacientes pediátricos deben acudir acompañados de su padre, madre o tutor responsable. Debe

.../...

Pag-2-  
 Indicaciones para pacientes programados para  
cirugía ambulatoria :

vestir ropa confortable, no traer joyas ni dinero.

- 9.- A su llegada a la recepción el día de la cirugía usted deberá firmar un consentimiento operatorio, donde además garantizará que ha cumplido con las instrucciones en el preoperatorio. Y que además cumplirá con la instrucciones que se le indiquen en el Post-operatorio.
- 10.- Una vez se recupere de la anestesia usted regresará a su casa. Debe recordar que durante las primeras 24 horas posteriores a la cirugía no debe efectuar actividades que requieran un estado mental de alerta completo (conducir automóvil, bicicleta, equipo pesado, etc).
- 11.- El paciente pediátrico deberá cumplir ayuno como sigue :
- | edad            | alimentos sólidos | líquidos claros |
|-----------------|-------------------|-----------------|
| menor de un año | 6 horas           | 4 horas         |
| 1 - 6 años      | medianoche        | 6 horas         |
| mayor de 6 años | medianoche        | 8 horas.        |
- Alimentos sólidos: Incluye leche y sus derivados. líquidos claros: incluye leche materna, té, jugo de manzana, Ginger ale, Coca cola. Leche materna se refiere a leche de pecho.
- 12.- El día de la cirugía no deberá ingerir bebidas alcohólicas.
- 13.- En caso de presentarse complicaciones durante la cirugía, sus médicos tratantes podrán dejarlo hospitalizado.

DR. JACA/amc.-

## ANEXO 2

CAJA DE SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL \_\_\_\_\_  
REGISTRO DE RECUPERACION DE ANESTESIA

ESCALA DE RECUPERACION POST-ANESTESIA		H.C.	MINUTOS				
			15	30	60	90	120
ACTIVIDAD	Mueve 4 extremidades = 2						
	Mueve 2 extremidades = 1						
	Mueve 0 extremidades = 0						
RESPIRACION	Respira o tose sin dificultad =2						
	Disnea. Restricción =1						
	Apnea =0						
CIRCULACION	PA. oP + 20 nivel Pre-Anest. =2						
	PA. oP + 20 a 50 nivel Pre-Ane.=1						
	PA. oP + 50 nivel Pre-Anest. =0						
CONCIENCIA	Despierto. LLanto. =2						
	Responde cuando se le llama =1						
	No responde. =0						
COLOR	Rosado =2						
	Palido. Otro color =1						
	Cianotico =0						
Presion arterial o Pulso en sala=_____		TOTALES					
		FIRMA					
HORA	OBSERVACIONES	TEMPERATURA					
		MEDICAMENTOS					
		LIQUIDOS I.V.					
		DIURESIS					

FECHA: \_\_\_\_\_ SERVICIOS \_\_\_\_\_ OPERACION: \_\_\_\_\_

ANESTESIA \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ Nº S.S. \_\_\_\_\_ CAMA \_\_\_\_\_

## ANEXO 3

COMPLEJO HOSPITALARIO METROPOLITANO "DR. ARNULFO ARIAS MADRID"  
 SERVICIO DE ANESTESIA Y REANIMACION  
 HOJA DE PREMIDICACION Y EVALUACION

NOMBRE: \_\_\_\_\_ S.S. \_\_\_\_\_ EDAD \_\_\_\_\_ SEXO \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES PATOLOGICOS (MARQUE CON UNA X SI PADECE LA ENFERMEDAD)

HIPERTENSION \_\_\_\_\_ BOCIO \_\_\_\_\_ HEMATOPATIAS \_\_\_\_\_ TABAQUISMO \_\_\_\_\_

CARDIOPATIA \_\_\_\_\_ DIABETES \_\_\_\_\_ NEFROPATIAS \_\_\_\_\_ ETILISMO \_\_\_\_\_

ASMA \_\_\_\_\_ PSIQUIATRICA \_\_\_\_\_ HEPAROPATIAS \_\_\_\_\_ ALERGIAS \_\_\_\_\_

NEUMOPATIAS \_\_\_\_\_ ENF. NEUROLOGICA \_\_\_\_\_

OTRAS \_\_\_\_\_

MEDICAMENTOS QUE TOMA \_\_\_\_\_

COMENTARIOS \_\_\_\_\_

ANTECEDENTES QUIRURGICO:

AÑO	OPERACION	ANESTESIA	COMPLICACIONES
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

EXAMEN FISICO: PA: \_\_\_\_\_ FC: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_

BOCA: \_\_\_\_\_

CUELLO: \_\_\_\_\_

CORAZON: \_\_\_\_\_

PULMONES: \_\_\_\_\_

COLUMNA: \_\_\_\_\_

VERTEBRAL: \_\_\_\_\_

LABORATORIO Y EX. DE GABINETE:

HB: \_\_\_\_\_ GLICEMIA: \_\_\_\_\_ TP: \_\_\_\_\_ TPT: \_\_\_\_\_

HTO: \_\_\_\_\_ URINALISIS: \_\_\_\_\_ TIPAJE RH: \_\_\_\_\_

RX DE TORAX: \_\_\_\_\_ EKG: \_\_\_\_\_

OTROS: \_\_\_\_\_

DIAGNOSTICO \_\_\_\_\_

ASA: \_\_\_\_\_ PLAN ANESTESICO: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ FIRMA DEL ANESTESIOLOGO: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

ESTRUCTURA  
 U.S. PANAMA

Barahona, agosto 1, 1991.

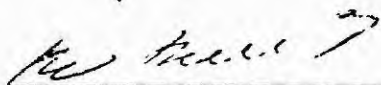
Estimados Colegas

- I. Pasamos a enumerar las patologías quirúrgicas para el programa de Cirugía Ambulatoria, los criterios para la selección del paciente, lo que necesita el mismo y los pasos a seguir después de su clasificación.
- II. Patologías Quirúrgicas para el Programa de Cirugía Ambulatoria:
  1. Hernias Inguinales pequeñas y medianas.
  2. Hernias Umbilicales.
  3. Hernias Epigástricas.
  4. Mama Supernumeraria pequeña.
  5. Quistes o Nódulos de Mamas.
  6. Quistes tenosinoviales
  7. Fisuras Anales
  8. Fístulas Anales
  9. Hemorroides Internas II - IIIo.
  10. Quiste Pilonidad.
  11. Lipomas grandes
  12. Quistes de partes blandas grandes
  13. Adenopatías
  14. Prolapso de mucosa anal
  15. Hernias Ventrales chicas
  16. Ginecomastia
  17. Várices de Miembros inferiores
  18. Cirugía Plástica Reconstructiva menor
  19. Quistes tiroglosos
- III. Criterios para Selección del Paciente:
  1. Que no tengan enfermedades sistémicas
  2. Para comenzar el programa que no sean mayores de 40 años.
  3. Que resida ó tenga familiares dentro de la ciudad y áreas periféricas.
  4. Que no tengan limitaciones en la movilización.
  5. El médico utilizará el criterio dentro de las patologías enumeradas, las menos avanzadas para evitar complicaciones.

- IV. Que necesita el paciente para ser operado en el Programa de Cirugía Ambulatoria.
1. Historial clínico realizado en La Consulta Externa.
  2. Exámenes de laboratorio de rutina solicitados por el médico especialista en la Consulta Externa.
  3. Ser clasificado por la Oficina de evaluación socio-económica.
  4. Ser evaluado por el médico anestesiólogo.
  5. Ser orientado por la enfermera encargada dentro del programa.
- V. Después que usted ha terminado de estudiar al paciente del programa de Cirugía Ambulatoria entregarle:
1. La hoja de evaluación de evaluación socio-económica completada por usted.
  2. La hoja de etapas a seguir, completando la primera parte médica.
  3. Y la hoja de referencia a la secretaria (anotando con un círculo el tipo de referencia

Deseando la cooperación de todos ustedes para una mejor organización y que redunde en beneficio de nuestros pacientes.

Atentamente,



---

DR. GASTON DORMOI B.  
Jefe del Servicio de  
Cirugía General del  
Hospital Santo Tomás.-

GDB: mg.-

**ANEXO 5**

**C.H.M. DR. A.A.M. PRINCIPALES INDICADORES ESTADISTICOS 1989 - 1994**

**V. PRINCIPALES INDICADORES DEL DEPARTAMENTO DE GINECO-OBSTETRICIA**

	1989	1990	1991	1992	1993	1994
<b>CAMAS</b>	---	---	---	107	107	107
<b>PACIENTES EGRESADOS</b>	6962	6747	7432	7354	7329	7994
<b>DIAS-CAMA UTILIZADAS</b>	23671	22940	27267	25967	25883	28474
<b>PROMEDIO DE DIAS DE ESTANCIA</b>	3.4	3.4	3.7	3.5	3.5	3.5
<b>PORCENTAJE DE OCUPACION DE CAMAS</b>	60%	58%	70%	69.8%	66%	72%
<b>DEFUNCIONES</b>	---	---	6	2	3	2
<b>TASA DE MORTALIDAD HOSPITALARIA</b>	---	---	--	---	04	04
<b>PARTOS ATENDIDOS</b>	4440	4381	4360	4481	4284	4488
<b>NACIMIENTOS</b>	4480	4415	4393	4527	4325	4476
<b>MUERTOS</b>	53	49	45	50	34	52
<b>ABORTOS</b>	637	523	609	660	607	972
<b>PORCENTAJE DE ABORTOS</b>	14.3%	11.9%	13.9%	14.7%	14.1%	21.6%
<b>CESAREAS REALIZADAS</b>	1173	1177	1129	1147	1038	1112
<b>PORCENTAJE DE CESAREAS</b>	26.4	26.8	25.9	25.5	24.2	24.7

**CUADRO DE SECTORIZACION  
MAYO 1991**

COD. PCL.	NOMBRE DE LA POLICLINICA	AREAS CORRESPONDIENTES	AREAS DE CONFLICTOS SEGUN CORRESPONIMIENTO	NUEVOS LUGARES POBLADOS																																				
801	ARRAIJAN	Arraijan - Juan D. Arosemena Nuevo Emperador - Santa Clara Vista Alegre		La 2,000      La Libertad La Paz      Los Pinos Loma Coba      Omar Torrijo 7 de Septiembre																																				
802	BETANIA Alejandro de la Guardia	<table border="0"> <tr> <td>Altos de Betania</td> <td>Priobanco</td> </tr> <tr> <td>Altos del Chase</td> <td>Sara Sotillo</td> </tr> <tr> <td>Camino Real</td> <td>Santa Maria</td> </tr> <tr> <td>El Ingenio</td> <td>Villa de La</td> </tr> <tr> <td>Dos Mares</td> <td>Fuente 1 y 2</td> </tr> <tr> <td>El Milagro</td> <td>Taira y Chucunaque</td> </tr> <tr> <td>Hato Pintado</td> <td>Vista Hermosa</td> </tr> <tr> <td>La Alameda</td> <td>Villa Soberania</td> </tr> <tr> <td>La Loma</td> <td>Altos de Nazareth</td> </tr> <tr> <td>La Loceria</td> <td>El Dorado</td> </tr> <tr> <td>Las Mercedes</td> <td>El Bosque</td> </tr> <tr> <td>Las Sabanas</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Linda Vista</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Los Angeles</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Los Libertadores</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Miraflores</td> <td></td> </tr> <tr> <td>San Fernando</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Monte Oscuro</td> <td></td> </tr> </table>	Altos de Betania	Priobanco	Altos del Chase	Sara Sotillo	Camino Real	Santa Maria	El Ingenio	Villa de La	Dos Mares	Fuente 1 y 2	El Milagro	Taira y Chucunaque	Hato Pintado	Vista Hermosa	La Alameda	Villa Soberania	La Loma	Altos de Nazareth	La Loceria	El Dorado	Las Mercedes	El Bosque	Las Sabanas		Linda Vista		Los Angeles		Los Libertadores		Miraflores		San Fernando		Monte Oscuro		<p>CORREG. AMELIA DENIS DE ICAZA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Los Andes 1 y 2</li> <li>- Pan de Azúcar</li> <li>- Los Silos del IFE</li> <li>- Monte Oscuro Final</li> <li>- 9 de Enero</li> </ul> <p>(Area de conflicto - con San Miguelito)</p>	<p>Altos de los Sauces 1 y 2 El Nácar La Pradera Los Pinos Villa Lucena Los Guayacanes Villa Bonanza</p> <p>CORREG. VICTORIANO LORENZO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Condado del Rey</li> <li>- Villa Georgina</li> <li>- Los Cipreces</li> </ul>
Altos de Betania	Priobanco																																							
Altos del Chase	Sara Sotillo																																							
Camino Real	Santa Maria																																							
El Ingenio	Villa de La																																							
Dos Mares	Fuente 1 y 2																																							
El Milagro	Taira y Chucunaque																																							
Hato Pintado	Vista Hermosa																																							
La Alameda	Villa Soberania																																							
La Loma	Altos de Nazareth																																							
La Loceria	El Dorado																																							
Las Mercedes	El Bosque																																							
Las Sabanas																																								
Linda Vista																																								
Los Angeles																																								
Los Libertadores																																								
Miraflores																																								
San Fernando																																								
Monte Oscuro																																								
803	CALIDONIA Pediátrica	<table border="0"> <tr> <td>CALIDONIA:</td> <td>ALCALDE DIAZ</td> </tr> <tr> <td>San Miguel</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Perejil</td> <td></td> </tr> <tr> <td>La Exposición</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CURUNDU:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Cabo Verde</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Viejo Veranillo</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Calle M</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Santa Cruz</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CHILIBRE:</td> <td>Chilibre Centro</td> </tr> <tr> <td>Agua Buena</td> <td>Buenos Aires</td> </tr> <tr> <td>San Vicente</td> <td>Villa Unida</td> </tr> <tr> <td>El Pedernal</td> <td>El Sitio</td> </tr> <tr> <td>San Pablo</td> <td>Chilibrillo</td> </tr> <tr> <td>Don Bosco</td> <td>Agua Bendita</td> </tr> <tr> <td>Maria Eugenia</td> <td></td> </tr> </table>	CALIDONIA:	ALCALDE DIAZ	San Miguel		Perejil		La Exposición		CURUNDU:		Cabo Verde		Viejo Veranillo		Calle M		Santa Cruz		CHILIBRE:	Chilibre Centro	Agua Buena	Buenos Aires	San Vicente	Villa Unida	El Pedernal	El Sitio	San Pablo	Chilibrillo	Don Bosco	Agua Bendita	Maria Eugenia		<p>Rio Abajo Villa Lorena</p> <p>(Areas de conflicto con la P.P.R.)</p>	Gonzalillo # 2				
CALIDONIA:	ALCALDE DIAZ																																							
San Miguel																																								
Perejil																																								
La Exposición																																								
CURUNDU:																																								
Cabo Verde																																								
Viejo Veranillo																																								
Calle M																																								
Santa Cruz																																								
CHILIBRE:	Chilibre Centro																																							
Agua Buena	Buenos Aires																																							
San Vicente	Villa Unida																																							
El Pedernal	El Sitio																																							
San Pablo	Chilibrillo																																							
Don Bosco	Agua Bendita																																							
Maria Eugenia																																								

COD. POL.	NOMBRE DE LA POLICLINICA	AREAS CORRESPONDIENTES	AREAS EN CONFLICTOS	NUEVOS LUGARES POBLADOS
804	(Cont.) JUAN DIAZ J.J. Vallarino	<p>TOCUMEN:</p> <p>Belén            Barriada La Illueca            Capulla            Capullita            Ciudad Belén            Ciudad Jardín Las Mañanitas            Las Mañanitas            La Siesta            La Alberada            Monte Rico            Reparto Las Américas            Rubén Darío Paredes            San Antonio            24 de Diciembre            Victoriano Lorenzo            Vista Hermosa</p>		<p>Villa Cecilia      Remón Cantera            Villa Esperanza      Salsipuedes            Villa Granada      Jesús Nazareno            Villa Catalina      La Bandera 1 y 2            La Concordia      La Esperanza            La Florida      Los Palmeras            Mirador Balmoral      Santa Marta</p>
805	LA CHORRERA Santiago Barraza	Todo el Distrito		
806	PRESIDENTE REMÓN	<p>A- CHORRILLO      Villa Elena            B- SANTA ANA      Villa Gabriela            C- SAN FELIFE      El Porvenir            D- VERACRUZ      Los Yoses            E- RIO ABAJO      F- ANCON                La Rosita      Balboa                Marcasa      G- TABOGA                Villa Lorena      H- BOCA LA CAJA                Altos del Río      I- LA PLAYITA                San Cristóbal                Villa Rica                El Progreso                Alice Stone</p>	<p>Veracruz,            pertenece a            Arraiján</p> <p>* Chilibre            (Área de            Conflicto            con Calidonia)</p>	Barriada Panamá (Veracruz)

COD. POL.	NOMBRE DE LA POLICLINICA	AREAS CORRESPONDIENTES	AREAS EN CONFLICTOS	NUEVOS LUGARES POBLADOS																								
807	SAN FRANCISCO Dr. Carlos A. Brin	<p>A- BELLA VISTA: (desde Calle 4ta)</p> <p>B- PARQUE LEFEBRE:</p> <table border="0"> <tr> <td>Don Ahorro</td> <td>Villa Lilia</td> </tr> <tr> <td>Panamá América</td> <td>Vista del Golf</td> </tr> <tr> <td>Santa Elena</td> <td>Viña del Mar</td> </tr> <tr> <td>Coco del Mar</td> <td>Villa Dora</td> </tr> <tr> <td>Carrasquilla</td> <td>Altos del Golf</td> </tr> <tr> <td>Loma Alegre</td> <td></td> </tr> </table> <p>C- RIO ABAJO: Calle 16, 17, 18, y 19</p> <p>D- BELLA VISTA:</p> <table border="0"> <tr> <td>El Cangrejo</td> <td>Reparto Nuevo Pmá.</td> </tr> <tr> <td>El Carmen</td> <td>Puente del Rey</td> </tr> <tr> <td>Herbruger</td> <td>La Fontana</td> </tr> <tr> <td>Obarrio</td> <td>San Gerardo Mayela</td> </tr> <tr> <td>La Cresta</td> <td>Reparto Chanis</td> </tr> <tr> <td>Panamá Viejo</td> <td></td> </tr> </table> <p>E- CORREGIMIENTO DE SAN FRANCISCO</p>	Don Ahorro	Villa Lilia	Panamá América	Vista del Golf	Santa Elena	Viña del Mar	Coco del Mar	Villa Dora	Carrasquilla	Altos del Golf	Loma Alegre		El Cangrejo	Reparto Nuevo Pmá.	El Carmen	Puente del Rey	Herbruger	La Fontana	Obarrio	San Gerardo Mayela	La Cresta	Reparto Chanis	Panamá Viejo		<p>Pueblo Nuevo Vista Hermosa La Loma Hato Pintado San Fernando</p> <p>(Area de con - flicto con Betania)</p>	
Don Ahorro	Villa Lilia																											
Panamá América	Vista del Golf																											
Santa Elena	Viña del Mar																											
Coco del Mar	Villa Dora																											
Carrasquilla	Altos del Golf																											
Loma Alegre																												
El Cangrejo	Reparto Nuevo Pmá.																											
El Carmen	Puente del Rey																											
Herbruger	La Fontana																											
Obarrio	San Gerardo Mayela																											
La Cresta	Reparto Chanis																											
Panamá Viejo																												
808	SAN MIGUELITO Manuel María Valdes	<p>A- VICTORIANO LORENZO:</p> <p>Victoriano Lorenzo Altos de Monte Oscuro Altos de Paraiso La Parusia San Francisco San Antonio Santa Librada Santa Rosa La Providencia Las 500</p> <p>B- MATEO ITURRALDE:</p> <table border="0"> <tr> <td>Mateo Iturralde</td> <td>El Cielo</td> </tr> <tr> <td>Paraiso</td> <td>Sector Calle K</td> </tr> <tr> <td>San Miguel</td> <td>Las 600</td> </tr> <tr> <td>San Martín</td> <td>Loma Nueva</td> </tr> <tr> <td>Tierras Negras</td> <td>Villa Guadalupe</td> </tr> </table>	Mateo Iturralde	El Cielo	Paraiso	Sector Calle K	San Miguel	Las 600	San Martín	Loma Nueva	Tierras Negras	Villa Guadalupe		<p>Altos del Crisol Las Colinas de Nazaret Los Caciques Pradera de San Antonio Punta Fresca Urb. Alta Vista Urb. Boulevard San Antonio Urb. Cerro Viento Rural Urb. Colinas del Golf Urb. Dorasol Urb. Loma Brown Urb. Villa Flor Via Domingo Diaz (Tocumen) Villa Dora</p>														
Mateo Iturralde	El Cielo																											
Paraiso	Sector Calle K																											
San Miguel	Las 600																											
San Martín	Loma Nueva																											
Tierras Negras	Villa Guadalupe																											

COD. POL.	NOMBRE DE LA POLICLINICAS	AREAS CORRESPONDIENTES	AREAS EN CONFLICTOS	NUEVOS LUGARES POBLADOS
808	(Cont.) SAN MIGUELITO Manuel Maria Valdés	<p>C- JOSE DOMINGO ESPINAR (parcial). Cerro Viento      Ciudad Jardín El Cisne            San Francisco La Pulida 1 y 2    Res. El Crisol Las Trancas       Urb. Altos de Santa Pera        Cerro Viento Urb. La Pulida    Auto Motor Villa Lucre        Los Abanicos Cristo Rey        Calle M y Villa Multis de la        Guadalupe Entrada de Villa Guadalupe</p> <p>D- AMELIA DENIS DE ICAZA: Altos del Cristo    Andalucía Fátima              LLano Largo Las 99               Valle del Paraíso Sector 31 y 32      Sector de Nuevo 28-29 Veranillo    Veranillo</p> <p>E- BELISARIO FORRAS (parcial) Samaría Don Bosco Sonsonate Veranillo</p>	(Area de conflicto con Juan Díaz)	
809	SANTA LIBRADA Don Generoso Guardia	BELISARIO FORRAS (parcial) Cerro Batea 1, 2 y 3 Mano de Piedra San Isidro El Valle de San Isidro Torrillos Carter Valle Urracá Urb. Santa Librada Santa Marta Cerro Coco Solo Tinajita		<p>Bda. 2000 Santa Rita Las Colinas La Fortuna Vallecito Buena Vista La Encenada La Rosita 6 de Abril El Caracol Tinajitas El Porvenir El Esfuerzo El Mirador</p> <p>Bda. Rogelio Sinán Bda. La Felicidad Altos del Valle de Urracá La Felicidad 20 de Diciembre La Paz 1,2,3,4,5 y 6 Palmita de Oro Altos del Sol Santa Clara 1 y 2 Chivo - Chivo Villa Esperanza</p>

**SISTEMA DE ATENCION MEDICA INTEGRAL (S.A.M.I.)**

**POBLACION PROTEGIDA TOTAL Y POR GRUPOS ETAREOS DEL AREA METROPOLITANA, ARRAIJAN , LA CHORRERA Y POR POLICLINICAS**

POLICLINICAS	POBLACION		I N F A N T I L			A D U L T A			
	TOTAL	PROTEGIDA	0 - 1	1 - 5	5 - 14	TOTAL	15 - 49	50 Y +	TOTAL
PRESIDENTE REMON	118,141	70,885	1,630	7,443	13,397	22,470	37,640	10,775	48,415
PEDIATRICA	73,838	44,303	1,019	4,652	8,373	14,044	23,525	6,734	30,259
MANUEL M. VALDES	121,605	72,963	1,678	7,952	15,760	25,391	38,160	9,412	47,572
ALEJANDRO DE LA GUARDIA	148,359	89,015	2,047	7,347	16,824	28,218	47,267	13,530	60,797
DR. CARLOS A. BRIN	88,356	53,014	1,214	5,566	10,020	16,805	28,150	6,059	36,209
GENEROSO GUARDIA	65,532	39,319	904	4,286	8,493	13,683	20,564	5,072	25,636
J. J. VALLARINO	189,357	113,614	2,613	11,929	21,473	36,015	60,329	17,269	77,599
ARRAIJAN	61,799	37,079	853	3,893	7,008	11,754	19,689	5,636	25,325
SANTIAGO BARRAZA	88,988	53,393	1,228	5,606	10,091	16,925	28,352	8,116	36,468
<b>T O T A L E S</b>	<b>955,975</b>	<b>573,525</b>	<b>13,191</b>	<b>60,675</b>	<b>111,439</b>	<b>185,305</b>	<b>303,673</b>	<b>84,603</b>	<b>388,280</b>

FUENTE: Cifras preliminares del Censo de 1990  
 Datos Estadísticos de la C.S.S.